

Thailand Citation Index

(TCI) Tier 2

Approved by TCI

During 2020-2024

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	เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)
	นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา	รองอธิบดี กรมอนามัย
	นายแพทย์พิระยุทธ สารนุกูล	ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
	แพทย์หญิงทิพา ไกรลาศ	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
บรรณาธิการ	ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ้นพรมมี	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	เกศจักรหญิง ดร.ปัญชรสมิ์ ศิริทรัพย์	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
กองบรรณาธิการ	รศ.ดร.ธนิดา ผาติเสนะ	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
	ผศ.ดร.ประพัฒน์ เป็นตามวา	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
	ผศ.ดร.ศรัญญา จุฬาริ	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
	ดร.สุภาพร วรรณสันทัด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
	ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา
	รัชนี บุญเรืองศรี	สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง กรมอนามัย
ฝ่ายจัดการ	ประดับ ศรีหมื่นไวย	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
	ก้องเกียรติ ขอดผักแว่น, ณัฐวรรณ ครองบุญ, นิตยา สาสน, เทียนสว่าง ไชยอาษา ศิริรัตน์ รัตนสมบูรณ์, อรรถวรรณ สินธุบัว, กรณิการ์ จันทร์ส่อง, ชนิตา เสนียวงศ์	
เจ้าของ	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	
ที่อยู่	177 ม.6 ต.โคกกรวด อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30280	
	โทรศัพท์ 0-4430-5131 โทรสาร 0-4429-1506	
	Website: http://hpc9.anamai.moph.go.th/	
กำหนดออก	ปีละ 3 ฉบับ (มกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม, กันยายน-ธันวาคม)	
จำนวนพิมพ์	100 เล่ม และออนไลน์ที่ https://www.tcithaijo.org/index.php/RHPC9Journal	
สำนักพิมพ์	โรงพิมพ์เลิศศิลป์ โทร 0-4425-2883 www.LERTSIL.com	

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (Peer Reviewers)

ผู้ทรงคุณวุฒิภายใน

ทพญ.กนกทิมา เหมพรหมราช
ทพญ.ณมน เพ็ชรนิล

รองผู้อำนวยการ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

นพ.นิธิรัตน์ บุญตานนท์
อ.รัชนี บุญเรืองศรี
ทพญ.วรมน อัครสุต
ทพญ.จุฑามาศ เทพไชย
ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์
ดร.สมร นุ่มผ่อง
รศ.ดร.นวิรัตน์ สุวรรณผ่อง
รศ.ภก.ดร.พุดผิงค์ สัตยวงศ์ทิพย์
รศ.ดร.ธนิดา ผาติเสนะ
รศ.ดร.อรรณวิทย์ สิงห์ศาลาแสง
ผศ.ดร.จรรุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ
ผศ.ดร.ทิวาภรณ์ ราชูธร
ผศ.ดร.รชานนท์ ง่วนใจรัก
อ.ดร.พัชรี ศรีฤดา
อ.ดร.ฐิติมา ระย้าเพ็ชร
อ.สิริสุดา ฐานะปัตโต
ผศ.ดร.ประพัฒน์ เป้นตามวา
ผศ.ดร.ปวีณา ลิ้มปิทีปการ
อ.พจ.ศิริประภา วีรพัฒนานนท์
อ.พจ.พีรณันท์ พัฒนมงคล
อ.พจ.วีรชัย สุทธิธารวัช
อ.พจ.ปุ่นยภัทร์ ศิริธีราฐิติกุล
รศ.ดร.ประกาย จีโรจน์กุล
ผศ.ดร.กิตติภูมิ ภัยโย
ผศ.ดร.กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร
อ.ดร.ปิยธิดา จุลละปัย

ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง กรมอนามัย
สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง กรมอนามัย
สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
คณบดี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
สำนักวิชาการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
สำนักวิชาการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
คณะกรรมการแพทย์จีน มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
หลักสูตรการแพทย์แผนจีนบัณฑิต มหาวิทยาลัยพะเยา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (Peer Reviewers)

ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

ผศ.ดร.พรฤดี นิธิรัตน์	ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
อ.ดร.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง	ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น
อ.ดร.สุภาพร วรรณสันทัด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพฯ
อ.ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรธานี
อ.ดร.สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรธานี
อ.ศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นครราชสีมา
อ.ดร.วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นครราชสีมา
อ.วาสนา หลวงพิทักษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สุพรรณบุรี
อ.ดร.กิริติ กิจธีระวุฒินงษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช
อ.ดร.ปริญดา ศรีธราพัฒน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท
รศ.ดร.จันทร์ทิรา เจียรณีย์	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.จันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.วรรณวดี เนียมสกุล	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.ศรีธัญญา จุฬารี	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.ธนกมน สีสรี	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.ดร.ณัฐธิดา เพชรประไพ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.ดร.กชกร เพี้ยชัย	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.ดร.จินตนา ตาปิน	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ภรณ์ อนุสนธิ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.รวิวรรณ พงศ์พัฒน์พัชร	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
พ.ต.หญิง ดร. ปิยะอร วรรณะทินภัทร	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.เบญจพร สุขประเสริฐ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.ดร.บัณฑิตา ฤมมานเดชะ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.ณัฐจิรา วินิจฉัย	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.ลักขณา ไชยนอก	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ธนวัฒน์ อิตินานันท์	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ผศ.ดร.วันวิสาข์ ไชรัมย์	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

สารบัญ

	หน้า
ข้อมูลวารสาร	ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (Peer Reviewers)	ข
บทความวิจัย	
ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการเรียนของนิสิตมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์	797
Factors Affecting Happiness among Students Attending Western University, Buriram Campus	
กิตติพงษ์ เรือนเพชร, สุภิสรา ขำอเนก, ยุวดี งอมสงัด, อภิสรากรณ์ หิรัณย์วิชัยกุล, ศิริลักษณ์ สุวรรณวงษ์	
ผลของโปรแกรมการสื่อสารและการสร้างการมีส่วนร่วม ต่อประสิทธิภาพการส่งต่อผู้ป่วย	811
โรงพยาบาลน้ำเย็น จังหวัดอุบลราชธานี	
Effects of Communication and Participation Building Program on Referral Effectiveness of Patients in Nam Yuen Hospital, Ubon Ratchathani Province	
จณิสตา ป้องคำลา, อารี บุตรสอน	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	827
ของพระสงฆ์และสามเณร อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น	
Factors Associated with Preventive Behaviors for Coronavirus 2019 (COVID-19) of Monks and Novices in Chum Phae District, Khon Kaen Province	
มนันญา ผลบุญไธย, อีรศักดิ์ พาจันท์, ลำพึง วอนอก	
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้วของประชาชนในเขตเทศบาลนครแม่สอด	842
ในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19	
Factors Affecting the Management Behavior of People's Used Facemasks in Mae Sot Municipality during the COVID-19 Outbreaks	
พิมพ์ภา ทิหวาย, อนัญญา ประดิษฐ์ปรีชา, กุลธิดา บรรจงศิริ	
การบริหารสมองตามทฤษฎีนิวโรบิกส์ เอ็กเซอร์ไซส์ เพื่อส่งเสริมความจำแก่ผู้สูงอายุ	856
ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย	
Brain Training Program Based on Neurobic Exercise Theory for Memory Enhancement in Older Adults with Mild Neurocognitive Disorder	
วิยะการ แสงหัวช้าง, กุลิสรา ขุนพินิจ, กันยารัตน์ อุบลวรรณ	
ผลของโปรแกรมทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนอาชีวศึกษาต่อความฉลาดทางอารมณ์ของนักเรียนอาชีวศึกษา	868
วิทยาลัยเทคนิคบางแสน จังหวัดชลบุรี	
Effects of Life-Skill Program on Emotional Intelligence of the Vocational Students at Bangsaen Technical College, Chonburi Province	
สุพรรณณี วิชากุล	

สารบัญ

	หน้า
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรมในวัยทำงานของบุคลากร สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) Factors Affecting Risk Behaviors of Office Syndrome in Working Age of Metropolitan Health and Wellness Institution Personnel during the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak อัจฉรา โพชะโน, เกศรา โชนำชัยศิริ, กะชามาศ แซ่เถียน, เทวพงศ์ วงศ์เชื่อนแก้ว, วิทย์ฤทธิ์ นิลรัตน์, เมธีร์ ชะรัตรัมย์	882
ผลประเมินตนเองเกี่ยวกับการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคลินิกหมอครอบครัว เพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พื้นที่เขตเทศบาลนคร Self-Assessment of Primary Healthcare Service Delivery System at Family Medicine Clinics for Managing Non-Communicable Chronic จินดา คำแก้ว	894
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำทิศทางองค์กรไปปฏิบัติงานของบุคลากร โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี Factors Influencing Organization Direction Implementation of Health Professionals in a Hospital, Udon Thani Province ภิญญาพัชญ์ เพียงแก้ว, พรใจ เชียงสาพันธ์, พวงผกา อินทร์เอี่ยม, คณิศร จันทร์พานิชย์	908
การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้รับบริการทันตกรรม ในโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ Perception and Preventive Behaviors of COVID-19 among Dental Patients in Kasetsoomboon Hospital, Chaiyaphum Province อนงค์ เพชรล้ำ, ธนบดี บุตรประพันธ์	921
สุนทรียทักษะภาวะผู้นำและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน โรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น Leadership Soft Skills and Organizational Climate Affecting the Performance of Thai Traditional Medicine and Integrated Medicine of Public Health Personnel at Sub-District Health Promoting Hospitals in Khon Kaen Province เสาวณีย์ ม่วงนิล, นครินทร์ ประสิทธิ์, สุรัชย์ พิมพ์า, นพรัตน์ เสนาฮาด, สุพัฒน์ กองศรีมา, ศรีณยา พันธุ์โยธา, ณฐกร นิลเนตร	936

สารบัญ

	หน้า
อุบัติการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุและการป้องกันด้วยการออกกำลังกาย ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา	952
Incidence of Elderly Falls and Exercise for Falls Prevention in Older People Living in Hat Yai Municipality, Hat Yai District, Songkhla Province	
ทวีศักดิ์ วงศ์กิริติเมธาวี, ซอพิยะห์ นิเมะ, จิรวัฒน์ ทิววัฒน์ปกรณ์, สีนินาฏ สุขอุบล	
สุนทรียทักษะผู้นำและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหาร ของเจ้าหน้าที่ ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น	966
Leadership Soft Skill and Administrative Factors Affecting the Food Sanitation Performance of Public Health Officers in Local Government Organizations Khon Kaen Province	
สุภัทรา หนูทนทันเจริญ, สุรัชย์ พิมพ์า, ชนาพร ปิ่นสุวรรณ	
การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองโดยใช้ยาสมุนไพรทางการแพทย์	981
Developing Palliative Care Services for Patients Using Medical Cannabis	
สลักจิต วรรณโกษิตย์, จิตติมา การินทร์	
ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์	994
Administrative Factors and Key Success Factors Affecting Tuberculosis Control Performance of Health Personnel at Sub-District Health Promoting Hospitals in Kalasin Province	
สิริพร จงมีศิลป์, นศรินทร์ ประสิทธิ์, สุรัชย์ พิมพ์า, นพรัตน์ เสนาฮาด, สุพัฒน์ กองศรีมา, พิทยา ธรรมวงศา, ศรัณยา พันธุ์โยธา, ณัฐพล โยธา	
รูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด	1011
A Model to Promote Access to Vaccines Against Coronavirus 2019 Infection among Elderly in Thong Thani Sub-District, Thawat Buri District, Roi Et Province	
กัตติยาณี เอกภูธ, สงครามชัยย์ สีทองดีศกุล, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์	
ผลของการใช้แอปพลิเคชันไลน์ “COVID Check” ต่อความรู้เรื่องโรคติดเชื้อโควิด-19 ในนักเรียนจำอาภาศ ปีการศึกษา 2565	1023
Effects of “COVID Check” Line Application on Knowledge of COVID-19 among Air Technical Training Students, Academic Year 2022	
วัชรภรณ์ เปาโรหิตย์, ชญาพัฒน์ ทองปากน้ำ, อนุกุล บำรุงวงศ์, ประไพศรี ศุภางค์กร, เถกิงศักดิ์ จันมาทอง	

สารบัญ

	หน้า
ปัจจัยทำนายภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียนในพื้นที่รับผิดชอบ เครือข่ายบริการสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช	1062
Factors Predicting Overnutrition among School-aged Children in Health Service Network of Regional Health Promotion Center 11, Nakhon Si Thammarat	
ชัยณรงค์ แก้วจำนงค์	
ผลของการเรียนรู้ด้วย Game-Based Learning “Multi-Shevana” เรื่อง ยาปฏิชีวนะ ต่อความรู้ และความพึงพอใจของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2565	1078
Effects of Game-Based Learning “Multi-Shevana” Titled Antibiotics on Knowledge and Satisfactions among Second Year Air Force Student Nurses, Academic Year 2022	
กรรณิกา วิชัยเนตร, ละอองดาว วรรณฤทธิ์, น้ำเพชร ยอดมูล, ชาญญาณรณ์ อามาตย์, ธนวรรณ นุ่มยองใย, อนัญญา สมบูรณ์ทวี	
การศึกษาการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์	1092
Model Development for Health Promotion of the Elderly in Ratanaburi District,	
Surin Province	
จุฑารัตน์ บุตรดีขันธ	
การพัฒนาพลังสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังสถานการณ์การแพร่ระบาด ของโรคโควิด 19 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์	1108
Development of Resilience Quotient among Village Health Volunteers	
in Khaendong Hospital Catchment Areas during COVID-19 Post Pandemic, Buriram Province	
จารุวรรณ ประภาสอน	
ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมฝึกสมองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะความรู้คิดพร่องเล็กน้อย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ	1147
Effectiveness of Brain Training Program for Elderly with Mild Cognitive Impairment	
from Mueang District, Chaiyaphum Province	
ชญานิศา มณีวรรณ	

สารบัญ

	หน้า
บทความวิชาการ	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีอาการเหนื่อยล้า Nursing Care for Fatigue in Chronic Kidney Disease Patients Undergoing Hemodialysis วรวิษา สำราญเนตร, นิตยา กออิสรานภาพ	785
Self-concept of Family Caregivers of Palliative Patients: A scoping review Prapaisri Supangphorn, Anukul Bomrungwong	1035
ความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุ: การพยาบาลโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ Fear of Falling in Older Adults: Nursing Care with Health Belief Model's Approach ธันยวดี โกวศลย์ดีติก, พรรณงาม วรณพฤกษ์, พิสมัย เจริญวัย, พัชรา กะทุ่งกาง	1050
บทบาทพยาบาลในการลำเลียงทางอากาศ: กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ Role of Nurses in Aeromedical Evacuation: A Case Study of Coronary Heart Disease กิตติยา มหาวริโยทัย, เกษร เกษมสุข, ภัทรมน ทับสูงเนิน	1125
การจัดการความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาในทารกคลอดก่อนกำหนด ก่อนการเจาะเลือดส้นเท้า หรือการเปิดหลอดเลือดดำส่วนปลาย Non-pharmacological Pain Management in Preterm before Heel Puncture or Peripheral Intravenous Insertion น้ำทิพย์ เหนียงจิตต์	1137
ภาคผนวก	
คำแนะนำในการจัดเตรียมต้นฉบับ (Author's Guidelines)	a
หลักการอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Citation Style)	e
การพิจารณาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ วารสารศูนย์อนามัยที่ 9	g
ขั้นตอนและกรอบเวลาการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9	j
หนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์-บทความทั่วไป	k
หนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์-บทความจากวิทยานิพนธ์	l
สารนิพนธ์ และการศึกษาอิสระ	

บทความวิชาการ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่มีอาการเหนื่อยล้า

วรวิษา สำราญเนตร^{*a}, นิตยา กออิสรานูภาพ^{*}

บทคัดย่อ

อาการเหนื่อยล้าเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นประสบการณ์ในแต่ละบุคคล ที่เกี่ยวเนื่องกับความรู้สึที่เกิดขึ้นกับส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายหรือเกิดกับทุกส่วนพร้อมกัน ที่แสดงถึงความรู้สึกไม่สบาย ความเหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ทำกิจกรรมได้ลดลง สาเหตุส่งเสริมอาการเหนื่อยล้า ได้แก่ การมีของเสียคั่งในร่างกาย ความผิดปกติของกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ ความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ภาวะโลหิตจาง การฟอกเลือดที่ไม่เพียงพอ การได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ และปัญหาด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความเครียดและภาวะซึมเศร้า เป็นต้น ส่งผลให้สูญเสียพลังงาน เกิดความเหนื่อยล้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่ทางร่างกายที่ลดลง จิตสังคม และคุณภาพชีวิตที่แย่ลง ดังนั้น พยาบาลผู้ให้การดูแลจำเป็นต้องค้นหาสาเหตุ สามารถประเมินอาการเหนื่อยล้าได้อย่างรวดเร็ว และค้นหาแนวทางการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีอาการเหนื่อยล้า มีวิธีการหลากหลาย เช่น การให้ความรู้ การออกกำลังกาย โยคะ การกดจุดสะท้อน การบำบัดด้วยกลิ่นหอม การแช่เท้าด้วยน้ำอุ่น และการนวด เป็นต้น เพื่อลดอาการเหนื่อยล้า ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้ดีขึ้นและสามารถอยู่กับโรคไตเรื้อรังได้อย่างมีความสุข ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล; อาการเหนื่อยล้า; โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย; การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

^{*} อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^a Corresponding author: วรวิษา สำราญเนตร E-mail: wanwisa@smnc.ac.th

รับบทความ: 23 มี.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 15 เม.ย. 66; ตอปรับตีพิมพ์: 17 เม.ย. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 29 พ.ค. 66

Review Article

Nursing Care for Fatigue in Chronic Kidney Disease Patients Undergoing Hemodialysis

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

Abstract

Fatigue is a common symptom in patients with chronic kidney disease who undergo hemodialysis. It is an individual experience that involves feelings that occur to any part of the body or to all parts at the same time that indicate discomfort, tiredness, exhaustion, no energy, and decreased activities. Causes that create fatigue include the presence of waste products in the body, bone joints and muscle disorders, imbalance of water and electrolytes, anemia, insufficient hemodialysis, poor nutritional status, and psychological problems such as anxiety, stress, depression, etc. These factors cause energy loss and fatigue. The effects reduced physical functions and eventually reduce quality of life. Nurses who provide care need to quickly assess the causes of fatigue and find effective and appropriate fatigue management solutions for each patient. There are several methods that nursing care can relieve fatigue in patients with chronic kidney disease who have undergone hemodialysis such as education, exercise, yoga, foot reflexology, aromatherapy, warm foot baths and massage. Despite these methods, nurses should encourage patients to practice activities to take better care of themselves and be able to live happily with chronic kidney disease while reducing complications and improving quality of life.

Keywords: Nurse's roles; Fatigue; Chronic kidney disease; Hemodialysis

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

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

Received: Mar. 23, 23; Revised: Apr. 15, 23; Accepted: Apr. 17, 23; Published Online: May 29, 23

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต อัตราการเสียชีวิต และค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงขึ้น จากสถิติประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังประมาณ 8 ล้านคน เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมากกว่า 100,000 คน และมีจำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ 15-20 ต่อปี⁽¹⁾ จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ซึ่งการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูง⁽²⁾ ช่วยคงสภาพการทำงานของไตที่เหลืออยู่ได้ดี ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาว แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการไม่พึงประสงค์หลายอย่าง เช่น เหนื่อยล้า คลื่นไส้/อาเจียน น้ำท่วมปอด กระดูกเปราะบาง หักง่าย ปวดกระดูก นอนไม่หลับและคัน เป็นต้น^(3,4) ซึ่งอาการเหนื่อยล้าเป็นอาการที่พบได้บ่อย⁽⁵⁾ พบอุบัติการณ์ร้อยละ 60-79 ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม⁽⁶⁾ เป็นการรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้น รู้สึกเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ความแข็งแรงและความสามารถในการทำหน้าที่ทางกายลดลง ขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน⁽⁴⁾ แบ่งออกเป็น อาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นเฉพาะหลังฟอกเลือดในแต่ละครั้ง (Post-dialysis fatigue) และอาการเหนื่อยล้าที่ยังคงอยู่ตลอดเวลา (Continuous fatigue syndrome)^(2,7) ซึ่งส่วนใหญ่เกิดขึ้นในกรณีที่มีการสะสมของของเสีย โรคโลหิตจาง ความไม่เพียงพอของการฟอกเลือด กล้ามเนื้ออ่อนแรง กระบวนการอักเสบ ความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ภาวะขาดสารอาหาร ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล เป็นต้น^(2,4,7) ความเหนื่อยล้าเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการพยาบาล เนื่องจากส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยการปฏิบัติทางร่างกายที่ลดลง การรับรู้ทางสติปัญญาลดลง จิตสังคม และคุณภาพชีวิตที่แย่ลง⁽⁶⁾ และอาจกลายเป็นภาวะที่คุกคามชีวิตได้

การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีวิธีการหลากหลาย เช่น การให้ความรู้ การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย โยคะ การกดจุด การบำบัดด้วยกลิ่นหอม การแช่เท้าด้วยน้ำอุ่น และการนวด เป็นต้น เป็นบทบาทที่พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ จำเป็นต้องให้ความสำคัญและค้นหาแนวทางการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย

ดังนั้น ผู้เขียนจึงทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ การประเมิน รวมทั้งการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีอาการเหนื่อยล้า เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเหนื่อยล้า ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้ดีขึ้นลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและสามารถอยู่กับโรคไตเรื้อรังได้อย่างมีความสุข

ความหมายของอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

อาการเหนื่อยล้า (Fatigue) เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างอาการทางร่างกาย ภาวะจิตใจ และพฤติกรรม การแสดงออก⁽⁹⁾ ของประสบการณ์ในแต่ละบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกที่เกิดกับส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายหรือเกิดกับทุกส่วนพร้อมกัน^(3,5) ได้รับอิทธิพลมาจากจังหวะชีวภาพ (Circadian rhythm) สามารถเปลี่ยนแปลง

ได้ตามระยะเวลา ความรุนแรงของความรู้สึกที่ไม่พึงปรารถนา⁽⁷⁾ ซึ่งเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้สึก ไม่สุขสบาย อ่อนเพลีย ไม่มีแรงเหนื่อยล้าและทำกิจกรรมได้ลดลง^(3,4,10)

สาเหตุของการเกิดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม^(2,4,7)

สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าที่พบได้บ่อย มีดังนี้

1. การสะสมของของเสีย (Uremia) จากการคั่งค้างยูเรียและครีเอตินินในกระแสเลือด จะส่งผลต่อร่างกาย เช่น ระบบประสาท มีอาการง่วงซึม แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง ระบบทางเดินอาหาร เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น ทำให้มีอาการเหนื่อยล้า และเกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกาย ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง
2. ความผิดปกติของกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ จากการสะสมของ β_2 microglobulin (β_2M) เนื่องจากกระบวนการฟอกเลือดไม่สามารถขับ β_2M ออกได้เพียงพอ นอกจากนี้การฟอกเลือดยังกระตุ้นการหลั่ง Proinflammatory cytokine ซึ่งมีผลกระตุ้นการสร้าง β_2M เพิ่มขึ้น ทำให้มีอาการปวดข้อ ข้ออักเสบ เคลื่อนไหวไม่สะดวก ขาที่มือและนิ้วเนื่องจากเส้นประสาท Median ถูกกดทับ (Carpal tunnel syndrome)⁽⁷⁾
3. ความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เช่น การดื่มน้ำออกปริมาณมาก การเปลี่ยนแปลงสมดุลของแคลเซียมและโปแตสเซียม เป็นต้น จะมีอาการ ปวดท้อง เป็นตะคริวบริเวณขาและน่อง เกิดความผิดปกติของระบบประสาทส่วนปลาย มีการหดตัวของกล้ามเนื้อ ขากระดูก ขาปลายมือปลายเท้า ทำให้รู้สึกเจ็บปวด ปวดตึงตามกล้ามเนื้อ เกิดอาการเหนื่อยล้า
4. ภาวะโลหิตจาง (Anemia) จากพยาธิสภาพของโรค ที่ทำให้การสร้างฮอร์โมนอีริโทพอยติน (Erythropoietin) ลดลง ส่งผลให้การผลิตเม็ดเลือดแดงลดลง ผู้ป่วยที่มีค่าความเข้มข้นของเลือดต่ำ ต้องได้รับยากลุ่ม Erythropoiesis-stimulating agents (ESAs)⁽¹¹⁾ มีผลทำให้ปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงเนื้อเยื่อ และเซลล์ต่างๆ ลดลง ทำให้กล้ามเนื้อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื้อเยื่อขาดพลังงาน
5. การฟอกเลือดที่ไม่เพียงพอ (Dialysis inadequacy) การประเมินความเพียงพอในการฟอกเลือด โดยการประเมินปริมาณการสะสมของเสีย (Uremic toxin) ที่ถูกขจัดออกจากร่างกายโดยตรง หากฟอกเลือดไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะยูรีเมีย ปัญหาการควบคุมกรด-ด่าง ความผิดปกติจากการเสียสมดุลแคลเซียม ฟอสเฟต เช่น ตะคริว ระดับความดันโลหิตสูงหรือต่ำเกินเกณฑ์ปกติ มีภาวะบวม เป็นต้น
6. การได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ (Poor nutritional status) เนื่องจากการรับรสและความอยากอาหารลดลง มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ถูกจำกัดอาหาร ภาวะ Acidosis ทำให้มีการนำโปรตีนในกล้ามเนื้อมาใช้มากขึ้น และอาจมีการสูญเสียอาหาร กรดอะมิโน ออกทางตัวกรองในกระบวนการฟอกเลือด ทำให้ร่างกายได้รับโปรตีนและพลังงานไม่เพียงพอ ส่งผลให้กล้ามเนื้อฝ่อลีบ (Sarcopenia)⁽⁷⁾ ส่งผลให้เกิดอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง เหนื่อยล้าได้ง่าย

7. ปัญหาด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ความรู้สึกหงุดหงิด ความเครียดและภาวะซึมเศร้า เป็นต้น เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตลอด ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต มีความกลัว อารมณ์เศร้า หงุดหงิด อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร เป็นต้น ส่งผลให้สูญเสียพลังงาน กิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง เกิดอาการเหนื่อยล้า⁽⁸⁾

ชนิดของอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม⁽⁷⁾

1. อาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นเฉพาะหลังฟอกเลือดในแต่ละครั้ง (Post-dialysis fatigue; PDF) เป็นอาการเหนื่อยล้าอยู่ตั้งแต่ก่อนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและยังคงมีอาการต่อเนื่องจนกระทั่งการฟอกเลือดเสร็จ
2. อาการเหนื่อยล้าที่ยังคงอยู่ตลอดเวลา (Continuous fatigue syndrome; CFS) เป็นอาการเหนื่อยล้าสูงสุดหลังการฟอกเลือดและค่อยๆ ลดลง แต่ยังคงอยู่ตลอดเวลากระทั่งมาฟอกเลือดครั้งต่อไป

ผลกระทบของอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

1. ด้านร่างกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดพลังในการทำกิจกรรมต่างๆ รบกวนการดำเนินชีวิตและการประกอบอาชีพ รวมทั้งการทำหน้าที่ทางกายและคุณภาพชีวิตลดลง จากการศึกษาของ ธัญญรัตน์ บุญไทย และคณะ⁽¹¹⁾ พบว่าอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า รู้สึกเหนื่อยหรือเหนื่อยง่าย ในช่วงฟอกเลือดหรือวันฟอกเลือด ทำให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมได้น้อยลง เช่น การเดินจะเริ่มเหนื่อย ทำกิจกรรมหนักๆ ไม่ไหว ไม่สามารถออกกำลังกายได้
2. ด้านจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สดชื่น เบื่อหน่าย ท้อแท้ อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย ขาดแรงจูงใจในการทำกิจวัตรประจำวัน เกิดความเครียด วิตกกังวล รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า และมีภาวะซึมเศร้าตามมาและมีความคิดที่จะฆ่าตัวตายสูงขึ้น^(4,8,12)
3. ด้านสังคม เนื่องจากมีอาการเหนื่อยล้า ทำให้ต้องการเวลาในการพักผ่อนที่มากกว่าปกติ ขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมทางสังคม เช่น การพบปะสังสรรค์กับเพื่อนและครอบครัว กิจกรรมการบันเทิงในชีวิตประจำวันลดลง แยกตัวออกจากสังคม ฟังหาผู้อื่นมากขึ้น ส่งผลให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ สูญเสียบทบาททางสังคม หัวหน้าครอบครัวและหน้าที่การงาน นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดจะมีลักษณะผิวดำคล้ำ เส้นฟอกเลือดที่แขนขนาดใหญ่มีลักษณะโป่งพอง ทำให้ขาดความมั่นใจ มีภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

การประเมินอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการใช้เครื่องมือในการประเมินอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่หลากหลาย ดังนี้

1. Fatigue severity scale (FFS)^(12,13) เป็นแบบประเมินอาการเหนื่อยล้าแบบรายงานตัวเอง (Self-report) เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้าและผลกระทบต่อการทำหน้าที่ชีวิตประจำวัน ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มี 9 ข้อคำถาม คะแนน 1-7 คะแนน (1 หมายถึง ไม่มีอาการเหนื่อยล้า, 2-4 คะแนน มีอาการเหนื่อยล้าระดับปานกลาง และ มากกว่า 4 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีอาการเหนื่อยล้าระดับรุนแรง)

การแปลคะแนน คือ ระดับเล็กน้อย 36-44 คะแนน ระดับปานกลาง 45-53 คะแนน และระดับรุนแรง 54-63 คะแนน

2. Modified Fatigue Impact Scale (MFIS)⁽⁴⁾ เป็นแบบประเมินผลกระทบที่ได้รับจากอาการเหนื่อยล้าของตนเองในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา มี 21 ข้อคำถาม ลักษณะคำตอบเป็นแบบวัดมาตราส่วน 5 คะแนน ประกอบด้วยด้านร่างกาย ความคิดและจิตสังคม คะแนนระหว่าง 0-84 คะแนน

3. Visual Analog Scale for Fatigue (VAS-F)^(9,14) เป็นแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นหลังจากการฟอกเลือด (Post dialysis fatigue; PDF) ประกอบด้วย 18 ข้อคำถาม ลักษณะข้อคำถามเป็นเส้นตรงแนวนอนยาว 100 มิลลิเมตร การแปลคะแนน คือ ช่วงคะแนน 0-50 หมายถึง คะแนนอาการเหนื่อยล้าน้อย และช่วงคะแนน 51-100 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้าสูง

4. Revised Piper Fatigue Scale (R-PFS)⁽³⁾ เป็นแบบประเมินอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมลักษณะเป็นคำตอบเป็นตัวเลือกตั้งแต่ 1-10 โดยด้านซ้ายกำกับด้วยวลี “ไม่เลย” และทางด้านขวากำกับด้วยวลี “มากที่สุด” การให้คะแนนรวมกันมีตั้งแต่ 22-220 คะแนน การแปลคะแนน คือ ระดับไม่เหนื่อยล้า (22-88 คะแนน) เหนื่อยล้าปานกลาง (89-155 คะแนน) และเหนื่อยล้ามาก (156-220 คะแนน)

5. Multidimensional fatigue inventory (MFI-20)⁽¹⁵⁾ เป็นแบบประเมินความเหนื่อยล้าหลายมิติ ประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม ลักษณะคำตอบเป็นแบบวัดมาตราส่วน 5 คะแนน ประกอบด้วย 5 ด้าน ความเหนื่อยล้าทั่วไป ความเหนื่อยล้าด้านร่างกาย ความเหนื่อยล้าทางด้านจิตใจ การลดลงของการทำกิจกรรม และการลดลงของแรงจูงใจ การแปลคะแนน คือ ระดับไม่เหนื่อยล้า (20-44 คะแนน) เหนื่อยล้าปานกลาง (45-71 คะแนน) และเหนื่อยล้ามาก (72-100 คะแนน)

การประเมินระดับความเหนื่อยล้า รวมถึงการค้นหาสาเหตุของความเหนื่อยล้าร่วมกับผู้ป่วยแต่ละราย และนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการพยาบาลในการจัดการอาการเหนื่อยล้า ต่อไป

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีความเหนื่อยล้า

การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้า มีอยู่ 2 วิธี คือ การบำบัดอาการเหนื่อยล้าแบบไม่ใช้ยา (Non-pharmacological intervention) และการบำบัดอาการเหนื่อยล้าแบบใช้ยา (Pharmacological intervention) ในบทความนี้ขอกล่าวถึงการบำบัดอาการเหนื่อยล้าแบบไม่ใช้ยา ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถกระทำได้โดยไม่มีข้อห้าม ตามขอบเขตของวิชาชีพ เพื่อแก้ไขอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การพยาบาลเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีหลากหลายวิธี ดังนี้

1. การออกกำลังกาย ช่วยให้มีการหดตัวของกล้ามเนื้อ มีการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อและอวัยวะ มีการเคลื่อนไหว ช่วยทำให้โลหิตหมุนเวียนเลือดลมเดินได้สะดวก ทำให้เพิ่มการไหลเวียนเลือด ร่างกายได้รับออกซิเจนและสารอาหารเพิ่มขึ้น เพิ่มความสามารถในการนำกลูโคสเข้าเซลล์กล้ามเนื้อ ช่วยลดความตึงเครียด นอนหลับสบายขึ้นและเพิ่มการมีกิจกรรมทางสังคม จากการศึกษาของ ฐาปนันท์ มหิศนันท์⁽¹⁸⁾

โดยให้การออกกำลังกายประยุกต์ท่ากึ่งชันขณะฟอกเลือดจำนวน 5 ท่า ประกอบด้วยท่าตบท้ายทอย ท่าอวดแหวนเพชร ท่ายิงธนู ท่าดำรงกายอายุยืนและท่ากระดกข้อเท้า โดยให้ออกกำลังกายให้เสร็จภายใน 2 ชั่วโมงแรกของการฟอกเลือดนาน 15 นาที จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ สอดคล้อง การศึกษาของ Abd และคณะ⁽¹⁵⁾ พบว่า การออกกำลังกายการเคลื่อนไหวพิสัยของข้อ (ROM) และการออกกำลังกายเพื่อการผ่อนคลาย ระยะเวลา 15 นาทีต่อวัน ใน 2 ชั่วโมงแรกของการฟอกเลือด 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ การส่งเสริมให้ทำการเคลื่อนไหวแบบยืดหยุ่นและยืด (งอและยืด) โดยเริ่มจาก 10-15 รอบต่อนาที (15 ครั้ง) สำหรับกล้ามเนื้อคอ แขน หน้าท้อง ต้นขาและหน้าแข้งรวมถึงข้อมือข้อศอกไหล่เข้ากระดูกสันหลัง และข้อเท้า ยกเว้นส่วนของร่างกายที่เชื่อมต่อกับเครื่องฟอกเลือด และจากการศึกษาของ บันลือศักดิ์ ธรรมนิยากร⁽⁹⁾ โดยให้ออกกำลังกาย ประกอบด้วย ตั้มยกน้ำหนักขนาด 0.5-1 กิโลกรัม ลูกยางสำหรับบีบ บริหารข้อนิ้วมือ และหมอนอิงสำหรับหนุนใต้เข่า โดยมีท่าออกกำลังกาย 10 ท่า แบบ Isometric exercise และ Isotonic exercise ให้ปฏิบัติในช่วง 2 ชั่วโมงแรกของการฟอกเลือดทุกครั้ง ปฏิบัตินาน 10-20 นาที นอกจากนี้ยังพบว่า จากการศึกษาของ ธัญญรัตน์ บุญไทยและคณะ⁽¹¹⁾ โดยให้ผู้ป่วยการออกกำลังกาย แบบแอโรบิกกับเก้าอี้ด้วยตนเอง ครึ่งละ 15 นาที ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของระบบหัวใจ ระบบหายใจและหลอดเลือด ส่งผลให้อัตราการใช้ออกซิเจนสูงสุดและทำให้กล้ามเนื้อแขน ขา เคลื่อนไหว อย่างต่อเนื่อง เพิ่มการหดตัวและจัดของเสียในกล้ามเนื้อ ส่งผลให้กล้ามเนื้อแข็งแรง สามารถปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันได้ดีขึ้น ลดอาการเหนื่อยล้าลงได้

2. การฝึกโยคะ ในการปฏิบัติโยคะอาสนะ เป็นการบริหารกายที่อาศัยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ที่มีผลทำให้กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น ข้อต่อ และกระดูกมีความแข็งแรง ยืดหยุ่นดี ทำให้เลือดและออกซิเจน ไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้อย่างทั่วถึง ส่วนการฝึกหายใจแบบโยคะ (ปราณายามะ) เป็นการบริหารจัดการ และทำให้ปอดมีการขยายตัว ปริมาตรเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาของ ฌณิก จุมพลพงษ์ และคณะ⁽¹⁶⁾ พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับโยคะเพื่อลดความเหนื่อยล้าโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม สาธิตและให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนเพื่อลดความเหนื่อยล้าในแต่ละครั้งที่พบกัน (20 นาที) และให้ฝึกปฏิบัติโยคะหลังฟอกเลือด 1 ชั่วโมงอย่างน้อย ขึ้นตอนโยคะ ประกอบด้วย การบริหารอบอุ่นร่างกาย อาสนะ (ท่าคิม ท่านั่งเพชร ท่าโยคะ มุทรา ท่าบิดตัว ท่าภูเขา ท่ากงล้อ) การผ่อนคลายอย่างลึก (ท่าศพ) ปราณายามะและสมาธิ ใช้เวลา 40 นาทีและไปฝึกโยคะเอง มากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษา Ramai et al.⁽¹⁷⁾ พบว่าการฝึกโยคะวันละ 30 นาที ทุกวัน ระยะเวลา 4 เดือน ช่วยลดความเครียด ลดการดึงตัวของกล้ามเนื้อ ลดการทำงานของระบบประสาท ลดระดับของเสียในร่างกาย (BUN, Creatinine) ในผู้ป่วย ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

3. การนวด (Massage) เป็นการสัมผัสที่ก่อให้เกิดความรู้สึกผ่านมือทั้งสองข้าง กระตุ้นการไหลเวียน ของเลือด เกิดการผ่อนคลาย ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ⁽¹⁷⁾ จากการศึกษาของ Unal et al.⁽¹⁸⁾ ได้ทำการนวด กดจุดสะท้อนเท้า (Foot reflexology) ร่วมกับการนวดหลัง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง จากการศึกษาของ Aslan et al.⁽¹⁹⁾ โดยใช้การจัดการอาการเหนื่อยล้าโดยการผสมผสานระหว่างนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย

กลืนลาเวนเดอร์ ครั้งละ 30 นาที (3 ครั้งต่อสัปดาห์) เป็นเวลา 4 สัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Afrasiabifar et al.⁽²⁰⁾ พบว่าการจัดท่านอนคว่ำ (Prone position) และนวดบริเวณหลัง แขนทั้ง 2 ข้าง เคลื่อนมาที่บริเวณกระดูกสันหลัง ไหล่และคอ ทำท่าละ 15-20 ครั้ง ประมาณ 15 นาที โดยการสัมผัสหรือการนวดจะช่วยกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อ ลดอาการปวดตึงตามข้อ

4. การบำบัดด้วยน้ำ (Hydrotherapy) เป็นการใช้น้ำในรูปแบบต่างๆ เช่น น้ำอุ่น น้ำแข็ง ใต้น้ำ เพื่อการผ่อนคลาย กระตุ้นการไหลเวียนของเลือด จากการศึกษาของ Shafeik et al.⁽²⁾ พบว่าการแช่เท้าด้วยน้ำอุ่นที่อุณหภูมิ 40-43 องศาเซลเซียส ระยะเวลา 30 นาที และใช้ผ้าขนหนูเช็ดเท้าให้แห้งในชั่วโมงสุดท้ายของการฟอกเลือดแต่ละครั้ง จำนวน 7 ครั้ง สอดคล้องกับการศึกษา Afrasiabifar et al.⁽²⁰⁾ พบว่า การแช่เท้าด้วยน้ำอุ่นที่อุณหภูมิ 42-43 องศาเซลเซียส ครั้งละ 15 นาที และเช็ดเท้าให้แห้งด้วยผ้าขนหนูก่อนการฟอกเลือด ซึ่งมีประสิทธิภาพในการลดอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยที่ต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

5. การใช้น้ำมันหอมระเหย (Aromatherapy) กลิ่นหอมของน้ำมันหอมระเหย โดยเฉพาะกลิ่นลาเวนเดอร์จะส่งผ่านเข้าไปในจมูกไปกระตุ้นเซลล์ประสาทรับความรู้สึกที่อยู่ในโพรงจมูกทำให้เกิดกระแสประสาทวิ่งไปยังศูนย์รับรู้กลิ่นในสมองผ่านไปยังสมองส่วน Limbic system ปล่อยสาร Endorphins Enkephalins และ Serotonin ออกมา ช่วยลดความเจ็บปวด อารมณ์ดี สงบ เยือกเย็น หลับสบาย ช่วยให้คลายเครียด อาการอ่อนล้าลดลง จากการศึกษาของ Wibowo⁽²²⁾ โดยการออกกำลังกายระหว่างการฟอกเลือดและใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ร่วมด้วย ช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย ลดอาการเหนื่อยล้า สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาภรณ์ รักผกาวงศ์ และคณะ⁽²¹⁾ โดยให้ดำเนินโปรแกรมการจัดการอาการเหนื่อยล้าตามคู่มือร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ที่บ้าน ต่อเนื่องกัน 2 สัปดาห์ และมีการโทรศัพท์ติดตามทุกวันพุธ จำนวน 2 ครั้ง ให้คำชมเชยในการปฏิบัติ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง การรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น วิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามคำแนะนำชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับโรค กับผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญ ร่วมกับการตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การตัดสินใจในการรักษา/การดูแลสุขภาพ การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อให้เหมาะสมกับโรค⁽¹⁷⁾ จากการศึกษาของ Mohamed⁽²³⁾ โดยการให้ความรู้ติดต่อกันจำนวน 4 ครั้งหรือมากกว่า 2 สัปดาห์ ครั้งละ 30-45 นาที ครั้งที่ 1 และ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง อาหาร การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การจัดการความเครียด และการปฏิบัติตัว โดยการสอนประกอบสื่อ วีดีโอ รูปภาพ และคู่มือ ร่วมกับการสาธิตย้อนกลับและอภิปรายแลกเปลี่ยนระหว่างผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลอย่างเพียงพอ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นสาเหตุของอาการเหนื่อยล้า

ตัวอย่างการศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีอาการเหนื่อยล้า

ผู้เขียนได้ศึกษาจากแนวคิดทฤษฎีข้อค้นพบจากการศึกษาเอกสาร ตำรา บทความทางวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยมีรายละเอียดดังนี้

1. บทความวิจัย เรื่อง *ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายประยุกต์ท่าฤๅษีตัดตนขณะฟอกเลือดต่ออาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม⁽³⁾* ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม แผนกไตเทียม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จำนวน 30 ราย โดยผู้ป่วยจะได้รับการฝึกโปรแกรมการออกกำลังกายประยุกต์ท่าฤๅษีตัดตนขณะฟอกเลือด 3 ครั้งต่อสัปดาห์ 15 นาทีต่อครั้ง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าของอาสาสมัครที่ได้รับการฝึกโปรแกรมการออกกำลังกายประยุกต์ท่าฤๅษีตัดตนขณะฟอกเลือดลดลงจาก 96.07 เหลือ 80.63 และ 68.83 ในสัปดาห์ที่ 5 และ 9 ตามลำดับ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2. บทความวิจัย เรื่อง *ผลของการแช่เท้าด้วยน้ำอุ่นต่ออาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม⁽²⁾* ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ศูนย์ฟอกเลือด Kasr Al-Aini โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย Cairo จำนวน 44 ราย โดยผู้ป่วยจะได้รับการแช่เท้าด้วยน้ำอุ่นที่อุณหภูมิ 40-43 องศาเซลเซียส ระยะเวลา 30 นาที และใช้ผ้าขนหนูเช็ดเท้าให้แห้งในชั่วโมงสุดท้ายของการฟอกเลือดแต่ละครั้ง จำนวน 7 ครั้ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอาการเหนื่อยล้า หลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=42.447, p < 0.0001$)

3. บทความวิจัย เรื่อง *ผลของโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นการออกกำลังกายขณะฟอกเลือดต่ออาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม⁽⁷⁾* ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม แผนกไตเทียม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จำนวน 25 ราย โดยผู้ป่วยจะได้รับการฝึกโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นการออกกำลังกายขณะฟอกเลือดโดยออกกำลังกายแบบเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ ภายใน 2 ชั่วโมงแรกของการฟอกเลือด ครั้งละ 30 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ นาน 8 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง คะแนนเฉลี่ยอาการเหนื่อยล้าที่สัปดาห์ที่ 5 และ สัปดาห์ที่ 9 ในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทสรุป

อาการเหนื่อยล้าทำให้หน้าที่การทำงานของร่างกายลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ อารมณ์ไม่มั่นคง รู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต เกิดความเครียดและเกิดภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดให้แย่งลง บทบาทพยาบาลซึ่งมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วย จำเป็นต้องประเมินความรุนแรง ค้นหาสาเหตุ วางแผนการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้าที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

เอกสารอ้างอิง

1. ศุภดิวัน พิทักษ์แทน. การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับยาเร่งความรู้สึกเพื่อผ่าตัดปลูกถ่ายไต: กรณีศึกษา. วารสารวิชาการแพทย์. 2562; 33(3):589-600.
2. Shafeik HF, Abdelaziz SH, ElSharkawy SI. Effect of warm water foot bath on fatigue in patients undergoing hemodialysis. International journal of Nursing Didactics. 2018;8(2): 26-32.
3. ฐานันท์ มหิชนันท์. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายประยุกต์ทำฤๅษีตัดตนขณะฟอกเลือดต่ออาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2563;28(3):366-73.
4. Tsirigotis S, Polikandrioti M, Alikari V, Dousis E, Koutelekos I, Toulia G, Pavlatou N, Panoutsopoulos GI, Leftheriotis D, Gerogianni G. Factors Associated With Fatigue in Patients Undergoing Hemodialysis. Cureus. 2022 Mar 9;14(3):e22994. doi: 10.7759/cureus.22994.
5. Debnath S, Rueda R, Bansal S, Kasinath BS, Sharma K, Lorenzo C. Fatigue characteristics on dialysis and non-dialysis days in patients with chronic kidney failure on maintenance hemodialysis. BMC Nephrol. 2021 Mar 27;22(1):112. doi: 10.1186/s12882-021-02314-0.
6. Ju A, Teixeira-Pinto A, Tong A, Smith AC, Unruh M, Davison SN, Daputo J, Dew MA, Fluck R, Germain MJ, Jassal SV, Obrador GT, O'Donoghue D, Vieceilli AK, Strippoli G, Ruospo M, Timofte D, Sharma A, Au E, Howell M, Costa DSJ, Anumudu S, Craig JC, Rutherford C. Validation of a Core Patient-Reported Outcome Measure for Fatigue in Patients Receiving Hemodialysis: The SONG-HD Fatigue Instrument. Clin J Am Soc Nephrol. 2020 Nov 6;15(11):1614-1621. doi: 10.2215/CJN.05880420.
7. พัชรินทร์ อินทร์จันทร์. ผลของโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นการออกกำลังกายขณะฟอกเลือดต่ออาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. 2562;31(1):49-60.
8. Maruyama Y, Nakayama M, Ueda A, Miyazaki M, Yokoo T. Comparisons of fatigue between dialysis modalities: A cross-sectional study. PLoS One. 2021 Feb 10;16(2):e0246890. doi: 10.1371/journal.pone.0246890.
9. บันลือศักดิ์ ธรรมนิธยากร, นันทรัตน์ ธรรมนิธยากร, สุมลรัตน์ กนกวิวงค์, วิไล คุปต์นิรติชัยกุล, สมเกียรติ วสุวิญญกุล, อัครินทร์ นิมนานนิตย์. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต่อความอ่อนล้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย. วารสารพยาบาลศิริราช. 2556;3(1):15-24.

10. รัตนา จารุวรรณโน, ปวิวัติ คดีโลก. อาการอ่อนล้าในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง: บทพยาบาล. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2561;12(1):187-96.
11. ธัญญารัตน์ บุญไทย, วิฑิตพร ปฐมจารุวัฒน์, อีสริย์ ศรีสุโกโฬการ. อุปสรรคของการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม: การวิจัยเชิงคุณภาพ. วารสารมหาวิทยาลัยราชชนรินทร์. 2563;12(3):121-38.
12. Yeşil Bayülgen M, Gün M. The effect of Reiki on fatigue and comfort in hemodialysis patients. Explore (NY). 2023 Jan 6:S1550-8307(23)00003-4. doi: 10.1016/j.explore.2022.12.009.
13. Habibzadeh H, Wosoi Dalavan O, Alilu L, Wardle J, Khalkhali H, Nozad A. Effects of Foot Massage on Severity of Fatigue and Quality of Life in Hemodialysis Patients: A Randomized Controlled Trial. Int J Community Based Nurs Midwifery. 2020 Apr;8(2):92-102. doi: 10.30476/IJCBNM.2020.81662.0.
14. Akbay E, Akinci S, Coner A, Adar A, Genctoy G, Demir AR. New perspective on fatigue in hemodialysis patients with preserved ejection fraction: diastolic dysfunction: Fatigue and diastolic dysfunction. The International Journal of Cardiovascular Imaging. 2022; 38(10):2143-53.
15. Abd Elhameed SH, Fadila DES. Effect of Exercise Program on Fatigue and Depression among Geriatric Patients Undergoing Hemodialysis. International Journal of Advanced Nursing Studies 2019;8(2):23-32.
16. ณัฏฐ์ จุมพลพงษ์ สุธีพร ธนศิลป์และจรรยา นิยมหลวง. ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับโยคะต่อความเหนื่อยล้าในพระภิกษุสงฆ์อาพาธด้วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2559;28(1):41-53.
17. Ramai P, Diana L. Supportive Therapy for Fatigue in Hemodialysis Patients. Int J Heal Sci Res 2021;11(7):367-73.
18. Unal KS, Akpinar RB. The effect of foot reflexology and back massage on hemodialysis patients' fatigue and sleep quality. Complementary therapies in clinical practice. 2016;24:139-44.
19. Aslan KSU, Altin S. Aromatherapy and foot massage on happiness, sleep quality, and fatigue levels in patients with stroke: A randomized controlled trial. European Journal of Integrative Medicine. 2022;54:102-64.

20. Afrasiabifar A, Hamzheikia S, Mosavi A, Hossini SM. The effect of warm water footbath versus Swedish massages on hemodialysis patients' sleep quality and insomnia. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences* 2022;9(2):81-9.
21. สุภาภรณ์ รักผกาวงศ์, วารีย์ กังใจ, พรชัย จุลเมตต์. ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหยต่ออาการอ่อนล้าของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่รักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*. 2557;22(1):39-49.
22. Wibowo WA. The Effect of Intradialysis Exercise and Aromatherapy Lavender To Scores Fatigue Patient Hemodialysis In RSU Yarsi Pontianak. *ProNers* 2020;5(1):1-11.
23. Mohamed SM, Taha NM, Aly HH, Nageeb SM. Fatigue, Depression and Sleep Disturbance among Hemodialysis Patients. *International Journal of Nursing Didactics*. 2019;9(10):1-9.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการเรียน ของนิสิตมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์

กิตติพงษ์ เรือนเพชร, พย.ม.*, สุกิศา ขำอเนก, พย.ม.*, ยุวดี จอมสัจด์, พย.ม.*,
อภิสรารกรณ์ หิรัณย์วิชัยกุล, พย.ม.^a, ศิริลักษณ์ สุวรรณวงษ์, พย.ม.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการเรียนของนิสิตมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่างคือนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 468 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการเรียนของนิสิต มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการเรียนของนิสิตมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ ค่าเฉลี่ยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.41 (SD=0.38) เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่าปัจจัยด้านครอบครัว มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือด้านการส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้ปกครอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.66 (SD=0.47) ปัจจัยด้านสถานศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์ผู้สอนกับนิสิต มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 4.59 (SD=0.55) ส่วนปัจจัยด้านส่วนตัวพบว่าแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือเท่ากับ 4.55 (SD=0.46) ส่วนความสัมพันธ์กับความสุขในการเรียนของนิสิต มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ คือปัจจัยด้านส่วนตัว ได้แก่ ความสัมพันธ์กับเพื่อน โดยมีความสัมพันธ์กับความสุขในการเรียนของนิสิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.084$) และปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ความสุขในการเรียนของนิสิต มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ คือความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ($\beta=0.112$) และความสัมพันธ์กับเพื่อน ($\beta=-0.187$) สามารถพยากรณ์ความสุขของนิสิตได้ร้อยละ 38.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับอาจารย์และผู้เกี่ยวข้องในการนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมให้นิสิตได้เรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: ปัจจัย; ความสุข; นิสิต; มหาวิทยาลัย

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์

^a Corresponding author: อภิสรารกรณ์ หิรัณย์วิชัยกุล Email: Apisarakorn_nueng21@yahoo.com

รับบทความ: 27 มี.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 20 เม.ย. 66; ตอรับตีพิมพ์: 21 เม.ย. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 31 พ.ค. 66

Factors Affecting Happiness among Students Attending Western University, Buriram Campus

Kitipong Ruanphet, M.N.S.^{*}, Supisa Khamanek, M.N.S.^{*},
Yuwadee Ngomsangad, M.N.S.^{*}, Apisarakorn Hiranwitchayakun, M.N.S.^a,
Siriluk Suwannawong, M.N.S.^{*}

Abstract

Objective of this survey research was to study factors affecting learning happiness among students attending Western University, Buriram Campus. Samples included 468 nursing students in years 1 through 4. The research tool was a questionnaire on factors affecting learning happiness among students attending Western University, Buriram Campus. Data were analyzed using percentages, means, and standard deviations, and correlations were analyzed using Pearson's correlation and multiple regression analysis.

Results showed that overall factor affecting study happiness among students attending Western University, Buriram Campus was at a highest level ($\bar{X}$ =4.41, SD=0.38). In analysis of each aspect, it was found that family factors with highest average score was parents' learning promotion ($\bar{X}$ =4.66, SD=0.47) while relationships between instructors and students ($\bar{X}$ =4.59, SD=0.55) had a highest average score in academic institution factor and achievement motivation ($\bar{X}$ =4.55, SD=0.46) had a highest average score in personal. Personal factor that were correlated with learning happiness was students' relationships with friends (r =0.084; p <0.05). Factors that could predict learning happiness among students attending Western University, Buriram Campus included family relationships (β =0.112) and relationships with friends (β =-0.187) with a predictive percent of 38.0 % (p <0.05). The results from this study provide basic information for instructor and those involved in applying the results of the research to use as guidelines for further development of effective student learning programs.

Keywords: Factor; Happiness; Students; University

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

^a Corresponding author: Apisarakorn Hiranwitchayakun Email: Apisarakorn_nueng21@yahoo.com

Received: Mar. 27, 23; Revised: Apr. 20, 23; Accepted: Apr. 21, 23; Published Online: May 31, 23

บทนำ

ความสุขในการเรียนรู้เป็นความรู้สึกที่ดีหรือเพลิดเพลินต่อการเรียน ส่งผลให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจ สนุกสนาน และมีพลังที่จะเรียนรู้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งหากนิสิตสนใจใฝ่เรียนรู้ในรายวิชาที่เรียน และมีทัศนคติที่ดี มีความพึงพอใจต่อการเรียน มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง และไม่มีความวิตกกังวล จะส่งผลให้นิสิตเรียนรู้ได้อย่างมีความสุข^(1,2) และส่งผลให้มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงขึ้น

การสร้างความสุขของนิสิตระดับปริญญาตรีถือเป็นเรื่องสำคัญ เพราะนิสิตที่ศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี จะมีอายุอยู่ระหว่าง 18-20 ปี ซึ่งเป็นระยะที่มีการพัฒนาจากวัยรุ่นสู่ผู้ใหญ่ตอนต้น เป็นช่วงชีวิตที่ต้องมีความรับผิดชอบ และความคาดหวังจากครอบครัว ครู อาจารย์ เพื่อน และจะต้องเจอแรงกดดันต่างๆ มากมาย เช่น การเรียน การเข้าร่วมกิจกรรม สัมพันธภาพ ซึ่งปัญหาเหล่านี้ส่งผลต่อสภาพจิตใจและอารมณ์ ก่อให้เกิดความสับสนในตนเองได้ง่าย ก่อให้เกิดความเครียด และภาวะซึมเศร้าได้^(3,4) เช่นเดียวกับการศึกษาของนิสิตพยาบาลที่จัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติเกี่ยวข้อง และสัมพันธ์กับชีวิตของผู้ป่วย มุ่งเน้นการปฏิบัติในการดูแลแก่บุคคลทุกช่วงวัย รวมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟู ดังนั้นการศึกษาวิชาชีพพยาบาลจึงมีความแตกต่างจากวิชาชีพอื่น เพราะวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องมีความความรู้ ทักษะวิชาชีพ ความรับผิดชอบสูง และจริยธรรมวิชาชีพ ซึ่งปัญหาเหล่านี้นับเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียด และไม่มีความสุขในการเรียน เนื่องจากต้องมีการปรับตัวทั้งในด้านพัฒนาการตามวัย และด้านการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต⁽⁵⁻⁸⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการเรียนของนิสิตพยาบาล คือ ด้านนักศึกษา ด้านการจัดการเรียนการสอน ด้านอาจารย์ ด้านพ่อแม่หรือผู้ปกครอง ด้านสถานศึกษา และด้านนักศึกษาร่วมสถาบันมีความสัมพันธ์ผลทางบวกกับความสุขในการเรียนของนิสิตพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01⁽⁹⁾ และการศึกษาของ เทียนทอง หาระบุตร พบความสัมพันธ์กับความสุขของนิสิตพยาบาล ได้แก่ อายุ คุณค่าในตนเอง ความเครียด พลังสุขภาพจิต สัมพันธภาพ ในครอบครัว และความสัมพันธ์กับเพื่อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁽¹⁰⁾ และการศึกษาของจิรัช ใจจริง พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านการเรียนการสอน ปัจจัยส่วนตัว กับความสุขในการเรียนของนิสิตชั้นปีที่ 1 มีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹¹⁾

มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ เป็นสถาบันอุดมศึกษาสังกัดกระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ตามปรัชญา “พลังความคิดคู่คุณธรรม สู่ความเป็นเลิศทางวิชาการ และวิชาชีพ” โดยมีเป้าหมายในการผลิตบัณฑิตให้มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์สอดคล้องตามกรอบมาตรฐานระดับอุดมศึกษา และจากปีการศึกษาที่ผ่านมาพบว่านิสิตพักการเรียนกลางคัน และลาออกจากการเรียน เนื่องจากมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ เกิดความรู้สึกกดดันและไม่มีความสุขในการเรียน เนื่องจากทักษะปฏิบัติการพยาบาลมีความยุ่งยากซับซ้อน และไม่สามารถปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมได้ และการศึกษาของ ณรงค์กร ชัยวงศ์ ที่ทำการศึกษาคความเครียด สาเหตุความเครียด ของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น พบว่าสาเหตุของความเครียด มีสาเหตุมาจากด้านความมุ่งมั่นทางการศึกษา ด้านการเรียนการสอนภาคทฤษฎี ด้านการเรียนการสอนภาคปฏิบัติสัมพันธภาพกับอาจารย์ การเงิน และภาวะสุขภาพ⁽¹²⁾ ดังนั้นการเสริมสร้างความสุขในการเรียนของนิสิตพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่จะให้นิสิตเกิดความสุขในการเรียน และส่งเสริมให้ทำกิจกรรมที่สร้างสรรค์ในชีวิต และสามารถแก้ปัญหาในการศึกษาของผู้เรียน

ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมงานและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการเรียนของนิสิตมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ ได้ 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสถานศึกษา และปัจจัยด้านส่วนตัว^(13,14) ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษา เรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการเรียนของนิสิตมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ เพื่อนำข้อมูลเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนให้กับนิสิตพยาบาลเกิดความสุขในการเรียนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความสุขของนิสิตมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของนิสิตมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์
3. เพื่อค้นหาปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ความสุขของนิสิตมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์

คำถามการวิจัย

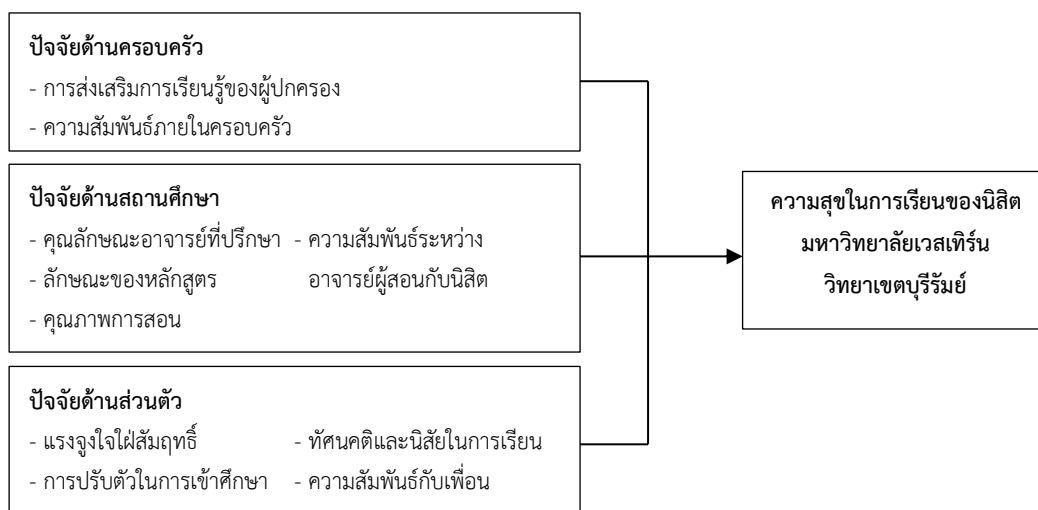
1. ระดับความสุขของนิสิตมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสถานศึกษา และปัจจัยด้านส่วนตัวมีความสัมพันธ์กับความสุขของนิสิตมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ หรือไม่อย่างไร
3. ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสถานศึกษา และปัจจัยด้านส่วนตัวสามารถพยากรณ์กับความสุขของนิสิตมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ หรือไม่อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสถานศึกษา และปัจจัยด้านส่วนตัวสามารถพยากรณ์ความสุขของนิสิตมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์

กรอบแนวคิดของการวิจัย

จากการสังเคราะห์ทฤษฎีและงานวิจัยสามารถสรุปปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการเรียนของนิสิตมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ ได้ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านครอบครัว 2) ปัจจัยด้านสถานศึกษา 3) ปัจจัยด้านส่วนตัว^(13,14) ตามกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Descriptive cross-sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการเรียนของนิสิตมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ นิสิตพยาบาล ของมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ เป็นการศึกษาในประชากรทั้งหมด ซึ่งกำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2565 ชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 468 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและเป็นแบบสอบถามที่ปรับปรุงพัฒนาแล้ว^(13,14) ประกอบด้วย 5 ตอน จำนวน 87 ข้อ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ เกรดเฉลี่ย ระดับการศึกษาผู้ปกครอง อาชีพของผู้ปกครอง และรายได้ของครอบครัว

ตอนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านครอบครัว จำนวน 14 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบประเมินค่า (Likert scale) ชนิด 5 ตัวเลือก แบ่งเป็นรายด้าน ดังนี้ การส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้ปกครอง 6 ข้อ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว 8 ข้อ⁽¹³⁾ การแปลผล ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.50-5.00 หมายถึง ระดับความสุขมากที่สุด ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.50-4.49 หมายถึง ระดับความสุขใจมาก ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.50-3.49 หมายถึง ระดับความสุขปานกลาง ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.50-2.49 หมายถึงระดับความสุขน้อย ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49 หมายถึงระดับความสุขน้อยที่สุด

ตอนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านสถานศึกษาจำนวน 26 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบประเมินค่า ชนิด 5 ตัวเลือก แบ่งเป็นราย คุณลักษณะอาจารย์ที่ปรึกษา 13 ข้อ ลักษณะของหลักสูตร 6 ข้อ ความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์ผู้สอนกับนิสิต 7 ข้อ⁽¹³⁾ การแปลผล ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.50-5.00 หมายถึง ระดับความสุขมากที่สุด ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.50-4.49 หมายถึง ระดับความสุขใจมาก ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.50-3.49 หมายถึงระดับความสุขปานกลาง ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.50-2.49 หมายถึงระดับความสุขน้อย ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49 หมายถึง ระดับความสุขน้อยที่สุด

ตอนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยด้านส่วนตัวจำนวน 30 ข้อ แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ 6 ข้อทัศนคติและนิสัยในการเรียน 9 ข้อ การปรับตัวในการเข้าศึกษา 8 ข้อ ความสัมพันธ์กับเพื่อน 7 ข้อ⁽¹³⁾ การแปลผล ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.50-5.00 หมายถึง ระดับความสุขมากที่สุด ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.50-4.49 หมายถึงระดับความสุขใจมาก ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.50-3.49 หมายถึง ระดับความสุขปานกลาง ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.50-2.49 หมายถึงระดับความสุขน้อย ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49 หมายถึง ระดับความสุขน้อยที่สุด

ตอนที่ 5 แบบสอบถามความสุขในการเรียนของนิสิต จำนวน 12 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบประเมินค่าชนิด 5 ตัวเลือก⁽¹⁴⁾ การแปลผล ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.50–5.00 หมายถึง ระดับความสุขมากที่สุด ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.50–4.49 หมายถึง ระดับความสุขใจมาก ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.50–3.49 หมายถึง ระดับความสุขปานกลาง ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.50–2.49 หมายถึงระดับความสุขน้อย ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00–1.49 หมายถึง ระดับความสุขน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ใช้แบบสอบถามที่ปรับปรุงพัฒนาแล้ว โดยมีความตรงตามเนื้อหาได้ค่าดัชนี (Item-objective congruence Index: IOC)=0.80-1.00^(13,14) และผู้วิจัยนำแบบสอบถามปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสถานศึกษา ปัจจัยด้านส่วนตัว และแบบสอบถามความสุขในการเรียนของนิสิตหาความเชื่อมั่น โดยนำไปทดลองใช้ (Tryout) กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติและสภาพแวดล้อมคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) มีเท่ากับ 0.92, 0.97, 0.93, 0.84 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้น ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถามและนำข้อมูลที่ได้ตรวจสอบความถูกต้องเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เอกสารรับรองเลขที่ BRO 2023-016 ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย การยอมรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจโดยไม่มีผลกระทบต่อสิทธิหรือผลประโยชน์ใดๆ ที่พึงได้รับแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
2. เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย จะเซ็นหนังสือยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยภายหลังทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์การศึกษาวิจัยอย่างชัดเจนแล้ว
3. ในการเก็บข้อมูล แบบสอบถาม ใช้รหัสแทน ชื่อ-สกุลจริงของผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ การรายงานผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและนำเสนอผลการศึกษาด้วยสถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานสถิติทดสอบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) โดยกำหนดค่าระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และวิเคราะห์สมการพหุคูณโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

แบบสอบถามที่เก็บรวบรวมได้มีความถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ ทั้ง 468 ฉบับ ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.0 เกรตเฉลี่ยมากที่สุดคือ 2.51-3.00 ร้อยละ 50.2 รองลงมา คือ 3.01-3.50 ร้อยละ 33.5 และ 2.00-2.50 ร้อยละ 10.3 ตามลำดับ อาชีพของผู้ปกครองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม/ค้าขาย, รับจ้าง, ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 61.5, 16.7, 10.7 ตามลำดับ รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้ที่ 10,000-15,000 บาท ร้อยละ 33.3 รองลงมาคือมากกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 31.2 และ 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 29.7 ตามลำดับ และระดับการศึกษาของผู้ปกครองจบการศึกษา ระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 42.9 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 42.5 และระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 9.2 ตามลำดับ

ระดับความสุขของของนิสิตมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการเรียนของนิสิต ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.41 (SD=0.38) เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่าปัจจัยด้านครอบครัว มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือด้านการส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้ปกครอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.66 (SD=0.47) รองลงมาคือ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.39 (SD=0.95) ปัจจัยด้านสถานศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์ผู้สอนกับนิสิต ลักษณะของหลักสูตร คุณภาพการสอน คุณลักษณะอาจารย์ที่ปรึกษา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.59, 4.57, 4.54 (SD=0.55, 0.56, 0.53, 0.57) ตามลำดับ ส่วนปัจจัยด้านส่วนตัวปัจจัยที่มีผลต่อความสุขที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ การปรับตัวในการเข้าศึกษา ทศนคติและนิสัยในการเรียน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.55, 4.52, 4.49 (SD=0.46, 0.49) รองลงมาคือความสัมพันธ์กับเพื่อน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.90 (SD=0.71) และความสุขในการเรียนของนิสิตอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.51 (SD=0.29) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสถานศึกษา ปัจจัยด้านส่วนตัว และความสุขของนิสิตมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ (N=468 คน)

ปัจจัย	Mean	SD	ระดับความสุข
ปัจจัยด้านครอบครัว			
การส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้ปกครอง	4.66	0.47	มากที่สุด
ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว	4.39	0.95	มาก
ปัจจัยด้านสถานศึกษา			
คุณลักษณะอาจารย์ที่ปรึกษา	4.54	0.57	มากที่สุด
ลักษณะของหลักสูตร	4.57	0.56	มากที่สุด
คุณภาพการสอน	4.57	0.53	มากที่สุด
ความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์ผู้สอนกับนิสิต	4.59	0.55	มากที่สุด
ปัจจัยด้านส่วนตัว			
แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์	4.55	0.46	มากที่สุด
ทัศนคติและนิสัยในการเรียน	4.49	0.49	มากที่สุด
การปรับตัวในการเข้าศึกษา	4.52	0.49	มากที่สุด
ความสัมพันธ์กับเพื่อน	3.90	0.71	มาก
เฉลี่ยรวมทุกด้าน	4.41	0.38	มากที่สุด
ความสุขในการเรียนของนิสิต	3.51	0.29	มาก

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของนิสิตมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกับความสุขในการเรียนของนิสิต คือปัจจัยด้านส่วนตัว ได้แก่ความสัมพันธ์กับเพื่อน โดยมีความสัมพันธ์กับกับความสุขในการเรียนของนิสิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.084$) ส่วนปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ การส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้ปกครอง ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ปัจจัยด้านสถานศึกษา ได้แก่ คุณลักษณะอาจารย์ที่ปรึกษา คุณภาพการสอน ลักษณะของหลักสูตร ความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์ผู้สอนกับนิสิต ปัจจัยด้านส่วนตัว ได้แก่แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ทัศนคติและนิสัยในการเรียน การปรับตัวในการเข้าศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับกับความสุขในการเรียนของนิสิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสถานศึกษา ปัจจัยด้านส่วนตัว ที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการเรียนของนิสิตมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ (N=468 คน)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. ความสุขการเรียนของนิสิต	1	0.002	0.012	0.008	0.002	0.005	0.037	0.019	0.034	0.021	0.084*
2. การส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้ปกครอง		1	0.498*	0.417*	0.400*	0.349*	0.385*	0.372*	0.414*	0.412*	0.081*
3. ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว			1	0.263*	0.253*	0.196*	0.246*	0.291*	0.298*	0.290*	0.273*
4. คุณลักษณะอาจารย์ที่ปรึกษา				1	0.865*	0.719*	0.753*	0.411*	0.455*	0.448*	0.096*
5. คุณภาพการสอน					1	0.770*	0.786*	0.393*	0.452*	0.447*	0.099*
6. ลักษณะของหลักสูตร						1	0.782*	0.355*	0.417*	0.422*	0.108*
7. ความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์ผู้สอนกับนิสิต							1	0.385*	0.455*	0.452*	0.111*
8. แรงจูงใจได้สัมฤทธิ์								1	0.727*	0.685*	0.130*
9. ทักษะคิดและนิสัยในการเรียน									1	0.874**	0.153*
10. การปรับตัวในการเข้าศึกษา										1	0.180*
11. ความสัมพันธ์กับเพื่อน											1

*มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ความสุขของของนิสิตมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบคัดเลือกเข้า (Enter multiple regression analysis) พบว่าความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ความสัมพันธ์กับเพื่อน สามารถพยากรณ์ความสุขของของนิสิต มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ ได้ร้อยละ 38.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 โดยปัจจัยความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ความสัมพันธ์กับเพื่อน เป็นปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ความสุขของของนิสิตมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ ได้ ($\beta=0.112$, $p<0.05$; $\beta=-0.187$, $p<0.01$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ความสุขของนิสิตมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ (N=468 คน)

ตัวแปรทำนาย	B	SE	Beta	t	p-value
1. ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว (X_1)	0.051	0.024	0.112	2.129	0.034*
2. ความสัมพันธ์กับเพื่อน (X_2)	-0.131	0.036	-0.187	-3.586	0.000*

Constant=43.67, R=1.96, $R^2=0.38$, Adjusted $R^2=0.17$, F=1.82, * $p<0.05$

การอภิปรายผลการวิจัย

ระดับความสุขของนิสิตมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ พบว่านิสิตมีความสุขในการเรียนอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.51 ส่วนปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการเรียนของนิสิต ได้แก่ ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสถานศึกษา ปัจจัยด้านส่วนตัว ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.41

เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่าปัจจัยด้านครอบครัว มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือด้านการส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้ปกครอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.66 รองลงมาคือ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.39 ทั้งนี้เนื่องจากนิสิตได้รับการเอาใจใส่ระหว่างคนในครอบครัว โดยให้กำลังใจ ให้ความรัก ให้คำปรึกษา สนับสนุนค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการเรียนและในชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพา วงศ์รสไตร และวราภรณ์ ดินน้ำจืด พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความสุขของนิสิตพยาบาลมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือด้านลักษณะพ่อแม่/ผู้ปกครอง⁽⁹⁾ เช่นเดียวกับ สุชีรา วิบูลย์สุข และนิตยาภรณ์ บุญสวัสดิ์ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเรียนรู้อย่างมีความสุขของนักศึกษาแพทย์ระดับชั้นปริคัลินิก พบว่า ปัจจัยด้านครอบครัว มีผลต่อการเรียนรู้อย่างมีความสุข มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก⁽¹⁵⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งนภา กุลภักดี และเพ็ญจันทร์ แสนประสาน ที่พบว่าด้านครอบครัวส่งผลต่อการเรียนรู้ของนักเรียนพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง⁽¹⁶⁾ และการศึกษาของปัทมา ทองสม พบว่า ลักษณะบิดา มารดา/ผู้ปกครอง มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อความสุขในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต⁽¹⁾

ส่วนปัจจัยด้านสถานศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์ผู้สอนกับนิสิต ลักษณะของหลักสูตร คุณภาพการสอน คุณลักษณะอาจารย์ที่ปรึกษา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.59, 4.57, 4.54 ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากคณะพยาบาลมุ่งเน้นการดูแลนิสิตในเรื่องการเรียนการสอนอย่างใกล้ชิด มีระบบครูประจำชั้น และอาจารย์ที่ปรึกษาให้ความช่วยเหลือเรื่องการเรียนรู้ ส่งเสริมการมีส่วนร่วม

ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เปิดโอกาสให้นักศึกษาได้ซักถามทั้งในชั้นเรียนและนอกชั้นเรียนของภาคทฤษฎีในทุกรายวิชา และมีการเรียนการสอนทั้งภาคปฏิบัติมีการจัดเตรียมความพร้อมก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติ⁽¹⁷⁾ และอาจารย์มีการวางแผนการจัดการเรียนการสอนที่ดีมีการปรับปรุงหลักสูตรและแผนการสอนได้ทันสมัยรูปแบบน่าสนใจ อาจารย์ถ่ายทอดความรู้ให้นิสิตได้เป็นอย่างดี ไม่กดดัน รวมทั้งเป็นแบบอย่างที่ดี ทำให้อาจารย์และนิสิตมีความสนิทสนมมากขึ้น^(18,19) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร ทองย้อย พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสุขในการเรียนอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านโรงเรียน⁽²⁰⁾ เช่นเดียวกับ สุชีรา วิบูลย์สุข และนิตยาภรณ์ บุญสวัสดิ์ พบว่า ปัจจัยด้านผู้สอนมีผลต่อการเรียนรู้อย่างมีความสุขมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก⁽¹⁵⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งนภา กุลภักดี และเพ็ญจันทร์ แสนประสาน ที่พบว่าด้านผู้สอนส่งผลต่อการเรียนรู้อย่างมีความสุขของนักเรียนพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับมาก⁽¹⁶⁾ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชัยวัฒน์ พันธุ์เสือ พบว่า บุคลิกภาพ พฤติกรรมและเจตคติของผู้สอนที่แสดงออกต่อผู้เรียนก็มีส่วน หากผู้สอนมีความเมตตาจริงใจ และเข้าใจในพฤติกรรมของผู้เรียน ไม่เลือกปฏิบัติ นักเรียนก็จะเกิดความรู้สึกปลอดภัยและไว้วางใจผู้สอนทำให้เกิดความสบายใจและพร้อมที่จะเรียนรู้⁽²¹⁾

ปัจจัยด้านส่วนตัวที่มีผลต่อความสุข มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ การปรับตัวในการเข้าศึกษา ทศนคติและนิสัยในการเรียน ความสัมพันธ์กับเพื่อน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.55, 4.52, 4.49, 3.90 ทั้งนี้เนื่องจากนิสิตที่เข้ามาศึกษาในมหาวิทยาลัยล้วนแต่มีความตั้งใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่สำคัญของการเป็นพยาบาล ต้องมีใจรักในการพยาบาลผู้ป่วย มีความอดทน ความรับผิดชอบ ความรู้ และความสามารถในด้านการพยาบาลเป็นอย่างดี ไม่ได้ถูกบังคับให้ทำในสิ่งที่ตนเองไม่ชอบจึงรู้สึกมีความสุขในการเรียน สอดคล้องกับการศึกษาของปัทมา ทองสมพบว่า ทศนคติต่อวิชาชีพ ความพึงพอใจในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในการเรียนของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต⁽¹⁾ เช่นเดียวกับ สุชีรา วิบูลย์สุข และนิตยาภรณ์ บุญสวัสดิ์ พบว่า ปัจจัยด้านเพื่อนและด้านผู้เรียน มีผลต่อการเรียนรู้อย่างมีความสุข มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับ รุ่งนภา กุลภักดี และเพ็ญจันทร์ แสนประสาน พบว่าปัจจัยคัดสรรด้านเพื่อน ด้านผู้เรียนส่งผลต่อการเรียนรู้อย่างมีความสุขของนักเรียนพยาบาลอยู่ในระดับมาก⁽¹⁵⁾ และ ปัทมา แป้นพุดเย็น ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเรียนรู้อย่างมีความสุขของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดกาแพงเพชร พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการเรียนรู้อย่างมีความสุขมากที่สุด คือ แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์⁽²²⁾

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านการเรียนการสอน ปัจจัยส่วนตัว กับความสุขในการเรียนของนิสิต พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกับความสุขในการเรียนของนิสิต คือปัจจัยด้านส่วนตัว ได้แก่ความสัมพันธ์กับเพื่อน มีความสัมพันธ์กันทางบวกอยู่ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.084$) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่น เพื่อนจึงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อพฤติกรรมของวัยรุ่น ทั้งความคิด ค่านิยม การเรียนรู้ ประกอบกับการใช้ชีวิตอยู่ในมหาวิทยาลัยเพื่อนจึงมีบทบาทสำคัญและใกล้ชิดกันมากที่สุด เช่น ในเรื่องของการแบ่งหน้าที่ ความรับผิดชอบร่วมกันในการทำกิจกรรมกลุ่มต่างๆ การให้คำปรึกษาซึ่งกันและกันในยามที่เกิดปัญหาต่างๆในการดำเนินชีวิตทั้งภายในและภายนอกมหาวิทยาลัย สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งนภา กุลภักดี และเพ็ญจันทร์ แสนประสาน พบว่าด้านเพื่อน มีความสัมพันธ์

ทางบวกในระดับมาก กับการเรียนรู้อย่างมีความสุขของนักเรียนพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁶⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ยูพา วงศ์สไตร และวราภรณ์ ตีนน้ำจิต พบว่าลักษณะนักศึกษาาร่วมสถาบัน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปีในภาพรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁹⁾

การวิเคราะห์สมการพยากรณ์ความสุขในการเรียนของนิสิตจากปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านการเรียนการสอน และปัจจัยส่วนตัวของนิสิต ปัจจัยที่มีอำนาจพยากรณ์ความสุขในการเรียนของนิสิต คือ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และความสัมพันธ์กับเพื่อน สามารถพยากรณ์ความสุขในการเรียนของนิสิต ได้ร้อยละ 38.0 สามารถอธิบายได้ดังนี้

ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวเนื่องจากครอบครัวมีส่วนสำคัญทุกกระยะในการดูแลสมาชิก จนเข้าเรียนในระดับอุดมศึกษา การสนับสนุนการเรียนของผู้ปกครองไม่ว่าจะเป็น การให้กำลังใจ คำพูด การแนะแนวเพื่อหาทางออกเมื่อนักศึกษามีปัญหา และการได้รับพลังทางบวกจากผู้ปกครองส่งผลอย่างมาก ต่อพฤติกรรมเรียนของนักศึกษา ย่อมส่งผลให้นักศึกษาประสบความสำเร็จได้ด้วยตนเอง ซึ่งผลการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ จักรกฤษณ์ ผูกจิตร และอรพรรณ อุดมพร ที่พบว่าปัจจัยด้านการเอาใจใส่ ของผู้ปกครองต่อนิสิตพยาบาลที่สามารถทำนายผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน ของนักศึกษาพยาบาลได้ถึงร้อยละ 24.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽²³⁾

ความสัมพันธ์กับเพื่อน ทั้งนี้เนื่องจากเพื่อนเป็นปัจจัยสำคัญมากที่สุดที่มีผลต่อความสุข-ความทุกข์ ของนิสิต เนื่องจากนิสิตพยาบาลต้องอยู่ในหอพักตลอดระยะเวลา 4 ปีซึ่งมีกิจกรรมต่างๆ ที่เสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน เช่น ดูหนัง ฟังเพลง รับประทานอาหารด้วยกัน ระบายความทุกข์ ให้คำปรึกษา จึงมีความสนิทสนมกับเพื่อน สอดคล้องกับการศึกษาของ รวีวรรณ คำเงิน และรุ่งนภา จันทรา ได้ศึกษาปัจจัย ที่มีผลต่อการเรียนรู้อย่างมีความสุขของนิสิตพยาบาลในโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหา ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้พบว่า ปัจจัยด้านเพื่อน มีผลต่อการเรียนอย่างมีความสุข โดยร่วมกันอธิบาย ความแปรปรวนการเรียนอย่างมีความสุขของนิสิตพยาบาลได้ถึงร้อยละ 34 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽²⁴⁾

ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงาน

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับอาจารย์และผู้เกี่ยวข้องในการนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา โปรแกรมส่งเสริมให้นิสิตได้เรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. อาจารย์และผู้เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมเพื่อช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์ทั้งปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสถานศึกษา ปัจจัยด้านส่วนตัว เพื่อให้นิสิตเกิดแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการเรียนได้อย่างมีความสุข และมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขของการเรียนของนิสิตแยกเป็นชั้นปีเพื่อนำผลการวิเคราะห์ แต่ละชั้นปีมาเป็นข้อสรุปและนำไปเป็นแนวทางพัฒนาการเรียนการสอนต่อไป
2. ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสถาบัน สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียน การสอน ที่ส่งผลต่อความสุขในการเรียนของนิสิต

เอกสารอ้างอิง

1. ปัทมา ทองสม. การพัฒนาดัชนีชี้วัดความสุขในการเรียนของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2554;4(1):88-111.
2. ปาณิสรา เปี่ยมมุกดา. แนวทางการออกแบบนวัตกรรมระบบการศึกษายังยืนตามหลักธรรมพระพุทธศาสนา: กรณีศึกษาแนวคิดและมุมมองของสติฟ จอบส์. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร. 2558;3(2):133-45.
3. นัฐนรี ศรีชัย, กรฎา มาตยากร, จิระวัฒน์ ต้นสกุล. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตตรัง. วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้. 2565;10(1):177-91.
4. Townsend MC. Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of care In Evidence-base practice.s (5th ed). Philadelphia: FA Davis Company; 2011.
5. อภิชัย คุณิพงษ์, ศศิธร ดันติเอกรัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในสถาบันการศึกษากับความสุขในการเรียนรู้ ของนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์. 2560;10(1):64-77.
6. ธนพล บรรดาศักดิ์, กนกอร ขาวเวียง, นฤมล จันทระเกษม. ความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร. 2560; 5(1):358-369.
7. Timmins F, Kaliszer M. Aspects of nurse education programmes that frequently cause stress to nursing students -- fact-finding sample survey. Nurse Educ Today. 2002 Apr;22(3):203-11. doi: 10.1054/nedt.2001.0698.
8. ปราณ อ่อนศรี, สายสมร เฉลยกิตติ. การจัดการเรียนรู้ทางการพยาบาลเพื่อสร้างความสุข: บทบาทของผู้สอนและผู้เรียน. วารสารพยาบาลทหารบก. 2556;14(1):8-16.
9. ยุพา วงศ์สรไตร, วราภรณ์ ดีน้ำจิต. ความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2563;13(1):43-57.
10. เทียนทอง ทาระบุตร, ชุตินา ปัญญาพิณิจนุกร, สุระพรรณ พนมฤทธิ์, พัชรา สมชื่อ, นิรมัย คุ่มรักษา, ดารุณี งามข้า. ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต. วารสารเกษมบัณฑิต. 2562;20(2):68-80.
11. จีรทัช ใจจริง, ธนิต โตดิเทพย์, ภารดี อนันต์นาวิ, เจริญวิทย์ สมพงษ์ธรรม. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการเรียนของนิสิตชั้นปีที่ 1 คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2563;28(1):29-47.
12. ณรงค์กร ชัยวงศ์. การศึกษาความเครียด สาเหตุความเครียด ของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2566 มี.ค. 10]. เข้าถึงได้จาก: <https://oldweb.western.ac.th/media/attachments/2018/06/22/7-3.pdf>
13. อโณทัย ธีระทิป. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการเรียนของนิสิตมหาวิทยาลัยบูรพา. [วิทยานิพนธ์การศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา. 2561.

14. นิตยากร ลุนพรหม, อุมารพร เคนศิลา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความสุขของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2566 มี.ค. 10]. เข้าถึงได้จาก: https://mis.ratchathani.ac.th/file_re/2Gk86DlThu14938.pdf
15. สุชีรา วิบูลย์สุข, นิตยาภรณ์ บุญสวัสดิ์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเรียนรู้อย่างมีความสุขของนักศึกษาแพทย์ ระดับชั้นปรีคลินิก. วารสารเวชบันทึกศิริราช. 2558;8(2):70-6.
16. รุ่งนภา กุลภักดี, เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการเรียนรู้อย่างมีความสุขของนักเรียนพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2560;9(2):115-27.
17. อภิสร จังพานิช, อรชร ศรีไทรล้วน. ผลของการใช้วิธีทัศนแบบแผนการดูแลผู้ป่วยประจำวันต่อความมั่นใจในการ ปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยและความพึงพอใจ ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาล ศาสตร์เพื่อการรณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. วารสารเพื่อการรณย์. 2558;22(1):17-34.
18. ณภัทรรัตน์ ขาวสอาด, มณี อาภาณันท์กุล, อรชร ศรีไทรล้วน. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของนักศึกษาพยาบาล. วารสารสภาการพยาบาล. 2556;28(1):19-33.
19. พิษณายีร์ ลินสวัสดิ์, เบญจวรรณ พิพทาร์ต. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิราชบุรี. วารสารเพื่อการรณย์. 2559;23(1):7-20.
20. ศิริพร ทองย้อย. ความสุขและแนวทางเสริมสร้างความสุขในการเรียน ของนักเรียนโรงเรียนธัญรัตน์ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 4. [วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2557.
21. ชัยวัฒน์ พันธุ์เสือ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสุขในการเรียนกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน คณิตศาสตร์ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาร้อยเอ็ด เขต1 [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 2566 มี.ค. 10]. เข้าถึงได้จาก: <http://fulltext.rmu.ac.th/fulltext/2554/100842/chapter5.pdf>
22. ปัทมา แป้นพุดเย็น. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเรียนรู้อย่างมีความสุขของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายใน จังหวัดกำแพงเพชร. [วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครสวรรค์; 2557.
23. จักรกฤษณ์ ผูกจิตร, อรพรรณ อุดมพร. ปัจจัยทำนายผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารพยาบาลทหารบก. 2565; 23(1):101-10.
24. รวีวรรณ คำเงิน, รุ่งนภา จันทรา. ปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้อย่างมีความสุขของนักศึกษาพยาบาล ใน โครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารพยาบาล. 2554;60(3):21-8.

ผลของโปรแกรมการสื่อสารและการสร้างการมีส่วนร่วม ต่อประสิทธิผลการส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลน่าน จังหวัดอุบลราชธานี

จณิสตา ป้องคำลา*, อารี บุตรสอน**^a

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสื่อสารและการสร้างการมีส่วนร่วมต่อประสิทธิผลการส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลน่าน จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 25 คน รวม 50 คน กลุ่มทดลอง คือบุคลากรที่ปฏิบัติงานส่งต่อในโรงพยาบาลน่าน จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มเปรียบเทียบ คือบุคลากรที่ปฏิบัติงานส่งต่อในโรงพยาบาลน่านจะหลวย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับโปรแกรม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่าง 1 มิถุนายน 2565 ถึง 31 มีนาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้ Paired t-test และระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เรื่องการส่งต่อผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการส่งต่อผู้ป่วย การประสานงานส่งต่อผู้ป่วย ความถูกต้องในการส่งต่อผู้ป่วย ความทันเวลาในการส่งต่อผู้ป่วย และความพึงพอใจต่อโปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการทดลองแสดงว่าโปรแกรมการสื่อสารและการสร้างการมีส่วนร่วมต่อประสิทธิผลการส่งต่อผู้ป่วยมีประสิทธิภาพตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: โปรแกรมการสื่อสารและการสร้างการมีส่วนร่วม; ประสิทธิภาพของการส่งต่อ; การมีส่วนร่วม; โรงพยาบาล

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลน่าน จังหวัดอุบลราชธานี

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

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

รับบทความ: 4 เม.ย. 66; รับบทความแก้ไข: 24 เม.ย. 66; ตอรับตีพิมพ์: 24 เม.ย. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 2 มิ.ย. 66

Effects of Communication and Participation Building Program on Referral Effectiveness of Patients in Nam Yuen Hospital, Ubon Ratchathani Province

Janista Pongkhamla^{*}, Aree Butsorn^{**a}

Abstract

The objective of the quasi-experimental study was to investigate effects of communication and participation building program on referral effectiveness of patients in Nam Yuen hospital, Ubon Ratchathani province. The totally of 50 samples were divided into 2 groups, experimental (25 persons) and control (25 persons) groups. The experimental group were personnel in referral system working in Nam Yuen hospital, Ubon Ratchathani province while the control group were personnel in referral system working in Na Chaluai hospital, Ubon Ratchathani province and the control group were personnel of performing referrals in, Ubon Ratchathani province. The experimental group received the communication and participation building program for 8 weeks while the control group did not receive intervention. Data were collected from questionnaires twice before and after the experiment timeline during June 1, 2022 and March 31, 2023. The data were analyzed using descriptive statistics: percentages, means, standard deviations, medians, and 25th and 75th percentiles. Differences in average scores within group between before and after were compared using paired t-tests while differences in averages scores between groups were compared using independent t-test with p-value=0.05. Results showed that scores on referral knowledge, referral participations, referral coordination, referral accuracy, referral timeliness, and satisfaction of experimental group after attending the program were significantly higher than those from the control group at significant level of 0.05. From the study, the program was effective in improving the referral process according to the set objectives.

Keywords: Communication and participation building program; Referral effectiveness; Participation; Hospital

^{*} Registered Nurse, Professional Level, Nam Yuen Hospital, Ubon Ratchathani Province

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

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

Received: Apr. 4, 23; Revised: Apr. 24, 23; Accepted: Apr. 24, 23; Published Online: Jun. 2, 23

บทนำ

การส่งต่อผู้ป่วยเป็นการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มีความต้องการเกินขอบเขตบริการของโรงพยาบาลที่มีความสามารถในการให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยไม่ต้องร้องขอ ประกอบกับในปัจจุบันความต้องการ ความคาดหวังของผู้ป่วย และญาติต่อการรับบริการสุขภาพมีสูงขึ้น⁽¹⁾ ในขณะที่ศักยภาพของโรงพยาบาลแต่ละแห่งมีไม่เท่ากัน ความพร้อมของสถานพยาบาลที่รับและส่งต่อผู้ป่วยทั้งด้านบุคลากรและอุปกรณ์ที่แตกต่างกันในแต่ละระดับบริการ ส่งผลให้โรงพยาบาลมีข้อจำกัดในการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เกินศักยภาพของโรงพยาบาล อีกทั้งยังมีปัญหาความพึงพอใจของประชาชนและผู้เข้ารับบริการ การฟ้องร้องจากการดูแลที่ยังไม่ได้ส่งต่อหรือขณะส่งต่อมีเพิ่มมากขึ้น สิ่งต่างๆ เหล่านี้ทำให้กระบวนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลมีความสำคัญมากยิ่งขึ้น⁽²⁾ ที่สำคัญมากไปกว่านั้นคือความปลอดภัยของผู้ป่วยที่พึงได้รับ รวมถึงความปลอดภัยในขณะส่งต่ออีกด้วย หากโรงพยาบาลมีระบบการส่งต่อที่ไม่ได้มาตรฐานอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย เช่น เสียชีวิต พิการ ทูพพลภาพ หรือมีความไม่สมบูรณ์ทางกาย ส่งผลกระทบต่อจิตใจผู้ป่วย เป็นภาระของญาติ สังคม และประเทศชาติต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้น⁽³⁾

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าแนวทางการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพประกอบด้วย การสื่อสารการส่งต่อผู้ป่วยทางโรงพยาบาล เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ให้การดูแลที่กำลังจะหมดภาระหน้าที่ความรับผิดชอบในช่วงเวลาที่กำหนด และส่งต่อหน้าที่การดูแลให้กับผู้ที่มารับหน้าที่ต่อในการปฏิบัติงานช่วงเวลาถัดไป เพื่อการประสานงานดูแล และความต่อเนื่องในการได้รับบริการของผู้ป่วย⁽⁴⁾ การส่งต่อผู้ป่วยมีความสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการปฏิบัติงานการพยาบาล เนื่องจากการบอกเล่าข้อมูลของผู้รับเวรให้เห็นถึงปัญหา วิธีการดูแล และวิธีการแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยตามแผนการดูแล และแผนการรักษา ซึ่งมีประโยชน์ในการช่วยวางแผนดูแล และติดตาม ตรวจสอบการปฏิบัติการพยาบาล ที่ได้ดำเนินการให้กับผู้ป่วยไปแล้ว และมอบหมายเวรต่อไปได้อย่างถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้มีผู้ศึกษาพัฒนาคุณภาพการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความกระชับ ถูกต้อง และเกิดความผิดพลาดน้อยที่สุด โดยเครื่องมือที่นิยมใช้คือ Situation, Background, Assessment and Recommendation-SBAR นอกจากนี้ การสื่อสารในการส่งต่อผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงานจะต้องมีส่วนร่วม และทำงานเป็นทีม เพื่อให้ผู้ป่วยส่งต่อได้ทันเวลา ปลอดภัย และเข้าสู่ระบบการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมในการส่งต่อผู้ป่วยเป็นการทำงานเป็นทีม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการส่งมอบข้อมูลที่มีคุณภาพ ความล้มเหลวของการสื่อสารเป็นสาเหตุที่พบบ่อยและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยโดยไม่ได้ตั้งใจ⁽⁵⁾ จากข้อมูลจากคณะกรรมการร่วมรับรองมาตรฐานสถานพยาบาล⁽⁴⁾ จากการวิเคราะห์พบว่า ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิต หรือได้รับอันตรายที่รุนแรงเป็นผลมาจากการสื่อสารที่ผิดพลาด ซึ่งการสื่อสารทางคลินิกมีความซับซ้อนค่อนข้างสูงและมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นได้มากโดยเฉพาะในช่วงการเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยและสถานการณ์ฉุกเฉิน⁽⁶⁾ หากสร้างการมีส่วนร่วมและสร้างแนวทางการส่งต่อที่ชัดเจนและมีมาตรฐานการรับและส่งต่อที่ชัดเจนสำหรับทีมสุขภาพจะช่วยลดปัญหาผิดพลาดจากการส่งต่อได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพ์ประพรรณ สถาพรพัฒน์⁽⁷⁾ พบว่าประสิทธิผลของโปรแกรมการสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลด้วย SBAR หลังจากได้รับโปรแกรมระยะเวลาในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ อุบัติการณ์การเกิด

ความคลาดเคลื่อนจากการรับและส่งเวชทางการแพทย์บาลลดลงร้อยละ 54.55 และ ทัศนคติ สังกะสีทองวรรณ⁽⁸⁾ พบว่าโปรแกรมการสื่อสารและการสร้างการมีส่วนร่วมต่อประสิทธิภาพการส่งต่อผู้ป่วย โดยการใช้กระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง FOCUS PDCA ร่วมกับรูปแบบการรับส่งเวชแบบ SBAR ไม่พบอุบัติการณ์หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น และ มนพรรัฐ อุเทน⁽⁹⁾ พบว่าการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวชทางการแพทย์โดยใช้กระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโฟกัสพีดีซีเอ (FOCUS PDCA) ร่วมกับรูปแบบการรับส่งเวชแบบ SBAR ในหอผู้ป่วยพบว่า การรับส่งเวชทางการแพทย์บาลเป็นระบบมากขึ้น ทำให้การดูแลผู้ป่วยครอบคลุม ลดการเกิดข้อผิดพลาดในการส่งต่อ

โรงพยาบาลน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี เป็นโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี ตั้งอยู่ห่างจากจังหวัดอุบลราชธานี 120 กิโลเมตร เป็นโรงพยาบาล 90 เตียง ที่มีความพร้อมในการให้บริการในระดับหนึ่ง ไม่มีการบริการผู้ป่วยหนัก ไม่มีห้องผ่าตัด ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง มีการส่งต่อผู้ป่วยตั้งแต่ปี 2563 ถึง 2564 จำนวน 6,337 ครั้ง มีความจำเป็นที่ต้องให้บริการดูแลส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติเพื่อนำส่งไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีศักยภาพสูงกว่า โดยมีการส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ทำงานเป็นทีมประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ เวชกิจฉุกเฉิน พนักงนขับรถ เป็นทีมส่งต่อผู้ป่วย ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการแนวโน้มสูงขึ้น มีการมอบหมายงานตามระบบหน้าที่ โดยมีหัวหน้าเวรเป็นผู้รับและส่งเวชทางการแพทย์บาล แต่จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าการส่งต่อยังไม่เป็นระบบ รูปแบบในการรับ-ส่งต่อข้อมูลมีความแตกต่างกัน และใช้เวลานานในการรับส่งต่อข้อมูลทางการแพทย์บาล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ล่าช้า ผู้ปฏิบัติงานเกิดภาวะเมื่อยล้า หดไฟ เบื่อหน่าย ขาดสมาธิ ความสามารถในการรับข้อมูลลดลง เกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ผู้ป่วยอาการไม่ตรงระหว่างส่งต่อ เกิดการสื่อสารที่ไม่ตรงกันของข้อมูลจากโรงพยาบาลปลายทาง ขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจากทีมทุกระดับ เกิดความล่าช้าในการส่งต่อผู้ป่วย อุปกรณ์สำรองแลกเปลี่ยนไม่เพียงพอ ไม่มีระบบการติดตามรถพยาบาลส่งต่อที่รวดเร็ว การประเมินผู้ป่วยการส่งกลับจากโรงพยาบาลผู้ป่วยอาการไม่คงที่ และระบบติดตามข้อมูลไม่ต่อเนื่อง รวมถึงบุคลากรไม่เพียงพอ ซึ่งมีความจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาคุณภาพระบบการส่งต่อผู้ป่วยให้ดีขึ้น⁽¹⁰⁾ จากความจำเป็นดังกล่าวผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลของโปรแกรมของการสื่อสารและการสร้างการมีส่วนร่วมต่อประสิทธิผลการส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อใช้เป็นรูปแบบการเพิ่มประสิทธิผลการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลน้ำยืน ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการสื่อสารและการสร้างการมีส่วนร่วมต่อประสิทธิผลการส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานีมีประสิทธิภาพหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาผลของการสื่อสารและการสร้างการมีส่วนร่วมต่อประสิทธิผลการส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการส่งต่อ การมีส่วนร่วมในการส่งต่อ การประสานงานส่งต่อ ความถูกต้อง ความทันเวลา และความพึงพอใจ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

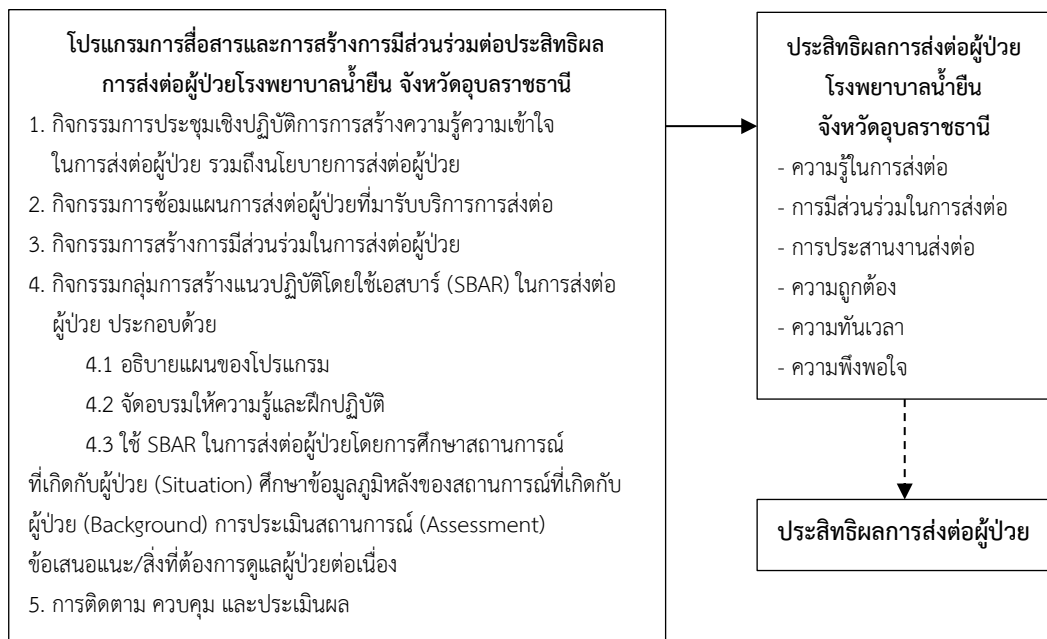
2.2 เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการส่งต่อ การมีส่วนร่วมในการส่งต่อ การประสานงานส่งต่อ ความถูกต้อง ความทันเวลา และความพึงพอใจ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการส่งต่อ การมีส่วนร่วมในการส่งต่อ การประสานงานส่งต่อ ความถูกต้อง ความทันเวลา และความพึงพอใจ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ สูงกว่าก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการส่งต่อ การมีส่วนร่วมในการส่งต่อ การประสานงานส่งต่อ ความถูกต้อง ความทันเวลา และความพึงพอใจของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดของการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ รูปแบบการวิจัยเป็นแบบสองกลุ่ม วัดผลสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง (Two-group, pre-test and post-test design) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสื่อสารและการสร้างการมีส่วนร่วมตามที่คณะผู้วิจัยกำหนด กลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับโปรแกรมการสื่อสารและการสร้างการมีส่วนร่วม ดำเนินกิจกรรมตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2565 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2566 ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 8 สัปดาห์ รวบรวมข้อมูลตามตัวแปรโดยใช้แบบสัมภาษณ์สอบถามก่อนและหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม

ประชากรและตัวอย่าง

ขนาดตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน⁽¹¹⁾

$$n/\text{group} = \frac{2\sigma^2(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{\Delta^2} \quad \text{เมื่อ}$$

n = ขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม

Z_α = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน เมื่อกำหนดให้ $\alpha = 0.05$ ดังนั้น $Z_{0.05} = 1.65$

Z_β = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐานเมื่อกำหนดอำนาจการทดสอบร้อยละ 80

$Z_{0.2}$ = 0.84

σ^2 = ความแปรปรวนร่วมของผลต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

Δ^2 = ความต่างของผล (Effect size)

จากการศึกษาของ กรรณิกา ธนไพโรจน์⁽¹²⁾ ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลด้วย SBAR ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีกลุ่มละ 48 คน ก่อนการใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาในการรับและส่งเวรทางการพยาบาล 62.22 นาที ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.77 และหลังทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลเท่ากับ 53.85 นาที ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.75 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลเท่ากับจากการศึกษาดังกล่าวสามารถคำนวณหาความแปรปรวนร่วมได้ดังนี้

$$s_p^2 = \frac{(n_1-1)sd_1^2 + (n_2-1)sd_2^2}{n_1 + n_2 - 2} = \frac{(48-1)10.5^2 + (48-1)0.77^2}{(48+48)-2} = 0.8477$$

$$\Delta = 10.77 - 9.75 = 1.02$$

โดยแทนค่าในสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างได้ดังนี้

$$n/\text{group} = \frac{2\alpha^2(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{\Delta^2} = \frac{2 \times 0.8477(1.65 + 0.84)^2}{1.02^2} \quad n/\text{group} = 20.10$$

คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 20.10 คน ผู้วิจัยคาดว่าจะมีผู้สูญหายจากการติดตามร้อยละ 20

$$n_{\text{ads}} = \frac{20.10}{(1-0.20)^2} \quad n_{\text{ads}} = 24.1 \text{ คน} \approx 25$$

ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 25 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจำนวน 50 คน
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นและได้มีการปรับเพื่อให้มีความเหมาะสมกับพื้นที่ แบ่งออกเป็น 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาล สถานที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงานในแผนก การสื่อสารในการรับ-ส่งเวรทางการพยาบาล ด้วยเอสบาร์ และการใช้การสื่อสารในการรับ-ส่ง เวรทางการพยาบาล ด้วยเอสบาร์ มีจำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ในการส่งต่อผู้ป่วยของทีมส่งต่อโรงพยาบาลน่ายิน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 15 ข้อ โดยคำถามเป็นตัวเลือกตอบ 2 ตัวเลือก หากตอบ ถูก ได้ 1 คะแนน หากตอบ ผิด ได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการส่งต่อผู้ป่วยของทีมส่งต่อโรงพยาบาลน่ายิน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 10 ข้อ ใช้คะแนนรวมของความถูกต้องและความครบถ้วน (Rating Scale) 3 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง น้อย ให้คะแนน 3, 2 และ 1 ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการประสานงานส่งต่อในการส่งต่อผู้ป่วยของทีมส่งต่อโรงพยาบาลน่ายิน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 10 ข้อ ใช้คะแนนรวมของความถูกต้องและความครบถ้วน (Rating scale) 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ให้คะแนน 3, 2 และ 1 ตามลำดับ

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความถูกต้องในการส่งต่อผู้ป่วยของทีมส่งต่อ โรงพยาบาลน่ายิน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 5 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ถูกต้อง ได้ 1 คะแนน ไม่ถูกต้อง ได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความทันเวลาในการส่งต่อผู้ป่วยของทีมส่งต่อโรงพยาบาลน่ายิน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 10 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ทันเวลา ได้ 1 คะแนน ไม่ทันเวลา ได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 7 แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสื่อสารและการสร้างการมีส่วนร่วม ต่อประสิทธิภาพการส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลน่ายิน จังหวัดอุบลราชธานี โดยคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ คือ พอใจ ได้ 1 คะแนน ไม่พอใจ ได้ 0 คะแนน

การตรวจสอบเครื่องมือ

ความตรงของโครงสร้างเนื้อหา (Content validity) นำแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอคำปรึกษาและให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรง หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม เพื่อความเหมาะสมของภาษาและความชัดเจนของเนื้อหา ก่อนนำไปทดลองใช้ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา

โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-objective congruence-IOC) โดยเครื่องมือได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 นำแบบสอบถามที่แก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่าง โรงพยาบาลบุณญพิทักษ์ จำนวน 15 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในด้านการมีส่วนร่วมในการส่งต่อผู้ป่วย และการประสานงานส่งต่อในการส่งต่อผู้ป่วย ใช้ KR-20 ด้านความรู้ในการส่งต่อผู้ป่วย ความถูกต้องในการส่งต่อผู้ป่วย ความทันเวลาในการส่งต่อผู้ป่วย และความพึงพอใจต่อโปรแกรม ได้ค่าความเชื่อมั่นรายด้าน ดังนี้ ความรู้ในการส่งต่อผู้ป่วย เท่ากับ 0.75 การมีส่วนร่วมในการส่งต่อผู้ป่วย เท่ากับ 0.81 การประสานงานส่งต่อในการส่งต่อผู้ป่วย เท่ากับ 0.74 ความถูกต้องในการส่งต่อผู้ป่วย เท่ากับ 0.72 ความทันเวลาในการส่งต่อผู้ป่วย เท่ากับ 0.84 ความพึงพอใจต่อโปรแกรม เท่ากับ 0.82

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนาได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 27 และ 75

2. สถิติอนุมาน การวิจัยครั้งนี้กำหนดการมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha=0.05$ โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการส่งต่อผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการส่งต่อผู้ป่วย การประสานงานส่งต่อผู้ป่วย ความถูกต้องในการส่งต่อผู้ป่วย ความทันเวลาในการส่งต่อผู้ป่วย และความพึงพอใจต่อโปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ paired t-test

2.2 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการส่งต่อผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการส่งต่อผู้ป่วย การประสานงานส่งต่อผู้ป่วย ความถูกต้องในการส่งต่อผู้ป่วย ความทันเวลาในการส่งต่อผู้ป่วย และความพึงพอใจต่อโปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เมื่อวันที่ 27 มกราคม 2565 รหัสโครงการ UBU-REC 137/2565 การรักษาความลับของข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ไม่ใช้ข้อมูลที่ระบุตัวตนในการวิเคราะห์ข้อมูล และใช้เฉพาะข้อมูลที่จำเป็นในภาพรวมของการศึกษาในการวิเคราะห์ข้อมูลเท่านั้น นอกจากนี้ข้อมูลจะถูกเก็บโดยผู้วิจัยและทำลายทิ้งภายในระยะเวลา 1 ปีหลังเสร็จสิ้นการศึกษาวิจัย

ผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงร้อยละ 64 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 37.68 ปี (SD=8.93) มีค่ามัธยฐานในการปฏิบัติงานเท่ากับ 6 ปี (เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25=5 ปี; เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75=8 ปี) ปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุร้อยละ 40 เคยรู้จักหรือได้ยินการสื่อสารด้วยเอสบาร์ในการส่งต่อผู้ป่วย ร้อยละ 40 และเคยใช้การสื่อสารด้วยเอสบาร์ในการส่งต่อผู้ป่วย ร้อยละ 72 ตามลำดับ

2. กลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศหญิงร้อยละ 60 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 35.40 ปี (SD=8.48) มีค่ามัธยฐานในการปฏิบัติงานเท่ากับ 5 ปี (เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25=3 ปี; เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75=8 ปี) ปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ร้อยละ 36 เคยรู้จักหรือได้ยินการสื่อสารด้วยเอสบาร์ในการส่งต่อผู้ป่วย ร้อยละ 64 และเคยใช้การสื่อสารด้วยเอสบาร์ในการส่งต่อผู้ป่วย ร้อยละ 52 ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการส่งต่อผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการส่งต่อผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการส่งต่อผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.24 คะแนน (95% CI = 2.23-4.24) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้ในการส่งต่อผู้ป่วย	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	6.12	3.07	0.88	-0.58-2.34	1.21	0.232
กลุ่มเปรียบเทียบ	5.24	1.94				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	14.48	0.65	3.24	2.23-4.24	6.50	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	11.24	2.40				

**p-value<0.01

4. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการส่งต่อผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการส่งต่อผู้ป่วย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการส่งต่อผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 11.60 คะแนน (95% CI=8.97-14.22) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

การมีส่วนร่วมในการส่งต่อผู้ป่วย	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	13.00	2.70				
กลุ่มเปรียบเทียบ	13.16	3.23	-0.16	-1.85-1.53	-0.18	0.850
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	23.44	5.65				
กลุ่มเปรียบเทียบ	11.84	3.24	11.60	8.97-14.22	8.89	<0.001**

**p-value<0.01

5. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการประสานงานส่งต่อในการส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการประสานงานส่งต่อในการส่งต่อผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการประสานงานส่งต่อในการส่งต่อผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการประสานงานส่งต่อในการส่งต่อผู้ป่วย สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 13.04 คะแนน (95% CI=9.73-16.34) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการประสานงานส่งต่อในการส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n=25)

การประสานงานในการส่งต่อผู้ป่วย	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	13.56	4.50				
กลุ่มเปรียบเทียบ	13.92	5.73	-0.36	-3.29-2.57	-0.24	0.806
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	25.40	6.25				
กลุ่มเปรียบเทียบ	12.36	5.33	13.04	9.73-16.34	7.92	<0.001**

**p-value<0.01

6. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความถูกต้องในการส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความถูกต้องในการส่งต่อผู้ป่วย แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความถูกต้องในการส่งต่อผู้ป่วย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}<0.001$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความถูกต้องในการส่งต่อผู้ป่วย สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.04 คะแนน (95% CI=2.49-3.58) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความถูกต้องในการส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n=25)

ความถูกต้องในการส่งต่อผู้ป่วย	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	2.40	1.19				
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.80	0.95	0.60	-0.01-1.21	1.96	0.055
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	4.80	0.40				
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.76	1.30	3.04	2.49-3.58	11.15	<0.001**

**p-value<0.01

7. ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความทันเวลาในการส่งต่อผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความทันเวลาในการส่งต่อผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}<0.001$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความทันเวลาในการส่งต่อผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 6.00 คะแนน (95% CI=5.18-6.81) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความทันเวลาในการส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	2.56	1.42				
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.52	1.41	0.04	-0.76-0.84	0.09	0.920
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	8.72	1.06				
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.72	1.72	6.00	5.18-6.81	14.84	<0.001**

**p-value<0.01

8. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจต่อโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจต่อโปรแกรมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจต่อโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจต่อโปรแกรม สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 5.60 คะแนน (95% CI=4.56-6.63) รายละเอียดตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจต่อโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ความพึงพอใจต่อโปรแกรม	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	2.92	1.46	0.28	-0.51-1.07	0.708	0.481
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.64	1.31				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	8.56	2.10	5.60	4.56-6.63	10.87	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.96	1.48				

**p-value<0.01

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมการสื่อสารและการสร้างการมีส่วนร่วมต่อประสิทธิภาพการส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลน้ำเย็น จังหวัดอุบลราชธานี มีประสิทธิภาพตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการส่งต่อผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการส่งต่อผู้ป่วย การประสานงานส่งต่อในการส่งต่อผู้ป่วย ความถูกต้องในการส่งต่อผู้ป่วย ความทันเวลาในการส่งต่อผู้ป่วย และความพึงพอใจต่อโปรแกรมสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเกิดจากโปรแกรมการสื่อสารและการสร้างการมีส่วนร่วมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นโปรแกรมที่พัฒนาจากการมีบททบทวนวรรณกรรมอย่างหลากหลาย ประกอบกับการศึกษาข้อมูลพื้นฐานที่เป็นบริบทของพื้นที่ และพัฒนาโปรแกรมที่มีองค์ประกอบเพื่อวัตถุประสงค์ที่ต้องการอย่างครบถ้วน เช่น กิจกรรมให้ความรู้ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการส่งต่อแบบมีส่วนร่วม โดยทุกคนมีบทบาทในการเสนอข้อคิดเห็นในการออกแบบการส่งต่อเพิ่มเติมที่ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งต่อเข้าร่วมกระบวนการอย่างครบถ้วน มีการวางแผนการประสานงานการส่งต่อที่เข้มข้นในทุกหน่วยงาน เช่น ตำรวจ การจราจร โรงพยาบาลปลายทางและต้นทาง เปิดโอกาสในการพูดคุยซักถาม ทำความเข้าใจ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการสร้างแนวทางการส่งต่อที่ถูกต้องจนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ส่งต่อ ทำให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเข้าใจ รู้ขั้นตอน

ผ่านกระบวนการซ่อมแผนการส่งต่อโดยกระบวนการสมมติ สร้างสถานการณ์ ตลอดจนมีการควบคุมกำกับ การปฏิบัติงานการส่งต่อผู้ป่วยจากทีมอย่างใกล้ชิด จึงส่งผลให้โปรแกรมการสื่อสารและการสร้างการมีส่วนร่วม ต่อประสิทธิผลการส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลน่าน จังหวัดอุบลราชธานี มีประสิทธิผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของ นางสาวณัฏฐ์ ชัดแก้ว⁽¹³⁾ ศึกษาผลของแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยผู้ป่วย โรงพยาบาลแพร่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนมาตรฐานเชิงโครงสร้างการส่งต่อผู้ป่วย สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลพร้อมใช้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และ บุคลากรทางการแพทย์มีความพร้อมและมีจำนวนเพียงพอในการส่งต่อผู้ป่วย กรณีศึกษา ธนโพธิ์โรจน์⁽¹²⁾ ศึกษา ประสิทธิผลของโปรแกรมการสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลด้วย SBAR ที่โรงพยาบาลระดับ ตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่าหลังจากได้รับโปรแกรมการสื่อสารในการรับ และส่งเวรทางการพยาบาลด้วย SBAR แล้วระยะเวลาในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อุบัติการณ์การเกิดความคลาดเคลื่อนจากการรับและส่งเวร ทางการพยาบาลลดลงร้อยละ 54.55 และความพึงพอใจต่อโปรแกรมอยู่ในระดับสูง ชัยญญาภักดิ์ วิจารณ์⁽¹⁴⁾ ศึกษาผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนน ณ จุดเกิดเหตุ โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี พบว่าปัจจัยด้านระยะทางจากจุดเกิดเหตุถึงโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ($r=0.46$) ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแล ณ จุดเกิดเหตุเข้าถึงบริการสุขภาพเร็วกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแล ($\chi^2=14.22$) ผลการปฏิบัติงาน ตามแนวปฏิบัติการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนน ณ จุดเกิดเหตุพบว่า มีขั้นตอนการปฏิบัติงาน 10 ขั้นตอนดังนี้ 1) การรับแจ้งเหตุ 2) การส่งการออกปฏิบัติงาน 3) การนำรถออกปฏิบัติงาน 4) การปฏิบัติการ เมื่อถึงจุดเกิดเหตุ 5) ปฏิบัติการช่วยเหลือชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ 6) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยบาดเจ็บออกจากจุดเกิดเหตุ 7) นำผู้ป่วยบาดเจ็บส่งต่อโรงพยาบาล 8) การดูแลระหว่างนำส่งโรงพยาบาล 9) การส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บเมื่อถึง โรงพยาบาล และ 10) การปฏิบัติเมื่อกลับถึงฐาน โดยระยะเวลาในการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วย ตามแนวปฏิบัติการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนน ณ จุดเกิดเหตุแบบใหม่แตกต่างกับแนวทาง แบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อารี ชิวเกษมสุข⁽¹⁵⁾ ศึกษาการพัฒนาแบบการสื่อสารในการส่งต่อ ผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย จังหวัดเลย พบว่า 1) รูปแบบการสื่อสารในการส่งต่อผู้ป่วย ฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้นมีแนวทางการสื่อสารแบบเอสบา 3 ขั้นตอน ตั้งแต่การเตรียมการส่งต่อ การดำเนินการส่งต่อ และการสิ้นสุดการส่งต่อร่วมกับการสื่อสารทางโทรศัพท์ และแอปพลิเคชันไลน์ 2) คุณค่าของรูปแบบการสื่อสาร ในการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาทั้งด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 3) ประสิทธิภาพของการสื่อสารในการส่งต่อผู้ป่วย ฉุกเฉินรูปแบบใหม่สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พรพิไล นิยมถิ่น⁽¹⁶⁾ ศึกษา ผลของการใช้แบบการบันทึกทางการแพทย์การพยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นต่อคุณภาพการส่งต่อและ ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย จังหวัดเลย พบว่า 1) ได้แบบบันทึก การพยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้ายที่พัฒนาขึ้นตามขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย

ที่มีประสิทธิภาพตามสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานทางการพยาบาลด้านการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ 2) ร้อยละคุณภาพการส่งต่อหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาทุกด้าน และ 3) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลที่มีต่อแบบบันทึกการพยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าก่อนการพัฒนาในด้านประโยชน์ต่อการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ วรรณภา กรีทอง⁽¹⁷⁾ ศึกษาการพัฒนาระบบการบริหารการรับและการส่งต่อผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่าความพึงพอใจต่อระบบการบริหารการรับและการส่งต่อผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนการใช้ระบบการบริหารการรับและการส่งต่อผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.959$, $SD=0.548$) หลังการใช้ระบบการบริหารการรับและการส่งต่อผู้ป่วยพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีความพึงพอใจต่อระบบการบริหารการรับและการส่งต่อผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.022$, $SD=0.481$) ซึ่งมากกว่าก่อนการใช้ระบบการบริหารการรับและการส่งต่อผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($t=-7.694$)

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงาน

1. โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมประสิทธิผลการส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลน่าน จังหวัดอุบลราชธานี ควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้โปรแกรมดังกล่าวในการส่งต่อในโรงพยาบาลชุมชนให้ครอบคลุมในจังหวัดอุบลราชธานี หรือขยายพื้นที่ในการทดสอบประสิทธิผลของนวัตกรรมในพื้นที่อื่น
2. โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมประสิทธิผลการส่งต่อตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในกิจกรรมอื่นที่มีลักษณะและบริบทที่ใกล้เคียงหรือมีลักษณะคล้ายคลึงกับพื้นที่วิจัยเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาล้วงลึกถึงสาเหตุหรือปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมในการส่งต่อของทีมส่งต่อเพื่อสนับสนุนให้การส่งต่อเกิดประสิทธิภาพมากขึ้น
2. ศึกษาเปรียบเทียบโปรแกรมการสื่อสารและการสร้างการมีส่วนร่วมต่อประสิทธิผลการส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลน่าน จังหวัดอุบลราชธานี กับ โปรแกรมหรือนวัตกรรมอื่นเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม
3. ควรมีการศึกษาหารูปแบบที่เหมาะสมในการส่งต่อผู้ป่วยที่เหมาะสม ผสมผสาน มีส่วนร่วมเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมในการส่งต่อผู้
4. ควรทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อหาแนวทางสร้างนวัตกรรม หรือวิธีการใหม่ ในการส่งต่อผู้ป่วยให้เกิดประสิทธิภาพและปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1. พิมพ์เกษมา ศรีชาติธนวัต, อภิรติ นันทศุภวัฒน์, เพชรสุรีย์ ทั้งเจริญกุล. การพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก. พุทธชินราชเวชสาร. 2561;35(2):175-86.
2. Ross J, Tu S, Carini S, Sim I. Analysis of eligibility criteria complexity in clinical trials. Summit Transl Bioinform. 2010 Mar 1;2010:46-50.
3. โรงพยาบาลน่ายืน. สรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2565 ของโรงพยาบาลน่ายืน จังหวัดอุบลราชธานี. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลน่ายืน จังหวัดอุบลราชธานี; 2565.
4. Joint Commission Accreditation of Healthcare organization (JCAHO). Implementing the SBAR Technique. Patient Safety. Toronto Rehabilitation Institute 6 [Internet]. 2006 [cited 2022 Jun. 18]. Available from: <http://opm.gov/insure/health/planinfo/safety>
5. Leonard M, Bonacurth D, Graham S. SBAR for improve communication: Quality tool in practice [Internet]. 2006 [cited 2022 Jun. 22]. Available from: www.cdha.nshealth.ca/
6. Markley J, Winbery S. Communicating With Physicians: How Agencies Can Be Heard. Home Health Care Management & Practice. 2008; 20(2):161-8. doi:10.1177/1084822307306632
7. พิมพ์พรรณ สถาพรพัฒน์. การพัฒนารูปแบบการรับ-ส่งเวรทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต ศัลยกรรมทั่วไป 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.
8. กฤษณา สิงห์ทองวรรณ. การพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. [รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2558.
9. มนนพรัฐ อุเทน. การพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 โรงพยาบาลนครเชียงใหม่. [รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2557.
10. โรงพยาบาลน่ายืน. รายงานสภาพ และปัญหาของโรงพยาบาลน่ายืน จังหวัดอุบลราชธานี. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลน่ายืน จังหวัดอุบลราชธานี; 2565.
11. Lemeshow S, Hosmer DW, Klar J, Lwanga SK. Adequacy of Sample Size in Health Studies. Hoboken, NJ: Wiley; 1990.
12. กรรณิกา ธนไพโรจน์, สุนันท์ ไขแก้ว, สมพันธ์ หิญาธิระนันท์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการแพทย์ด้วยเอกสารที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. 2561;14(1):9-24.

13. นงลักษณ์ ชัดแก้ว. ผลของแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยผู้ป่วยโรงพยาบาลแพร่ จังหวัดแพร่. วารสารโรงพยาบาลแพร่. 2561; 26(1):8-22.
14. ชัญญุภักดิ์ วิจารณ์. ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนน ณ จุดเกิดเหตุ โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2565;7(4):219-29.
15. พรพิไล นิยมถิ่น, อารี ชิวเกษมสุข, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. การพัฒนารูปแบบการสื่อสารในการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย จังหวัดเลย. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2558;35(1):46-54.
16. พรพิไล นิยมถิ่น. ผลของการใช้แบบการบันทึกทางการพยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นต่อคุณภาพการส่งต่อและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้ายจังหวัดเลย. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุตรธานี. 2561;26(3):135-43.
17. วรณา กรีทอง, กรรณิการ์ สุวรรณโคตร, เพ็ญจันทร์ ส. โมโนยพงศ์. การพัฒนาระบบการบริหารการรับ และการส่งต่อผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. 2559; 12(1):23-36.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของพระสงฆ์และสามเณร อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดขอนแก่น

มนัญญา ผลภิญโญ*, ธีรศักดิ์ พาจันพณ์^a, ลำพึง วอนอก^{**}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพระสงฆ์และสามเณร อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดขอนแก่น ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 354 คน ที่ได้จากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Multiple logistics regression นำเสนอค่า Adjusted odds ratio พร้อมช่วงเชื่อมั่น 95% Confidence interval (CI) และ p-value กำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์และสามเณรมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อยู่ในระดับดี ร้อยละ 67.51 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้แก่ อายุ 20 ปีขึ้นไป (Adjusted OR=2.71, 95% CI=1.43 ถึง 5.12; p-value=0.002) ทักษะคิดระดับมาก (Adjusted OR=5.92, 95% CI=3.53 ถึง 9.96; p-value<0.001) และความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอและเป็นเลิศ (Adjusted OR=2.48, 95% CI=1.46 ถึง 4.21; p-value=0.001) ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญในการเสริมสร้างทัศนคติและความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แก่พระสงฆ์และสามเณร อันจะส่งผลให้มีพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และโรคระบาดอื่นที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019; พฤติกรรมการป้องกันโรค; ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; พระสงฆ์และสามเณร

* นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^a Corresponding author: ธีรศักดิ์ พาจันพณ์ Email: tphajan@gmail.com

รับบทความ: 7 เม.ย. 66; รับบทความแก้ไข: 25 เม.ย. 66; ตอรับตีพิมพ์: 25 เม.ย. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 6 มิ.ย. 66

Factors Associated with Preventive Behaviors for Coronavirus 2019 (COVID-19) of Monks and Novices in Chum Phae District, Khon Kaen Province

Mananya Phonpinyo^{*}, Teerasak Phajan^{**a}, Lampung Vonok^{**}

Abstract

This cross-sectional analytical research aimed to assess the level of prevention behaviors and determine factors associated with prevention behaviors for coronavirus 2019 (COVID-19) among monks and novices in Chum Phae District, Khon Kaen province. The total of 354 Buddhist monks and novices were selected using stratified random sampling method. Data were collected via questionnaires and analyzed using descriptive statistics and multiple logistics regression, the adjusted odds ratio presented, 95% confidence interval and p-value at 0.05 level of significance.

The results of the research revealed that the samples had coronavirus disease 2019 (COVID-19) preventive behaviors at a good level (67.51%). The factors significantly associated with preventive behaviors for coronavirus 2019 ($p\text{-value} < 0.05$) were age 20 years and over (Adjusted OR=3.16, 95% CI=1.61 to 6.23; $p\text{-value}=0.002$), attitude at high level (Adjusted OR=3.16, 95% CI=1.61 to 6.23; $p\text{-value} < 0.001$), and health literacy at adequate to excellent level (Adjusted OR=3.16, 95% CI=1.61 to 6.23; $p\text{-value}=0.001$). Stakeholders should recognize the significance of promoting attitudes and health literacy with monks and novices for good prevention behaviors for coronavirus 2019 and other diseases for any future pandemic.

Keywords: Coronavirus 2019; Preventive behavior; Health literacy; Monks and novices

^{*} Master of Public Health Candidate, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

^{**} Lecturer, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

^a Corresponding author: Teerasak Phajan Email: tphajan@gmail.com

Received: Apr. 7, 23; Revised: Apr. 25, 23; Accepted: Apr. 25, 23; Published Online: Jun 6, 23

บทนำ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกิดขึ้นอย่างกว้างขวางในหลายประเทศทั่วโลก ทำให้มีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก⁽¹⁾ จากสถานการณ์ระบาดของไวรัส COVID-19 ประเทศไทย มียอดผู้ติดเชื้อสะสม 4,482,389 ราย ยอดผู้เสียชีวิต 30,317 ราย⁽²⁾ จังหวัดขอนแก่นมียอดผู้ติดเชื้อสะสม 81,967 ราย เสียชีวิต 213 ราย⁽³⁾ อำเภอยางชุมน้อยมียอดผู้ติดเชื้อสะสม 18,850 ราย กำลังรักษา 635 ราย รักษาหายแล้ว 18,022 ราย เสียชีวิตสะสม 29 ราย⁽⁴⁾

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจไปทั่วโลก รวมทั้งส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตของประชาชนทุกภาคส่วน โดยเฉพาะกิจกรรมที่มีการรวมกลุ่ม เช่น การเรียน การอบรม การสัมมนา การจัดค่าย รวมถึงกิจกรรมทางศาสนาทั้งของพระสงฆ์และสามเณร และพุทธศาสนิกชนทั่วไปในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ซึ่งวัดเป็นศาสนสถานที่เป็นศูนย์รวมจิตใจ และเป็นสถานที่ปฏิบัติกิจกรรมทางพระพุทธศาสนา ที่อยู่อาศัย ที่ประกอบศาสนกิจของพระสงฆ์และสามเณรมีบทบาทที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับประชาชนในชุมชน จึงเป็นสถานที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจากประชาชนต้องไปวัดตามหน้าที่ของพุทธศาสนิกชน ผู้ทำนุบำรุงศาสนา พระสงฆ์และสามเณรจึงต้องรับมือกับสถานการณ์และการปฏิบัติศาสนกิจวิถีใหม่ (New normal)

มาตรการการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นสิ่งที่ทุกประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย จำเป็นต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขควบคุม ป้องกันโรค โดยออกมาตรการ D-M-H-T-T-A ประกอบด้วย Distancing การเว้นระยะห่างทางสังคม, Mask wearing การสวมหน้ากากอนามัย, Hand washing การล้างมือ, Temperature ตรวจวัดอุณหภูมิ, Testing ตรวจเชื้อโควิด-19, Application ใช้แอปพลิเคชันลงทะเบียนเข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งการให้บริการวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ที่มีประสิทธิภาพ ให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้นเพื่อเพิ่มศักยภาพในการป้องกันโรค⁽⁵⁾

พฤติกรรมในการป้องกันโรคของประชาชน ทุกเพศ ทุกวัย ทุกกลุ่มอาชีพรวมทั้งพระสงฆ์และสามเณร จำเป็นอย่างยิ่งในการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (D-M-H-T-T-A) อย่างเคร่งครัดจึงจะลดการระบาดของโรคลงได้ ดังนั้น พฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคดังกล่าวจึงมีความสำคัญ จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพฤติกรรมฯ มีหลายปัจจัย เช่น อายุ^(6,7) ความรู้⁽⁸⁻¹⁰⁾ และมีข้อบ่งชี้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะที่จำเป็นของบุคคลในการจัดการตนเองให้เหมาะสม ซึ่งประกอบด้วย ความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ด้านความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ด้านการวิเคราะห์ ประเมินค่าข้อมูลสุขภาพ และด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลทางสุขภาพไปประยุกต์ใช้ อันจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี⁽¹¹⁾

แต่อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์พฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง⁽¹²⁾ และยังพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ในระดับต่ำ อีกทั้งความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านเช่น ด้านความรู้ ความเข้าใจข้อมูล

สุขภาพและการตัดสินใจไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19⁽¹³⁾ ดังนั้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจ เนื่องจากผลการศึกษายังไม่ได้ข้อสรุปที่ชัดเจน ดังนั้นควรพิสูจน์ว่ามีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือไม่ ซึ่งอาจเป็นตัวแปรที่สำคัญในการนำไป วางแผนการแก้ปัญหาดังกล่าว

อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น เป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งผู้ป่วยยืนยันและผู้สัมผัสเสี่ยงสูงในชุมชน มีการจัดงานบุญ งานบวช งานประเพณี งานศพ หรือแม้แต่ การไปวัดทำบุญ พระสงฆ์จะต้องมีการเชื่อมประสานงานกับขบวนแห่หรือคนห่มผ้า มีการจัดการสถานที่ดูแล พระสงฆ์ที่มีอาการป่วย การจัดพิธีกรรมทางศาสนา การจัดการเผาศพผู้ติดเชื้อโควิด-19 หรือแม้กระทั่ง การมาร่วมถวายเพลอาหาร และมีการกินอาหารต่อจากพระสงฆ์ จึงเกิดการระบาดและการติดเชื้อในกลุ่ม ของพระสงฆ์และสามเณรที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงศาสนกิจในพิธีต่างๆ ได้ จากสถานการณ์การระบาดในพื้นที่ อำเภอชุมแพ พบพระสงฆ์ติดเชื้อ จำนวน 31 ราย มรณภาพ 1 ราย พบประชาชนที่ติดเชื้อและเป็นกลุ่มเสี่ยง จากการร่วมงานบุญ งานประเพณีกระจายไปตามหมู่บ้าน สะท้อนถึงพฤติกรรมป้องกันโรคหรือการปฏิบัติตามมาตรการ (D-M-H-T-T-A)

ดังนั้น งานวิจัยนี้มุ่งศึกษาในประเด็นพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพระสงฆ์ และสามเณร และปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่สำคัญข้างต้น ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และความรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งมีความสำคัญยิ่งต่อการนำข้อค้นพบไปกำหนดแนวทาง ในการแก้ไขปัญหาควบคุม ป้องกันการติดเชื้อติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพระสงฆ์และสามเณร อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพระสงฆ์ และสามเณรและสามเณร อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย: เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical research) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2565-15 พฤศจิกายน 2565

ประชากร: พระภิกษุที่ได้รับบรรพชาอุปสมบท อย่างถูกต้องตามพระธรรมวินัยและพระราชบัญญัติ คณะสงฆ์ ทั้งนี้ให้รวมถึงสามเณรด้วย โดยอาศัยอยู่ในวัดพื้นที่ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 708 รูป

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

พระสงฆ์และสามเณรที่จำพรรษาอยู่วัด ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงปี 2565 สามารถอ่านออก เขียนภาษาไทยได้ดีหรือมีผู้ช่วยอ่าน/แปล สมัครใจและยินยอม เข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

พระสงฆ์และสามเณรที่เดินทางไปปฏิบัติศาสนกิจนอกพื้นที่ทำการศึกษาในช่วงเก็บข้อมูล ลาลึกขา ในช่วงเก็บข้อมูลหรือมีปัญหาสุขภาพที่รุนแรงไม่สามารถให้ข้อมูลได้

กลุ่มตัวอย่าง: คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับวิเคราะห์หาความสัมพันธ์คร่าวหลายตัวแปร (Multivariable analysis) กรณีตัวแปรตามประเภทแจกแจง (Categorical outcome) แบบ Dichotomous variable และใช้สถิติ Multiple logistic regression⁽¹⁴⁾ กำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ 80% ($\beta=0.20$ มีค่าเท่ากับ 0.84) $\alpha=0.05$ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ค่า P_0 คือสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโควิด-19 ในระดับดีและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง-ต่ำ ($P_0 = 0.29$) P_1 คือสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโควิด-19 ในระดับดีและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง ($P_1 = 0.47$) B คือสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง ($B=0.79$)⁽¹⁵⁾ ผู้วิจัยเลือกขนาดตัวอย่างที่ Rho-square (ρ^2)=0.2, Variance Inflation Factor (VIF)=1.25 ดังนั้น ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ 354 คน และผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ที่ผู้ศึกษาได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับการศึกษาครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ สถานภาพทางศาสนา ระยะเวลาในการบวช พื้นที่พำนักวัด การศึกษาทางโลก การศึกษาทางธรรม การศึกษาเปรียญธรรม โรคประจำตัว ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและคำถามปลายเปิดให้กรอกข้อมูล

ส่วนที่ 2 ความรู้ เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีคำถาม 15 ข้อ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค อาการ การรักษา การป้องกันและแนวทางเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีลักษณะคำถามเป็นแบบชนิดให้เลือกคำตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าระดับการรับรู้ 3 ระดับ ได้แก่ ความรู้ระดับ สูง ปานกลาง ต่ำ ใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom⁽¹⁶⁾ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามค่าเฉลี่ยดังต่อไปนี้

ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป	หมายถึง ความรู้ฯ ระดับสูง
ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79.99	หมายถึง ความรู้ฯ ระดับปานกลาง
ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60	หมายถึง ความรู้ฯ ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 ทศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวน 15 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด มีข้อความในเชิงบวกและเชิงลบ การแปลความหมายพิจารณาจากค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ของเบสท์⁽¹⁷⁾ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามค่าเฉลี่ยดังต่อไปนี้

57-75 คะแนน	หมายถึง ทักษะระดับมาก
36-56 คะแนน	หมายถึง ทักษะระดับปานกลาง
15-35 คะแนน	หมายถึง ทักษะระดับน้อย

ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีคำถาม 40 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ยากมาก ค่อนข้างยาก ค่อนข้างง่าย ง่ายมาก จัดกลุ่มโดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์การแบ่งระดับความรู้ด้านสุขภาพ⁽¹⁸⁾

ระดับ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 50 (40-79 คะแนน)

ระดับ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัญหา ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 50-65 (80-104 คะแนน)

ระดับ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 66-84 (105-135 คะแนน)

ระดับ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเลิศ ได้คะแนน $\geq$ ร้อยละ 85 ขึ้นไป (136-160 คะแนน)

เพื่อความชัดเจนในการแปลผล ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพเป็น 2 กลุ่ม (Dichotomous variable) ดังนี้ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอและเป็นปัญหา ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 66 และ 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอและเป็นเลิศ ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 66 ขึ้นไป

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของพระสงฆ์และสามเณร จำนวน 10 ข้อ ลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่าระดับพฤติกรรมเป็น 5 ระดับ มีข้อความในเชิงบวกและเชิงลบ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับพิจารณาจากค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ของเบสท์⁽¹⁷⁾ ดังนี้

ดี = คะแนน 36.68-50 หมายถึง พระสงฆ์ปฏิบัติตนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้อย่างดีและถูกต้อง

พอใช้ = คะแนน 23.34-36.67 หมายถึง พระสงฆ์ปฏิบัติตนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้ดีพอสมควร

ควรปรับปรุง = คะแนน 10.00-23.33 หมายถึง พระสงฆ์ปฏิบัติตนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้ไม่ดี

เพื่อความชัดเจนในการแปลผลและการนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการป้องกันโรค ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มระดับพฤติกรรมออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ 1) พฤติกรรมดี (คะแนน 36.68-50) และ 2) พฤติกรรมพอใช้และปรับปรุง (คะแนน 10.00-36.67)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) ใช้วิธีการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบ ความตรงของเนื้อหา ความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย (Item-objective congruence: IOC) พบว่า แบบสอบถามมีค่าดัชนีความสอดคล้อง อยู่ระหว่าง 0.67-1 ซึ่งมีความมากกว่าหรือเท่ากับ 0.50 ถือว่าเครื่องมือมีความตรงที่ยอมรับได้^(19,20)

2. การหาความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงผู้ทรงคุณวุฒิไปทดสอบ (Try out) กับกลุ่มพระสงฆ์และสามเณรที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างในเขต อ.หนองเรือ จ.ขอนแก่น

จำนวน 30 รูป นำมาหาค่าความเที่ยงโดยใช้การคำนวณของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน แบบ KR-20 ได้ความเที่ยงเท่ากับ 0.89 ส่วนทัศนคติ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จะนำไปวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีความเที่ยงเท่ากับ 0.86, 0.87 และ 0.86 ตามลำดับ ซึ่งมีค่าความเที่ยง 0.70- 0.90 ถือว่าเครื่องมือมีความเที่ยงที่ยอมรับได้^(19,20)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ดังนี้ 1) สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าพิสัยควอไทล์ และ 2) สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Multiple logistic regression ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กรณีตัวแปรตามเป็นตัวแปรแจกแจงประเภท Dichotomous variable ได้แก่ พฤติกรรมดี (36.68-50 คะแนน) และพฤติกรรมพอใช้และปรับปรุง (10.00-36.67 คะแนน) นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า Adjusted odds ratio พร้อมช่วงเชื่อมั่น 95% และ p-value

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการจัดทำวิจัยให้อาสาสมัครทราบ และขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยอาสาสมัครสามารถตัดสินใจเข้าร่วมได้อย่างอิสระ และจะถอนตัวเมื่อไรก็ได้ ผู้วิจัยเคารพในความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับข้อมูลส่วนบุคคล นำเสนอข้อมูลวิจัยในภาพรวม และการวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น รับรองเลขที่ HE 652026 ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2565

ผลการวิจัย

1. **ข้อมูลส่วนบุคคล** จากการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 354 ราย มีอายุเฉลี่ย 41.31 ปี (SD=19.16) อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 18.65 ค่ามัธยฐานระยะเวลาในการบวชเท่ากับ 5 ปี (IQR=9), ค่าต่ำสุดเท่ากับ 1 ปี ค่าสูงสุดเท่ากับ 62 ปี สถานภาพทางศาสนาเป็นพระสงฆ์ ร้อยละ 83.05 ระยะเวลาในการบวชอยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 56.21 วัดอยู่ในเขตเทศบาล ร้อยละ 60.45 อยู่ในเขต อบต. ร้อยละ 39.55 ด้านการศึกษาทางโลก ส่วนใหญ่จบระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 29.66 ด้านการศึกษาทางธรรม ส่วนใหญ่สำเร็จระดับนักธรรมชั้นเอก ร้อยละ 45.48 ด้านการศึกษาเปรียญธรรม ส่วนใหญ่สำเร็จระดับเปรียญธรรม 1-2 ประโยค ร้อยละ 4.24 และกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว ร้อยละ 25.14

2. **ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)** พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 88.42 (ดังตารางที่1) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ถูกต้องมากที่สุดคือทราบว่าโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจและจะมีไข้ ไอ เจ็บคอ จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส ซึ่งเป็นอาการแสดงของการป่วยด้วยโรคโควิด-19 ร้อยละ 97.18 รองลงมาคือทราบว่าเชื้อโควิด-19 เป็นเชื้อไวรัสที่ติดต่อผ่านทางละอองฝอย น้ำลาย ไอ จาม หรือการพูดคุย หรือรับประทานอาหารร่วมกัน ร้อยละ 95.48 และกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ถูกต้อง

น้อยที่สุดคือ ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันธรรมชาติ จะเกิดการป้องกันการติดเชื้อโควิดซ้ำทุกสายพันธุ์ได้ ร้อยละ 64.41

3. **ทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)** พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 54.52 (ดังตารางที่ 1) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยมากที่สุด เมื่อมีไข้ ปวดตามร่างกาย จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส หรือสงสัยติดเชื้อโควิด-19 เห็นด้วยว่าควรตรวจคัดกรอง ATK ร้อยละ 56.21 และมีความเห็นด้วยกับโรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่อที่ทำให้รู้สึกส่งผลกระทบต่อการทำงานและการปฏิบัติงาน ร้อยละ 52.54 ในส่วนของเห็นด้วยว่าฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 มีอันตรายต่อร่างกายอาจทำให้เกิดการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตได้ ซึ่งเป็นข้อคำถามเชิงลบ เห็นด้วยในระดับปานกลาง-มากที่สุด

4. **ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019** ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ ร้อยละ 55.08 (ดังตารางที่ 1) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า

ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงข้อมูลสุขภาพง่ายมากที่สุด คือสามารถหาข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 เช่น การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือบ่อยๆ ด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ ตามมาตรการ D-M-H-T-T-A ร้อยละ 38.70 ส่วนในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพยากมาก คือสามารถหาแนวทางปฏิบัติศาสนกิจของสงฆ์ที่เหมาะสม ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 เช่น งานศพ งานบวช งานบุญ งานพิธี ร้อยละ 16.95

ด้านความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเข้าใจข้อมูลสุขภาพง่ายมากที่สุด คือเข้าใจระบบขอความช่วยเหลือผ่านเบอร์โทรศัพท์ ช่องทางไลน์ พระคิลานุปัฏฐาก อสม. หรือ จนท.สาธารณสุข เมื่อป่วยติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 33.33 ที่สำคัญด้านความเข้าใจข้อมูลสุขภาพยากมาก คือเข้าใจพฤติกรรมมารักกินอาหารต่อจากพระสงฆ์ ของญาติโยมที่มาทำบุญ มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 16.95

ด้านการวิเคราะห์ ประเมินค่าข้อมูลทางสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ ประเมินค่าข้อมูลทางสุขภาพง่ายมากที่สุด คือ เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินจากโรคโควิด-19 หรือมีอาการใกล้เคียงจะปรึกษาพระคิลานุปัฏฐาก อสม. จนท.สาธารณสุข บุคลากรทางการแพทย์ ก่อนโทรประสานขอความช่วยเหลือทางโรงพยาบาล เจ็บป่วยฉุกเฉินโทร 1669 ร้อยละ 33.62 ส่วนการวิเคราะห์ ประเมินค่าข้อมูลทางสุขภาพยากมาก คือสามารถประเมินการปฏิบัติศาสนพิธีของสงฆ์ ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 เช่น งานศพ งานบวช งานบุญ งานพิธี ควรจำกัดคนเข้าร่วมและลดขั้นตอนในพิธีให้เหมาะสมในการป้องกันโรคโควิด-19 ร้อยละ 17.23 เจ้าหน้าที่ควรช่วยประเมินสถานการณ์การระบาดของโรคและให้คำแนะนำ

ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลทางสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างประยุกต์ใช้ข้อมูลทางสุขภาพง่ายมากที่สุด คือเมื่อป่วยติดเชื้อโควิด-19 สามารถตัดสินใจเลือกช่องทางขอความช่วยเหลือที่เหมาะสมได้ เช่น ผ่านเบอร์โทรศัพท์ ช่องทางไลน์ พระคิลานุปัฏฐาก อสม.หรือจนท.สาธารณสุข เรียกโรงพยาบาลได้ในกรณีฉุกเฉินโดยโทร 1669 หรือเบอร์สายด่วน โควิด-19 ร้อยละ 34.18 ส่วนการประยุกต์ใช้ข้อมูลทางสุขภาพยากมาก

คือ สามารถตัดสินใจที่จะละเว้นพฤติกรรมการกินอาหารร่วมกับพระสงฆ์ และบอกญาติโยมที่มาทำบุญไม่ให้กินอาหารต่อจากพระสงฆ์ ร้อยละ 16.67

ตารางที่ 1 ความรู้ ทักษะ ทักษะ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพระสงฆ์ และสามเณร อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น (n=354)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
ระดับสูง (12-15 คะแนน)	313	88.42
ระดับปานกลาง (9-11 คะแนน)	36	10.17
ระดับต่ำ (0-8 คะแนน)	5	1.41
Mean=13.25 (SD=1.65), Med=14, Min=3, Max=15		
ทักษะเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)		
ระดับมาก (57-75 คะแนน)	193	54.52
ระดับปานกลาง (36-56 คะแนน)	159	44.92
ระดับน้อย (15-35 คะแนน)	2	0.56
Mean=56.61 (SD=7.29), Med=58, Max=71, Min=35		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ (0-79 คะแนน)	45	12.71
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัญหา (80-104 คะแนน)	63	17.80
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ (105-135 คะแนน)	195	55.08
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเลิศ (136-160 คะแนน)	51	14.41
Mean=111.63 (SD=28.83), Med=119, Min=40, Max=160		

5. พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อยู่ในระดับดี ร้อยละ 67.51 (ตารางที่ 2) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติประจำมากที่สุด คือสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย เมื่ออยู่ในที่ที่มีผู้คนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป และเมื่อออกปฏิบัติศาสนกิจ บิณฑบาต หรือกิจนิมนต์ ร้อยละ 61.02 ส่วนพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยหรือไม่เคยปฏิบัติ คือ นำหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้วกลับมาให้ซ้ำ โดยการห้อยผึ่งลมไว้ใช้งานครั้งต่อไป ร้อยละ 32.49

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพระสงฆ์และสามเณร อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น (n=354)

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี (36.68-50 คะแนน)	239	67.51
ระดับพอใช้ (23.34-36.67 คะแนน)	112	31.64
ระดับควรปรับปรุง (10-23.33 คะแนน)	3	0.85
Mean=38.96 (SD=6.15), Med=40, Max=50, Min=22		

6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของพระสงฆ์และสามเณร อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น วิเคราะห์คร่าวละหลายตัวแปร (Multivariable analysis)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ อายุ ทักษะการรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนี้

อายุ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป คือ กลุ่มพระสงฆ์ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ระดับดี เป็น 2.71 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ ≤ 19 ปี คือกลุ่มสามเณร (95% CI=1.43-5.12, p-value=0.002)

ทักษะการรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะดีในระดับมาก มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ระดับดีเป็น 5.92 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะดีในระดับน้อย-ปานกลาง (95% CI=3.53-9.96, p-value<0.001)

ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอและเป็นเลิศ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ระดับดีเป็น 2.48 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอและเป็นปัญหา (95% CI=1.46-4.21, p-value=0.001) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของพระสงฆ์และสามเณร อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น วิเคราะห์คร่าวละหลายตัวแปร โดยใช้สถิติ Multiple logistic regression (n=354 คน)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละที่มีพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ดี	Crude OR	Adjusted OR	95% CI	p-value
อายุ (ปี)						
≤19 ปี	60	43.33	1	1	1.43-5.12	0.002
20 ปีขึ้นไป	294	72.45	3.44	2.71		
ทัศนคติ ๑						
น้อย-ปานกลาง	161	46.58	1	1	3.53-9.96	<0.001
มาก	193	84.97	6.48	5.92		
ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ						
ไม่เพียงพอและเป็นปัญหา	108	51.85	1	1	1.46-4.21	0.001
เพียงพอและเป็นเลิศ	246	74.39	2.70	2.48		

สำหรับตัวแปร ระยะเวลาในการบวช (พรรษา) พื้นที่พำนักวัด การศึกษาทางโลก การศึกษาทางธรรม โรคประจำตัว และความรู้ พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value>0.05)

การอภิปรายผล

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พระสงฆ์และสามเณร อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับดี ร้อยละ 67.51 ซึ่งค่อนข้างสูง ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาในทางโลกและทางธรรม ซึ่งพระสงฆ์และสามเณรมีการครองตนตามธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์ มีการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ มีความเข้าใจข้อมูลทางด้านสุขภาพ สามารถวิเคราะห์ ประเมินข้อมูลด้านสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรค จากสื่อสังคมออนไลน์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และพระคณาภิบาล มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการป้องกันโรค ตามแนวทางการปฏิบัติในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 ใช้ชีวิตวิถีใหม่แบบ New normal โดยมีทิศทางเดียวกับมาตรการ D-M-H-T-A ซึ่งสอดคล้องกับ นาริมะห์ แวปูเตะ⁽²¹⁾ พบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคจากไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลา อยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับ สมศรี สัจจะสกุลรัตน์ และคณะ⁽²²⁾ พบว่าระดับการเข้าถึงข้อมูลเรื่องโควิด-19 ของเจ้าอาวาส ร้อยละ 66.02 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมของเจ้าอาวาส ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.01)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของพระสงฆ์และสามเณร อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น มีดังนี้

อายุมีความสัมพันธ์พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พระสงฆ์ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ดี เป็นวัยที่บรรลุนิติภาวะ เป็นผู้ใหญ่มิ่วมีภาวะที่ได้รับการพัฒนาอย่างสมบูรณ์ในด้านอารมณ์ บุคลิกภาพ พฤติกรรม สามารถตัดสินใจ อย่างมีเหตุผลรับผิดชอบตนเองและสังคมมากกว่าวัยเยาว์ มีความสามารถในการเข้าใจ วิเคราะห์ และประเมิน ข้อมูลด้านสุขภาพได้ดี นอกจากนี้พระสงฆ์มีอายุมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เสื่อมลง ร่วมกับ ประสบการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ที่มีอายุมากมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้น และอาจอยู่ในช่วง สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทำให้กลัวการติดเชื้อ ซึ่งสอดคล้องกับ งานวิจัยของ ธมนวรรณ ชูราช และคณะ⁽⁶⁾ ได้ศึกษาพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่บ้านดอกบัว ตำบลท่าวังทอง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกัน ตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) และสอดคล้องกับ จิตรา มุลทิ⁽⁷⁾ ปัจจัยด้านอายุมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อายุ 41-60 ปี มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น 2.64 เท่า $95\%CI=1.19\text{to}5.82$, $p\text{-value}<0.05$ ของกลุ่มอายุ 21-40 ปี ซึ่งอายุ 41-60 ปี เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย มีการเปลี่ยนแปลงสรีระร่างกายและมีโอกาสเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ วัยนี้จึงมีความใส่ใจในการดูแลสุขภาพ และการป้องกันโรค

ทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของพระสงฆ์และสามเณร อาจเนื่องมาจากพระสงฆ์และสามเณร ได้รับการอบรมและเรียนรู้ในทางธรรมตามหลักพระพุทธศาสนา เน้นให้ประพฤติตนเป็นผู้ปฏิบัติดีปฏิบัติชอบ สำรวม กาย วาจา ใจ มีความคิดและทัศนคติในทางที่ดี และการระบอบที่ยาวนาน ทำให้พระสงฆ์และสามเณร ตื่นตัวให้ความสำคัญกับพฤติกรรมการป้องกันตนเอง ได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการปฏิบัติตน เกี่ยวกับการป้องกันโรค นโยบายของภาครัฐและธรรมนูญสุขภาพของพระสงฆ์ที่เป็นแนวทางในการปฏิบัติ จึงทำให้ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สอดคล้อง กับหลายการศึกษาที่พบว่าทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ^(8-10,23)

ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของพระสงฆ์และสามเณร อธิบายได้ว่าพระสงฆ์และสามเณรที่มีความรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับเพียงพอและเป็นเลิศ จะทำให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งพระสงฆ์และสามเณรจะมีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความเข้าใจการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 มีการวิเคราะห์ สามารถประเมิน ค่าข้อมูลที่ได้รับว่ามีความเหมาะสมถูกต้อง และมีการประยุกต์ใช้ข้อมูลทางสุขภาพ นำข้อมูลที่ได้ไปปฏิบัติ

หรือบอกต่อได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จากเหตุผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Sorensen et al.⁽¹¹⁾ ซึ่งสอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^(24,25)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรสร้างธรรมนูญสุขภาพของพระสงฆ์หรือมาตรการในการปฏิบัติศาสนกิจเพื่อลดแพร่กระจายและการสัมผัสเชื้อโรคโควิด-19 อย่างเคร่งครัด เช่น การปรับลดขั้นตอนในพิธีต่างๆ ให้เหมาะสม การกราบแบบไม่เสี่ยงสัมผัสเชื้อ โดยก้มกราบไม่ให้มือ ใบหน้าสัมผัสที่พื้นหรืออาจจะหาผ้ารองกราบ และการฉันภัตตาหารแบบแยกภาชนะส่วนตัว เป็นต้น
2. ควรให้ลูกศิษย์เรื่องการใช้น้ำกากอนามัยและการกำจัดน้ำกากอนามัยที่ใช้แล้ว ให้ถูกวิธี เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าการนำน้ำกากผ้าหรือน้ำกากอนามัยที่ใช้แล้ว กลับมาใช้ซ้ำ โดยการห้อยผึ่งลมไว้ใช้งานครั้งต่อไป ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19
3. ควรส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ทั้งด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ด้านความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ด้านการวิเคราะห์ ประเมินค่าข้อมูลทางสุขภาพ ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลทางสุขภาพ ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แก่พระสงฆ์และสามเณร
4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรช่วยประเมินสถานการณ์การระบาดของโรคและให้คำแนะนำแนวทางการปฏิบัติศาสนกิจของพระสงฆ์และสามเณร ในงานศพ งานบวช งานพิธี ที่เหมาะสม ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง โรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา-2019 ในพระสงฆ์และสามเณร โดยการวิจัยและพัฒนาหรือวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เก็บข้อมูลผสมผสาน เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อเป็นประโยชน์และได้แนวทางการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเจ้าคณะอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่นที่อนุญาตให้ทำการศึกษาและเก็บข้อมูลในพื้นที่วัด ขอบพระคุณพระสงฆ์และสามเณรที่ให้ข้อมูลในการศึกษาที่เป็นประโยชน์ในครั้งนี้ ขอขอบคุณสาธารณสุขอำเภอชุมแพ ที่ได้กรุณาอำนวยความสะดวกในการประสานพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อการจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด-19 ในข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่1) [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ม.ค. 16]. เข้าถึงได้จาก:
<http://dmsic.moph.go.th/index/detail/8115>

2. Worldometers. COVID-19 CORONAVIRUS PANDEMIC [serial online]. 2565 [Retrieved 2022 Jan 10]. Available from: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
3. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ภายในประเทศ (อัปเดตรายวัน) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ม.ค. 10]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/?dashboard=analysis-province>
4. งานระบาดวิทยา โรงพยาบาลชุมแพ. สถานการณ์ผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลชุมแพ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 เม.ย. 19] เข้าถึงได้จาก: <https://www.facebook.com/chumphaehospitalofficial>
5. กระทรวงสาธารณสุข. ข่าวสารเพื่อมวลชน [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ม.ค. 16]. เข้าถึงได้จาก: <https://pr.moph.go.th/?url=pr/index/2/04>
6. ธมนวรรณ ชูราษฎร์, กนิษฐา พิมพ์จันทร์, พัทรี บังคมเนตร, ศศิกานต์ จมเขยชื่น, อรอมล เหล่าราช, กฤษณะ เจริญลาก และคณะ. พฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่บ้านดอกบัว ตำบลท่าวังทอง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 2565;11(1):96-107.
7. จิตรา มูลทิ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอองไกรลาส จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิชาการสำนักงานควบคุมโรคที่ 9. 2564;27(2):5-14.
8. ดร.ณชนก พันธุ์สุมา, พงษ์สิทธิ์ บุญรักษา. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ของประชาชนในตำบล ปรางค์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2564;36(5): 597-604.
9. Lastrucci V, Lorini C, Del Riccio M, Gori E, Chiesi F, Moscadelli A, Zanella B, Boccalini S, Bechini A, Puggelli F, Berti R, Bonanni P, Bonaccorsi G. The Role of Health Literacy in COVID-19 Preventive Behaviors and Infection Risk Perception: Evidence from a Population-Based Sample of Essential Frontline Workers during the Lockdown in the Province of Prato (Tuscany, Italy). Int J Environ Res Public Health. 2021 Dec 19;18(24):13386. doi: 10.3390/ijerph182413386.
10. ญัฏฐวรรณ คำแสน. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพระจอมเกล้า. 2564;4(1):33-48.
11. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H; (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012 Jan 25;12:80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80.
12. ประไพวรรณ ด่านประดิษฐ์, กรรณิกา เจริญชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ช่วงมีการระบาดปี 2564 และในไตรมาสแรกของ ปี 2565. วารสารการพยาบาล. 2565;24(2):70-84.

13. หยาดพิรุณ ศิริ, อธิวัต อาจหาญ, นิรชร ชูดีพัฒนา. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้. วารสารควบคุมโรค. 2565;48(3):493-504.
14. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Stat Med. 1998 Jul 30;17(14):1623-34. doi: 10.1002/(sici)1097-0258(19980730)17:14<1623::aid-sim871>3.0.co;2-s.
15. วิชัย เทียนถาวร, ณรงค์ ใจเที่ยง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในกลุ่มวัยเรียนมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2564;4(2):126-37.
16. Bloom BS. Handbook on formation and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
17. Best JW. Research in Education. (3rd ed.) Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1977.
18. Toçi E, Burazeri G, Sørensen K, Kamberi H, Brand H. Concurrent validation of two key health literacy instruments in a South Eastern European population. Eur J Public Health. 2015 Jun;25(3):482-6. doi: 10.1093/eurpub/cku190.
19. วงศา เล้าหิรัญวงศ์. การประเมินคุณภาพบทความวิจัยด้านสาธารณสุขและการพัฒนาโครงร่างวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา; 2560.
20. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. Int J Med Educ. 2011 Jun 27;2:53-55. doi: 10.5116/ijme.4dfb.8dfd. PMID:
21. นาริเมห์ นาปูเตะ, คันธมาทน์ กาญจนภูมิ, กัลยา ต้นสกุล. พฤติกรรมการป้องกันโรคจากไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา. วารสารสภากาชาดสาธารณสุขชุมชน. 2564;3(2):31-9.
22. สมศรี สัจจะสกุลรัตน์, ธานี กล่อมใจ, พระครูพิศาลสรกิจ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจการสงฆ์ ของเจ้าอาวาส ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ. 2564; 22(2):125-37.
23. ธวัชชัย ยืนยาว, ไวยพร พรหมวงศ์, กัลยารัตน์ คาคสนิท. ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ของนักศึกษาพยาบาลในเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2564; 29(2), 204-213.
24. ภัทรนุช วิฑูรสกุล, ขนุภา ชัยสุวรรณ, สมสิริ รุ่งอมรัตน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของครูและคุณครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. วารสารพยาบาล. 2564;39(4):41-54.
25. กรรณิกา อุ่นอ้าย, พนิดา ชัยวัง, พรพิมล กรกกนกัจจ, ดวงใจ ปิ่นเจริญ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบท จังหวัดเชียงราย. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2565;49(1); 200-12.

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้วของประชาชน ในเขตเทศบาลนครแม่สอด ในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19

พิมพิภา ทิหาวย^{*}, อนัญญา ประดิษฐปรีชา^{**}, กุลธิดา บรรจงศิริ^{***}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการประมาณการการใช้หน้ากากอนามัย ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้ว และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้ว ของประชาชนในเขตเทศบาลนครแม่สอด ในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนที่อาศัยในเขตเทศบาลนครแม่สอด จำนวน 435 คน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สมการการประมาณการการใช้หน้ากากอนามัยของประชาชน และสถิติการถดถอยโลจิสติกเชิงอันดับ เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้ว

ผลการวิจัยพบว่าจากการประมาณการการใช้หน้ากากอนามัยของประชาชนในเขตเทศบาลนครแม่สอดในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 มีการใช้หน้ากากอนามัยถึง 66,732 ชิ้นต่อวัน กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้วอยู่ในระดับสูง และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ จำนวนหน้ากากอนามัยที่ใส่มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ชิ้นต่อวัน (OR: 3.21, 95%CI: 1.26-8.17) และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้วระดับดี (OR: 3.12, 95%CI: 1.55-6.27) ดังนั้นควรจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้วอย่างถูกวิธี เพื่อสร้างทัศนคติที่ดีต่อการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้ว

คำสำคัญ: หน้ากากอนามัย; พฤติกรรมการจัดการหน้ากากอนามัย; โรคโควิด-19

^{*} นักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

^{**} อาจารย์ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

^{***} ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

^a Corresponding author: พิมพิภา ทิหาวย Email: pimpipa032532@gmail.com

รับบทความ: 2 เม.ย. 66; รับบทความแก้ไข: 24 เม.ย. 66; ตอรับตีพิมพ์: 25 เม.ย. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 7 มิ.ย. 66

Factors Affecting the Management Behavior of People's Used Facemasks in Mae Sot Municipality during the COVID-19 Outbreaks

Pimpipa Thiwai*, Anunya Pradidthaprecha **, Kultida Bunjongsiri***

Abstract

The aims of this survey research were to estimates of facemasks used, as well as knowledge, attitudes, and behaviors for managing used facemasks and factors affecting used facemask management behaviors of the people in Mae Sot municipality during the COVID-19 outbreak. Samples were 435 people living in Mae Sot Municipality. Data were collected using a questionnaire and were analyzed using equations for estimating people's use of masks and ordinal logistic regression statistics to analyzed factors affecting used facemask management behaviors.

The results showed that from the estimated of the use of facemasks by people in Mae Sot Municipality during the COVID-19 outbreak, 66,732 facemasks were used per day. The subjects had a high level of knowledge, attitude and management behavior of used facemasks. Factors significantly affecting used facemask management behaviors ($p < 0.05$) included number of masks worn greater than or equal to three per day ($OR = 3.21$, 95% CI: 1.26-8.17) and attitudes about the management of used facemasks at a good level ($OR = 3.12$, 95% CI: 1.55-6.27). Therefore, a campaign to educate people on the proper handling of used face masks to incorporate good attitude toward the management of used facemasks.

Keywords: Facemask; Facemask management behavior; COVID-19

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

** Instructor, School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

*** Assistant Professor, School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

^a Corresponding author: Pimpipa Thiwai Email: pimpipa032532@gmail.com

Received: Apr. 2, 23; Revised: Apr. 24, 23; Accepted: Apr. 25, 23; Published Online: Jun. 7, 23

บทนำ

จากสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ในประเทศไทย ณ วันที่ 31 มีนาคม 2565 พบผู้ติดเชื้อในประเทศสะสมตั้งแต่เริ่มการระบาด จำนวน 3,628,347 ราย ผู้เสียชีวิตสะสมจำนวน 25,130 ราย⁽¹⁾ และสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก พบจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อรวมของอำเภอแม่สอด ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564-31 มีนาคม 2565 จำนวน 13,455 ราย เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ (ประจำวันวันที่ 31 มีนาคม 2565) จำนวน 57 ราย และตำบลที่พบผู้ป่วยมากที่สุด คือเทศบาลนครแม่สอด ซึ่งมีรายงานพบผู้ป่วยถึง 8,148 ราย⁽²⁾ จากการระบาดของโควิด-19 กรมควบคุมโรค ได้แนะนำให้ประชาชนสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลา โดยเน้นการสวมหน้ากาก 100%⁽³⁾ ซึ่งการเลือกใช้หน้ากากเพื่อป้องกันและลดการแพร่กระจายของเชื้อโรค การเลือกหน้ากากผ้าควรเลือกที่ทำจากผ้าฝ้ายหรือผ้าสาหลู เย็บซ้อนกัน 2 ชั้นขึ้นไป และเลือกใช้ที่มีขนาดเหมาะสมกับใบหน้า ซึ่งหน้ากากแบบผ้ามีข้อดีคือสามารถนำไปซักและนำกลับมาใช้ใหม่ได้หลายครั้ง ช่วยลดปริมาณขยะที่เกิดขึ้น ส่วนหน้ากากอนามัยควรเลือกใช้หน้ากากอนามัยทางการแพทย์ (Medical mask) ที่ได้รับการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) หรือหน้ากากอนามัยชนิดทั่วไปซึ่งประกอบด้วย 3 ชั้น ไม่มีกลิ่นฉุน ไม่มีรอยเปื้อน ไม่มีรอยฉีกขาด และควรสังเกตวันหมดอายุของหน้ากากด้วย⁽⁴⁾ ซึ่งหน้ากากอนามัยที่ไม่ใช่หน้ากากแบบผ้า นั้น ถูกออกแบบมาให้ใช้เพียงครั้งเดียวจึงไม่ควรนำไปซัก หรือฉีดพ่นน้ำยาเพื่อนำกลับมาใช้ใหม่ เพราะจะทำให้คุณสมบัติในการป้องกันโรคหายไป⁽⁵⁾ หน้ากากอนามัยจึงจัดเป็นขยะที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากการปนเปื้อนด้วยน้ำมูก น้ำลาย และเสมหะของบุคคลผู้ใช้ที่อาจป่วย หรือเป็นพาหะนำโรคโควิด-19 ซึ่งหากมีการจัดการทิ้งอย่างไม่ถูกวิธี หน้ากากที่ใช้แล้วมาทิ้งรวมในถังขยะทั่วไปโดยไม่มีการคัดแยก ไม่ใส่ถุงที่แสดงสัญลักษณ์ที่ชัดเจน เพื่อแจ้งให้ผู้ที่ทำหน้าที่เก็บขยะทราบ ก็จะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อพนักงานที่ทำหน้าที่เก็บขยะ อีกทั้งยังอาจเป็นอันตรายแก่บุคคลที่มีอาชีพเก็บขยะขาย และหากนำไปกำจัดด้วยวิธีที่ไม่ถูกต้อง มีการเทกองกลางแจ้ง ก็อาจทำให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรคในชุมชนทั้งทางน้ำและทางอากาศ⁽⁶⁾ หน้ากากอนามัยแบบใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้งมีส่วนประกอบของโพลิโพรไพลีน (Polypropylene: PP) ซึ่งเป็นพลาสติกชนิดหนึ่งที่ย่อยสลายยาก หากจัดการไม่ถูกต้องจะส่งผลกระทบต่อระบบนิเวศและสิ่งแวดล้อมได้⁽⁷⁾ จึงต้องเน้นย้ำให้ประชาชนทิ้งหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้วอย่างถูกต้อง โดยแยกทิ้งหน้ากากอนามัยใช้แล้วแยกใส่ถุงต่างหากจากถุงขยะอื่น ปิดปากถุงให้แน่น และทำสัญลักษณ์ที่ถุง เช่น เขียนระบุที่ถุง “หน้ากากอนามัยใช้แล้ว” เพื่อให้พนักงานเก็บขยะรู้ หรือนำไปทิ้งในถังขยะสีแดง ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดเตรียมไว้ให้เป็นถังขยะติดเชื้อหรือนำไปทิ้งในจุดรวบรวมขยะหน้ากากอนามัย เพื่อบริการเก็บขน และส่งรวบรวมไปกำจัดโดยวิธีการที่ถูกต้องต่อไป

จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ประชาชนต้องป้องกันตนเองด้วยการสวมใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่ออยู่นอกบ้าน ตลอดจนการร่วมกิจกรรมทางสังคมต่างๆ ซึ่งส่งผลให้มีปริมาณการเกิดขยะหน้ากากอนามัยใช้แล้วเพิ่มสูงขึ้นจากภาวะปกติ เมื่อศึกษาข้อมูลการใช้หน้ากากอนามัยของประชากรในกรุงเทพมหานคร พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ใช้หน้ากากอนามัยเฉลี่ย 1 ชิ้นต่อวัน⁽⁸⁾ และมีปริมาณการใช้หน้ากากอนามัยของประชาชนในประเทศไทยในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 ประมาณ 10,220,851 ชิ้นต่อวัน⁽⁹⁾ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า จำนวนหน้ากากอนามัยใช้แล้วและขยะติดเชื้อได้เพิ่มสูงขึ้น

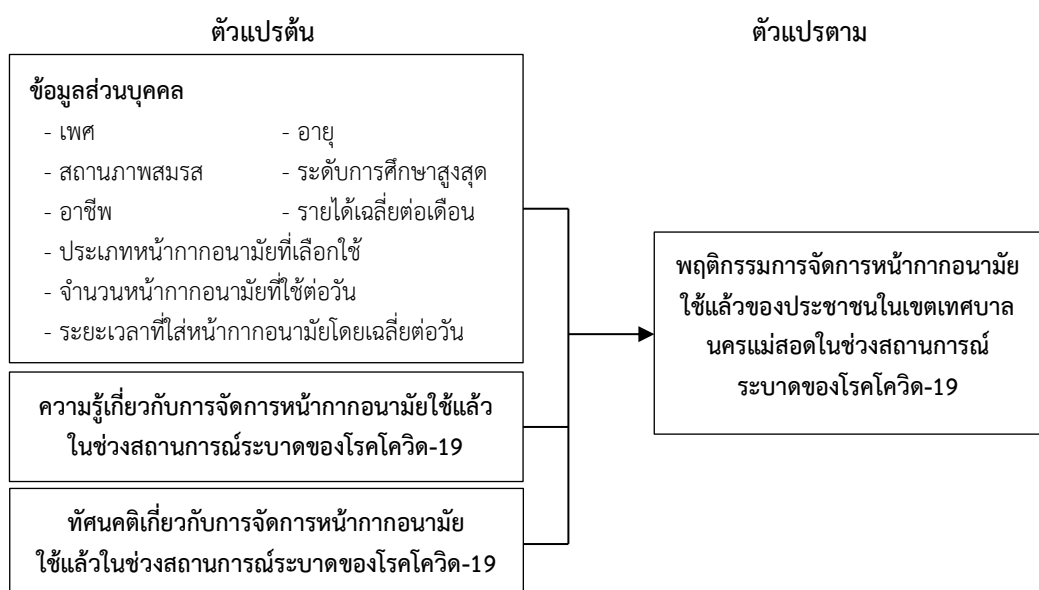
จากภาวะปกติจำนวนมาก ประกอบกับที่ผ่านมาเทศบาลนครแม่สอด ได้รับรายงานการพบขยะติดเชื้อ ประเภท หน้ากากอนามัย, ชุดตรวจ ATK และถุงมือที่ใช้แล้ว ปะปนกับขยะทั่วไป โดยไม่มีการทำเครื่องหมายสัญลักษณ์ หรือแยกใส่ถุงเฉพาะก่อนเข้าสู่ระบบการกำจัดขยะในเดือน มิถุนายน ถึงตุลาคม 2564 มีปริมาณเฉลี่ย 67.67 กิโลกรัมต่อเดือน หากเทียบกับปริมาณขยะติดเชื้อที่รวบรวมได้จากจุดรวบรวมขยะติดเชื้อที่เทศบาลนครแม่สอด จัดเตรียมไว้ให้ในทุกชุมชน ในเดือน มิถุนายน ถึง ตุลาคม 2564 มีปริมาณเฉลี่ยเพียง 4.8 กิโลกรัม ซึ่งถือว่าเป็น การจัดการขยะติดเชื้อในชุมชนที่ถูกรีวิวเพียงร้อยละ 6.6⁽¹⁰⁾ จากการทิ้งขยะติดเชื้อที่ไม่ถูกวิธีนั้นอาจก่อให้เกิด ความเสี่ยงต่อเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเก็บขนและคัดแยกขยะมูลฝอย และไม่ปฏิบัติตามมาตรการของกรมส่งเสริม การปกครองท้องถิ่น เกี่ยวกับการจัดการขยะในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

ดังนั้นจึงเป็นที่มาของคำถามว่าปริมาณการใช้หน้ากากอนามัยในแต่ละวัน ของประชาชนในเขต เทศบาลนครแม่สอดมีจำนวนเท่าใด และปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้ว ของประชาชนในเขตเทศบาลนครแม่สอด ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการ หน้ากากอนามัยใช้แล้ว ของประชาชนในเขตเทศบาลนครแม่สอด ในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ ในการส่งเสริมการให้ความรู้ ทักษะชีวิต รวมไปถึงการส่งเสริมพฤติกรรม การจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้วที่ถูกรีวิวแก่ประชาชน เพื่อลดการแพร่กระจายของโรค และลดปัญหา สิ่งแวดล้อมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประมาณการการใช้หน้ากากอนามัยของประชาชนในเขตเทศบาลนครแม่สอด
2. เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะชีวิต และพฤติกรรมการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้ว ของประชาชน ในเขตเทศบาลนครแม่สอด ในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้ว ของประชาชนในเขตเทศบาล นครแม่สอด ในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่อาศัยในเขตเทศบาลนครแม่สอด จำนวน 41,707 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนในเขตเทศบาลนครแม่สอด ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถอ่านออกเขียนได้ ขนาดตัวอย่างคำนวณได้จากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร กรณิทราบจำนวนประชากร⁽¹¹⁾ ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 435 คน โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างประชากรเป็นรายชุมชนแล้วทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยวิธีจับฉลาก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) การประมาณการการใช้น้ำกากอนามัยต่อวัน โดยใช้สมการ การประมาณการการใช้น้ำกากอนามัยของประชาชน (Total daily facemasks) ดัดแปลงจาก Nzediegwu & Chang⁽¹²⁾ โดยมีตัวแปร ดังนี้

$$D_{FM} = P \times U_p \times F_{MAR} \times \left(\frac{F_{MGP}}{10,000} \right)$$

เมื่อ	D_{FM}	=	ปริมาณการใช้น้ำกากอนามัยต่อวัน (ชิ้น)
	P	=	จำนวนประชากร (41,707 คน)
	U_p	=	ประชากรอาศัยในเขตเมือง (ร้อยละ 100)
	F_{MAR}	=	อัตราการยอมรับน้ำกากอนามัย ประมาณ 80% ⁽¹²⁾
	F_{MGP}	=	การใช้น้ำกากอนามัยเฉลี่ยต่อคนต่อวัน (2 ชิ้น/คน/วัน)

2) ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามในการวิจัยประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามแบบตรวจคำตอบ (Checklist) ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประเภทหน้ากากอนามัยที่เลือกใช้ จำนวนหน้ากากอนามัยที่ใช้ต่อวัน และระยะเวลาที่ใส่หน้ากากอนามัยโดยเฉลี่ยต่อวัน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้ว จำนวน 12 ข้อ โดยมีลักษณะข้อคำถามเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ ตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน แปลผลเป็น 3 ระดับ ประยุกต์จาก Bloom⁽¹³⁾ คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป แปลผลว่า มีความรู้ในระดับสูง คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 แปลผลว่า มีความรู้ในระดับปานกลาง และคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 แปลผลว่า มีความรู้ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้ว จำนวน 14 ข้อ ใช้รูปแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยผู้เลือกตอบเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับทัศนคติของตนเองมากที่สุด

เกณฑ์การแปลผลใช้คะแนนเฉลี่ยเป็นเกณฑ์ตามแนวคิดของ Best⁽¹⁴⁾ ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 แปลผลว่ามีทัศนคติอยู่ในระดับมาก ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 แปลผลว่ามีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง และช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 แปลผลว่ามีทัศนคติอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้ว จำนวน 12 ข้อ ใช้รูปแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยผู้เลือกตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว เกณฑ์การแปลผลใช้คะแนนเฉลี่ยเป็นเกณฑ์ตามแนวคิดของ Best⁽¹⁴⁾ ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.35-3.00 แปลผลว่ามีพฤติกรรมระดับสูง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.68-2.34 แปลผลว่ามีพฤติกรรมระดับปานกลาง และช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.67 แปลผลว่ามีพฤติกรรมระดับต่ำ

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชาชนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ในเขตเทศบาลตำบลแม่ตาว จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.82

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ตารางแสดงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลในการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้ว ข้อมูลทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้ว ข้อมูลพฤติกรรมการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้ว และวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้ว โดยจะคัดเลือกตัวแปรในขั้นต้นด้วยการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (Univariate analysis) เพื่อพิจารณาตัวแปรที่มีค่า p-value น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.25 จากนั้นนำตัวแปรเหล่านั้นมาวิเคราะห์แบบหลายตัวแปรโดยใช้สถิติการถดถอยลอจิสติกเชิงอันดับ (Ordinal logistic regression) ด้วยวิธีแบบ Likelihood ratio test เพื่อทดสอบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\alpha=0.05$) กับพฤติกรรมการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้ว พร้อมทั้งทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Proportional odds assumption) โดยใช้การทดสอบ Parallel lines ซึ่งเป็นการทดสอบว่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแบบแต่ละกลุ่มต้องเท่ากัน และทดสอบ Goodness of fit เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของสมการ

การพิทักษ์สิทธิ์ของอาสาสมัคร

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมวิจัย โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก รหัสโครงการเลขที่ 008/2565 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการยินยอม ปฏิเสธ หรือการขอยุติการวิจัย ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอเป็นภาพรวมไม่ชี้เฉพาะในส่วนของผู้ตอบแบบสอบถามและไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใดๆ ทั้งต่อบุคคลและองค์กร

ผลการวิจัย

การประมาณการการใช้หน้ากากอนามัยต่อวัน

จากการประมาณการการใช้หน้ากากอนามัยต่อวัน โดยใช้สมการ การประมาณการการใช้หน้ากากอนามัยของประชาชน ที่ดัดแปลงจาก Nzediegwu & Chang⁽¹²⁾ คำนวณจากประชากร จำนวน 41,707 คน พบว่าประชาชนในเขตเทศบาลนครแม่สอด มีการใช้หน้ากากอนามัยถึง 66,732 ชิ้นต่อวัน

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.97) มีอายุเฉลี่ย 45.58 ปี (SD=13.47) มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 52.64) ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา/ปวช./ปวส. (ร้อยละ 35.55) ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 20.23) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 12,694.71 บาทต่อเดือน (SD=11,107.54) กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 49.89) ใส่หน้ากากอนามัยเฉลี่ย 2 ชิ้นต่อวัน และใส่หน้ากากอนามัยเฉลี่ย 5-8 ชิ้นต่อวัน (ร้อยละ 49.19) รวมถึงเลือกใช้หน้ากากอนามัยทางการแพทย์ (ร้อยละ 63.45)

ความรู้เกี่ยวกับการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้ว

ผลการสำรวจระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้ว ของประชาชนในเขตเทศบาลนครแม่สอดในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 ในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.98 (SD=1.35) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้วในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 (n=435)

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มีความรู้ในระดับต่ำ (0-7.1 คะแนน)	17	3.91
มีความรู้ในระดับปานกลาง (7.2-9.5 คะแนน)	141	32.41
มีความรู้ในระดับสูง (9.6-12 คะแนน)	277	63.68

(Mean=9.98 คะแนน, SD=1.35 คะแนน, Min=7 คะแนน, Max=12 คะแนน)

ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้ว

ผลการสำรวจระดับทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้ว ของประชาชนในเขตเทศบาลนครแม่สอด ในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 โดยภาพรวมมีทัศนคติอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.88 (SD=0.33) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้วในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 (n=435)

ระดับทัศนคติ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ทัศนคติระดับน้อย (1.00-2.33 คะแนน)	0	0.0
ทัศนคติระดับปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน)	52	11.95
ทัศนคติระดับมาก (3.67-5.00 คะแนน)	383	88.05

(Mean=2.88 คะแนน, SD=0.33 คะแนน, Min=2 คะแนน, Max=3 คะแนน)

พฤติกรรมการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้ว

ผลการสำรวจระดับพฤติกรรมการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้ว ของประชาชนในเขตเทศบาลนครแม่สอด ในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยภาพรวมมีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูงมีค่าเฉลี่ย 2.77 (SD=0.43) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้วในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 (n=435)

ระดับพฤติกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (1.00-1.67 คะแนน)	2	0.46
ระดับปานกลาง (1.68-2.34 คะแนน)	97	22.30
ระดับสูง (2.35-3.00 คะแนน)	336	77.24

(Mean=2.77 คะแนน, SD=0.43 คะแนน, Min=1 คะแนน, Max=3 คะแนน)

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการถดถอยลอจิสติกเชิงอันดับ (Ordinal logistic regression) การศึกษานี้ใช้ปัจจัยส่วนบุคคลร่วมกับปัจจัยความรู้ และปัจจัยทัศนคติ หาตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้ว มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Proportional odds assumption) โดยการทดสอบ Parallel lines พบว่าสมมติฐานข้อตกลงของตัวแบบแต่ละกลุ่มเท่ากัน ($\chi^2=24.38$, df=21, p=0.275) ไม่มีการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้น และผลการทดสอบ Goodness of fit พบว่า สมการที่ได้นั้นมีความเหมาะสมกับข้อมูล ($\chi^2=395.93$, df=749, p=1.000) การทดสอบโดยใช้เทคนิค Ordinal logistic regression ด้วยวิธีแบบ likelihood ratio test

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้ว มีนัยสำคัญทางสถิติ p=0.05 ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ จำนวนหน้ากากอนามัยที่ใส่ต่อวัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใส่หน้ากากอนามัยมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ชิ้น/วัน มีพฤติกรรมการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้วในระดับที่ดีกว่า ประมาณ 3.2 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่ใส่หน้ากากอนามัย 1 ชิ้น/วัน (OR=3.21, 95% CI: 1.26-8.17, p=0.014)

ปัจจัยระดับทัศนคติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติอยู่ในระดับมาก มีพฤติกรรมการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้วในระดับที่ดีกว่า ประมาณ 3.1 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติระดับปานกลาง (OR=3.12, 95%CI: 1.55-6.27, p=0.001)

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้ว สถิติการถดถอยลอจิสติกเชิงอันดับ (Ordinal logistic regression)

ลักษณะที่ศึกษา	b	SE(b)	Adjusted OR	95%		p-value
				Lower	Upper	
Threshold [พฤติกรรมระดับต่ำ]	-4.441	1.461				
[พฤติกรรมระดับปานกลาง]	-0.089	1.303				
เพศ (ชาย)						
หญิง	0.341	0.265	1.406	0.836	2.366	0.199
อายุ (น้อยกว่า 20 ปี)						
20 – 39 ปี	-1.235	1.175	0.291	0.029	0.907	0.293
40 – 59 ปี	-0.922	1.160	0.398	0.041	3.861	0.427
60 ปีขึ้นไป	-0.761	1.163	0.467	0.048	4.559	0.513
สถานภาพสมรส (โสด)						
สมรส	-0.345	0.260	0.708	0.425	1.179	0.185
ระดับการศึกษา (ต่ำกว่ามัธยมศึกษา)						
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส.	-0.085	0.365	0.919	0.449	1.879	0.817
ปริญญาตรีขึ้นไป	0.208	0.491	1.231	0.470	3.222	0.672
อาชีพ (ไม่ได้ทำงาน)						
เกษตรกร/ทำไร่/ทำนา	-0.048	0.591	0.953	0.299	3.034	0.935
รับจ้าง/ใช้แรงงาน/กรรมกร	0.817	0.494	2.264	0.861	5.960	0.098
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0.118	0.585	1.125	0.358	3.540	0.840
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	0.830	0.552	2.293	0.778	6.760	0.132
รายได้ (ต่ำกว่า 5,000 บาท)						
5,001–10,000 บาท	-0.419	0.477	0.658	0.258	1.675	0.380
10,001–20,000 บาท	-1.012	0.539	0.363	0.126	1.046	0.061
> 20,001 บาท	-1.119	0.611	0.327	0.099	1.082	0.067
จำนวนหน้ากากอนามัยที่ใส่ต่อวัน (1 ชิ้น/วัน)						
2 ชิ้น/วัน	0.442	0.266	1.556	0.925	2.620	0.096
≥ 3 ชิ้น/วัน	1.166	0.476	3.209	1.261	8.166	0.014*

ตารางที่ 4 (ต่อ) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้ว สถิติการถดถอยลอจิสติกเชิงอันดับ (Ordinal logistic regression)

ลักษณะที่ศึกษา	b	SE(b)	Adjusted	95%		p-value
			OR	Lower	Upper	
ระยะเวลาที่ใส่หน้ากากอนามัย (< 5 ชั่วโมง/วัน)						
5-8 ชั่วโมง/วัน	0.595	0.316	1.813	0.976	3.367	0.059
> 8 ชั่วโมง/วัน	0.549	0.383	1.732	0.816	3.670	0.153
ระดับความรู้ (ระดับต่ำ)						
ระดับปานกลาง	0.450	0.641	1.568	0.447	5.507	0.483
ระดับสูง	0.574	0.639	1.775	0.508	6.265	0.369
ระดับทัศนคติ (ดีปานกลาง)						
ดีมาก	1.138	0.356	3.121	1.554	6.265	0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

อภิปรายผล

ผลจากการศึกษาพบว่า จากการประมาณการการใช้หน้ากากอนามัยต่อวันของประชาชนในเขตเทศบาลนครแม่สอดในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 มีการใช้หน้ากากอนามัยถึง 66,732 ชิ้นต่อวัน กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้วอยู่ในระดับสูง และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้วในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ จำนวนหน้ากากอนามัยที่ใส่มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ชิ้นต่อวัน และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้วระดับดี

การใช้หน้ากากอนามัยของประชาชนในเขตเทศบาลนครแม่สอด ในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่ามีการใช้หน้ากากอนามัยโดยเฉลี่ย คนละ 2 ชิ้น/ต่อวัน และประชาชนส่วนใหญ่ใส่หน้ากากอนามัยเฉลี่ยวันละ 5-8 ชั่วโมง เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในพื้นที่อำเภอแม่สอด ยังพบผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19 อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ประชาชนเกิดความตื่นตัวในการป้องกันตนเอง รวมไปถึงการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ขอความร่วมมือให้ประชาชนสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลาเมื่ออยู่นอกบ้าน ตลอดจนการร่วมกิจกรรมทางสังคมต่างๆ ประชาชนส่วนใหญ่จึงเลือกใช้หน้ากากอนามัยทางการแพทย์และหน้ากากเกาหลี (KF94) ในการป้องกันตนเอง เพราะหน้ากากอนามัยทั้งสองประเภทถูกออกแบบมาให้ใช้เพียงครั้งเดียว ไม่เหมาะที่จะนำไปซักหรือฉีดพ่นด้วยน้ำยาแล้วนำกลับมาใช้ใหม่ จึงส่งผลให้มีการใช้หน้ากากอนามัยในเขตเทศบาลนครแม่สอดจำนวนมากถึง 66,732 ชิ้นต่อวัน แสดงให้เห็นว่ามีปริมาณขยะหน้ากากอนามัยใช้แล้วเพิ่มสูงขึ้นจากภาวะปกติอย่างมาก ซึ่งหากขยะหน้ากากอนามัยเหล่านี้ไม่ได้รับการจัดการอย่างถูกวิธี อาจส่งผลให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรคและก่อให้เกิดปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมตามมา⁽⁶⁾ และการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ประชาชนที่ใส่หน้ากากอนามัย 3 ชิ้น

ขึ้นไปต่อวัน มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้วในระดับดีกว่า เมื่อเทียบกับประชาชนที่ใส่หน้ากากอนามัย 1 ชิ้นต่อวัน กล่าวคือ ประชาชนที่ใส่หน้ากากอนามัยจำนวนมากขึ้นต่อวันนั้นเป็นผู้ที่มีความตื่นตัวในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 และปฏิบัติตามคำแนะนำการสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าเมื่ออยู่นอกเคหสถานหรืออยู่ในที่สาธารณะ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ตามคำแนะนำของกรมอนามัยที่แนะนำให้ประชาชนมีการเปลี่ยนหน้ากากอนามัยทุก 6-8 ชั่วโมง หรือเมื่อหน้ากากเปียกชื้น หรือเมื่อออกจากสถานที่แออัด⁽⁴⁾ สอดคล้องกับวิธีการใช้หน้ากากอนามัยที่ถูกต้องของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน ที่แนะนำให้ต้องเปลี่ยนหน้ากากอนามัย เมื่อเปราะเปื้อน หรือเปียกชื้นในแต่ละวัน และแนะนำให้ใช้หน้ากากอนามัย 2-3 ชิ้น ต่อวัน⁽¹⁵⁾

ความรู้เกี่ยวกับการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้วของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่พบว่ามีความรู้อยู่ในระดับสูง ทั้งนี้ เนื่องจากมาตรการทางภาครัฐ ประกอบกับการมีหน่วยงานในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลแม่สอด สาธารณสุขอำเภอแม่สอด เทศบาลนครแม่สอด คลินิกชุมชนอบอุ่น อสม. เป็นต้น ที่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้ว และการจัดการขยะในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ สวรรยา ธรรมอภิพล, จารุมนต์ ดิษฐประพัตร์ และปภาอร กลิ่นศรีสุข⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับขยะติดเชื้อและการจัดการขยะติดเชื้อของประชาชนบ้านกลางไผ่ขาวอยู่ในระดับมาก ถึงร้อยละ 79.73 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ตรีรักษ์ กีนวงษ์⁽⁸⁾ ที่พบว่าประชาชนในกรุงเทพมหานครมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการหน้ากากอนามัยอยู่ในระดับสูงมาก มีคะแนนเฉลี่ย 0.92

สำหรับทัศนคติการจัดการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้ว ของกลุ่มตัวอย่างพบว่าทัศนคติอยู่ในระดับมาก ซึ่งเป็นทัศนคติที่ดีต่อการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้ว ที่อาจเกิดจากการที่ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสาร ได้รับความรู้ การมีประสบการณ์ในการจัดการขยะ หรือการมีแบบอย่างที่ดีในครอบครัวหรือในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ ฮุสนา โรมินทร์⁽¹⁷⁾ ที่พบว่าทัศนคติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรในคลินิกจังหวัดภูเก็ต อยู่ในระดับสูง ถึงร้อยละ 91.9 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรินทรทิพย์ บุญจันทร์ และจักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ⁽¹⁸⁾ ที่พบว่าทัศนคติเกี่ยวกับการคัดแยกขยะของแม่บ้าน ในตำบลบึงพระ อำเภอมืองจังหวัดพิษณุโลก อยู่ในระดับสูง ถึงร้อยละ 72.86

ประชาชนที่มีทัศนคติอยู่ในระดับมาก มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้วในระดับดีกว่า ประชาชนที่มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง กล่าวคือ ทัศนคติเป็นตัวกลางที่เกิดจากการได้รับความรู้ เมื่อเกิดความรู้ ก็จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านทัศนคติและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม ดังนั้น ประชาชนในเขตเทศบาลนครแม่สอดที่มีทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้วในระดับมาก จะมีพฤติกรรมจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้วในระดับที่ดีด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรินทรทิพย์ บุญจันทร์ และจักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการคัดแยกขยะมีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมคัดแยกขยะของแม่บ้าน ในตำบลบึงพระ จังหวัดพิษณุโลก จึงควรส่งเสริมให้ประชาชน

มีทัศนคติเชิงบวกต่อการจัดการหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้ว เพื่อส่งเสริมให้มีพฤติกรรมในการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้วที่ถูกต้องและเหมาะสม

พฤติกรรมการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้ว ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ กานดา ปุ่มสิน ทอแสง พิมพ์บำรุงธรรม และนลพรรณ เจนจรัสฤทธิ์⁽¹⁹⁾ ที่พบว่า พฤติกรรมของประชาชนในการจัดการมูลฝอยขององค์การบริหารส่วนตำบลแก้งไก่ อำเภอสว่างค์ม จังหวัดหนองคาย โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 3.35 ซึ่งจะเห็นได้จากประชาชน มีการปฏิบัติตามแนวทางการจัดการหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้ว ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ตั้งแต่การคัดแยก การรวบรวมและการกำจัดได้อย่างถูกวิธี เช่น ไม่นำหน้ากากอนามัยใช้แล้วไปดัดแปลงใช้ประโยชน์อย่างอื่น ไม่ชกหน้ากากอนามัยที่ไม่ใช่หน้ากากผ้า หรือฉีดพ่นน้ำยาฆ่าเชื้อ แล้วนำกลับมาใช้ซ้ำ ไม่กำจัดหน้ากากอนามัยใช้แล้วโดยการเผาด้วยตนเอง ล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจลหรือน้ำและสบู่หลังทิ้งหน้ากากอนามัยใช้แล้วทุกครั้ง พบหรือมีวนหน้ากากอนามัยใช้แล้ว และใช้สายรัดพันไว้ก่อนทิ้ง รวบรวมหน้ากากอนามัยใช้แล้วใส่ถุงมัดปากถุงให้แน่นก่อนทิ้ง ถอดหน้ากากอนามัยใช้แล้วโดยจับสายที่คล้องหู และถอดออก โดยระวังไม่ให้มือสัมผัสด้านในของหน้ากากอนามัย นำหน้ากากอนามัยใช้แล้วทิ้งในถังขยะหรือภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิด คัดแยกหน้ากากอนามัยใช้แล้วโดยการรวบรวมใส่ไว้ในภาชนะที่มีฝาปิด คัดแยกหน้ากากอนามัยใช้แล้วใส่ถุงเฉพาะ ไม่นำไปทิ้งรวมในถุงที่มีขยะประเภทอื่น เป็นสิ่งที่ประชาชนส่วนใหญ่ปฏิบัติทุกครั้ง และสอดคล้องกับแนวคิดของ Roger⁽²⁰⁾ ที่กล่าวว่า เมื่อผู้รับสารได้รับความรู้ เมื่อเกิดความรู้ ก็จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านทัศนคติ และก่อให้เกิดการกระทำ เป็นที่ยอมรับว่า การสื่อสารผ่านสื่อต่างๆ ไปยังกลุ่มเป้าหมาย เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดการเพิ่มพูนความรู้ การสร้างทัศนคติที่ดีและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะสำหรับปฏิบัติ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้วอย่างถูกวิธี ตั้งแต่วิธีการถอดหน้ากาก การมีวนพับ การคัดแยก การรวบรวมและการกำจัด เพื่อสร้างทัศนคติที่ดีต่อการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้วแก่ประชาชน ผ่านสื่อช่องทางต่างๆ อย่างหลากหลาย
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดหาทรัพยากรสนับสนุน เช่น การจัดหาถังขยะติดเชื้อ การจัดให้มีจุดทิ้งหน้ากากไว้เป็นการเฉพาะอย่างครอบคลุมทุกชุมชน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวก
3. ควรมีมาตรการให้หน่วยงานภาครัฐภาคเอกชน สถานประกอบการต่างๆ ฯลฯ จัดให้มีจุดรวบรวมหน้ากากอนามัยใช้แล้วเพื่อรองรับหน้ากากอนามัยใช้แล้ว และจัดให้มีการเก็บขนเพื่อนำไปกำจัดอย่างถูกหลักสุขาภิบาล

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

ควรนำผลการศึกษาที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้ว และขยายผลไปถึงพฤติกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น พฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในชุมชน พฤติกรรมการจัดการขยะอันตรายในชุมชน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ผู้ติดเชื้อ COVID-19 อัปเดตรายวัน [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มี.ค. 31]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/>
2. ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จังหวัดตาก. ข้อมูลสถานการณ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มี.ค. 31]. เข้าถึงได้จาก: <https://covid.takpho.go.th/>
3. กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรคขอความร่วมมือประชาชนเคร่งครัดมาตรการ D-M-H-T-T-A อย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันโรคโควิด 19 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 พ.ค. 18]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=18373&deptcode=brc>
4. กรมอนามัย. คำแนะนำการสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าเมื่ออยู่นอกเคหสถานหรืออยู่ในที่สาธารณะเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 พ.ค. 18]. เข้าถึงได้จาก: <https://covid19.anamai.moph.go.th/th/download.php>
5. กุญญักัญญา โชคไพบูลย์กิจ. หน้ากากอนามัยกับการป้องกัน COVID-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ก.พ. 20]. เข้าถึงได้จาก: https://www.si.mahidol.ac.th/sirirajdoctor/article_detail.aspx?ID=1419
6. ศิริพร คำวานิล, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. ชะยะมูลฝอยในช่วงสถานการณ์ COVID-19 เป็นอย่างไร. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2563;34(2):144-57.
7. กรรณิการ์ ธรรมพานิชวงศ์, วิชสิณี วิบูลผลประเสริฐ. ฮาวทูทิ้ง หน้ากากอนามัยให้ปลอดภัยต่อสังคม. Green Network Magazine [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ก.พ. 20]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.greennetworkthailand.com/ฮาวทูทิ้ง-หน้ากากอนามัย>
8. ตรีรักษ์ กิณวงษ์. พฤติกรรมการจัดการหน้ากากอนามัยของประชากรในกรุงเทพมหานคร. [สารนิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการสิ่งแวดล้อม]. กรุงเทพฯ : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2563.
9. Sangkham S. Face mask and medical waste disposal during the novel COVID-19 pandemic in Asia. Case Studies in Chemical and Environmental Engineering. 2020; 2:100052.
10. เทศบาลนครแม่สอด. ปริมาณขยะติดเชื้อที่คัดแยกได้จากสถานีกำจัดขยะมูลฝอยเทศบาลนครแม่สอด. ตาก : กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครแม่สอด; 2564
11. Daniel WW. Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences (6th ed). John Wiley & Sons, Inc.; 1995: 177-178.

12. Nzediegwu C, Chang SX. Improper solid waste management increases potential for COVID-19 spread in developing countries. Resources, conservation, and recycling. 2020; 161:104947.
13. บุญธรรม กิจปรีดาภิสุทธิ์. เทคนิคการสร้างเครื่องมือและรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: ศรีอนันต์การพิมพ์; 2553
14. Best JW. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, Inc; 1977
15. ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน. หน้ากากอนามัยสำคัญอย่างไรต่อการป้องกันไวรัสโคโรนา [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ส.ค. 18]. เข้าถึงได้จาก: http://49.231.15.21/deptweb/cDownload.php/?DL_ID=656&DL_NAME=HEF256302241021345081.pdf
16. สวรรยา ธรรมอภิพล, จารุมนต์ ดิษฐ์ประพัตร์, ปภาอร กลิ่นศรีสุข. ความรู้และพฤติกรรมในการจัดการขยะติดเชื้อประเภท หน้ากากอนามัยของชุมชนบ้าน กลางไผ่ ขาด จังหวัดนครปฐม ในช่วงวิกฤตการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19). วารสารนวัตกรรมและการจัดการ. 2564;6(1): 37-50.
17. สุสนา โรมินทร์. การศึกษาเรื่อง ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรในคลินิก จังหวัดภูเก็ต [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเทคโนโลยีและการจัดการสิ่งแวดล้อม]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2561.
18. ศรีนทร์ทิพย์ บุญจันทร์, จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะของแม่บ้าน ในตำบลบึงพระ อำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลก. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์. 2561;12(1):180-90.
19. กานดา ปุ่มสิน, ทอแสง พิมพ์เบ้าธรรม, นลพรรณ เจนจำรัสสุทธิ. การศึกษาพฤติกรรมของประชาชนในการจัดการมูลฝอยขององค์การบริหารส่วนตำบลแก้งไก่อ อำเภอสังขาม จังหวัดหนองคาย. วารสารวิทยาศาสตร์ วิศวกรรมศาสตร์และเทคโนโลยี. 2564;1(2):10-22.
20. ศิริวรรณ ว่องวีรวิฑู. ทักษะและพฤติกรรมการจัดการทางการเงินส่วนบุคคลของ นักศึกษาปริญญาตรี คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยกรุงเทพ. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยกรุงเทพ. 2553;9(2):55-63.

บทความวิชาการ

การบริหารสมองตามทฤษฎีนิวโรบิกส์ เอ็กเซอร์ไซส์ เพื่อส่งเสริมความจำ แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

วิยะการ แสงหัวช้าง, ปร.ด. (พยาบาลศาสตร์)^๑,

กุลิสรา ขุนพินิจ, พย.ม (การพยาบาลผู้ใหญ่)*,

กันยารัตน์ อุบลวรรณ, ปร.ด. (พยาบาลศาสตร์)*

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยมักจะเริ่มจากการสูญเสียด้านความจำ หากผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมจะทำให้ปัญหาเรื่องความจำทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ จนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในที่สุด ผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยมีความเสี่ยงสูงที่จะพัฒนาไปสู่ภาวะสมองเสื่อมได้ ปัจจุบันมีวิธีการบริหารสมองหลากหลายรูปแบบเพื่อช่วยชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อม การบริหารสมองแบบนิวโรบิกส์ เอ็กเซอร์ไซส์ เป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่นิยมนำมาประยุกต์ใช้ในการกระตุ้นสมองเพื่อส่งเสริมให้สมองมีความแข็งแรงและมีความจำที่ดีขึ้น หลักการบริหารสมองแบบนิวโรบิกส์ เอ็กเซอร์ไซส์ เกิดจากการกระตุ้นให้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ การได้ยิน การมองเห็น การได้กลิ่น การลิ้มรส และการสัมผัสรวมไปถึงส่วนที่ 6 คือ อารมณ์ ให้มีการทำงานเชื่อมโยงกันมากขึ้น โดยใช้กิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุเป็นตัวช่วย เพียงแค่เปลี่ยนวิธีการหรือรูปแบบการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันให้ต่างไปจากเดิมเท่านั้น

คำสำคัญ: การบริหารสมอง; ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย; นิวโรบิกส์เอ็กเซอร์ไซส์; ผู้สูงอายุ

* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

^๑ Corresponding author: วิยะการ แสงหัวช้าง Email: viyakarn@bcns.ac.th

รับบทความ: 28 มี.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 26 เม.ย. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 26 เม.ย. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 7 มิ.ย. 66

Review Article

Brain Training Program Based on Neurobic Exercise Theory for Memory Enhancement in Older Adults with Mild Neurocognitive Disorder

Wiyakarn Sanghuachang, Ph.D. (Nursing Science)^{*a},
Kulisara Khunpinit, M.N.S. (Adult Nursing)^{*},
Kanyarat Ubolwan, Ph.D. (Nursing Science)^{*}

Abstract

Mild neurocognitive disorder is common among the elderly. Memory loss is often the first symptom. If these elderly people do not receive appropriate care, their memory problems will continue to develop and eventually affect their quality of life. Older adults with mild neurocognitive disorder are at higher risk of developing dementia. There are currently many different types of brain training available, which can help delay or prevent dementia. Neurobics exercise is another common way to stimulate the brain in order to improve brain strength and memory. The principles of neurobic exercise involve activating the five senses, namely hearing, sight, smell, taste, and touch, as well as emotion, to operate more cohesively. Using the daily activities of the elderly as a guide, alter the manner or style of performing routine activities such that they differ from their original form.

Keywords: Brain training; Mild neurocognitive disorder; Neurobic exercise; Older adults

^{*} Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Saraburi, Faculty of Nursing, Phraboromarajchanok Institute, the Ministry of Public Health

^a Corresponding author: Wiyakarn Sanghuachang Email: viyakan@bcns.ac.th

Received: Mar. 28, 23; Revised: Apr. 24, 23; Accepted: Apr. 24, 23; Published Online: Jun. 7, 23

บทนำ

ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากสถิติข้อมูลในปี 2019 จำนวนประชากรโลก 7,713 ล้านคน พบว่าประชากรในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนสูงถึง 1,016 ล้านคน โดยคาดว่าปี 2050 จำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นถึง 1 ใน 5 ของจำนวนประชากรโลก⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทย จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ. 2565 พบว่าประเทศไทยได้เข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” โดยประชากรผู้สูงอายุมากถึง 12,116,199 คน คิดเป็น 18.3% ของประชากรทั้งหมด ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 ประมาณ 0.5% และคาดว่าในปี พ.ศ. 2576 ประเทศไทยจะเข้าสู่การเป็น “สังคมสูงอายุนับว่าสุดยอด” คือมีสัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในอัตราร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด⁽²⁾ จากแนวโน้มของประชากรกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นย่อมจะมีผลกระทบต่อทั้งในแง่เศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยในอนาคตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ อีกทั้งค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพจะมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งมีสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตตามอายุที่มากขึ้น การเสื่อมสมรรถภาพของร่างกายและความเจ็บป่วยจากโรค

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นหนึ่งในปัญหาของระบบประสาทที่พบได้บ่อยในประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ ปัจจุบันประชากรทั่วโลกประมาณ 35.6 ล้านคน มีภาวะสมองเสื่อม และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นสองเท่าในปี 2030 ยิ่งไปกว่านั้นแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นสามเท่าในปี 2050⁽³⁾ ประเทศไทยพบว่าในปี พ.ศ. 2563 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 450,200 คน และจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นสองเท่าทุกๆ 20 ปี⁽⁴⁾ ภาวะสมองเสื่อมเป็นอาการที่จะเกิดขึ้นในวัยผู้สูงอายุ เมื่ออายุเพิ่มขึ้น โอกาสที่จะเกิดภาวะสมองเสื่อมก็มากขึ้น โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การขาดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social interaction) การสูบบุหรี่ และการมีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร⁽⁵⁾ ซึ่งภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุนอกจากจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุแล้วยังส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลในหลายด้าน เช่น ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ จนกระทั่งส่งผลมากที่สุดถึงด้านสังคมและหน้าที่การงาน ดังนั้นการดูแลและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงจึงเป็นสิ่งสำคัญที่หน่วยงานทางด้านสาธารณสุขควรเห็นและให้ความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ง่ายในอนาคต

ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild neurocognitive disorder) เป็นความผิดปกติที่อยู่ระหว่างการหลงลืมตามปกติของผู้สูงอายุและภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาเรื่องความจำลดลง หลงลืมแต่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ และยังไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม⁽⁶⁾ ซึ่งเกิดจากภาวะถดถอยในการทำงานของสมองจากการสูญเสียเซลล์ประสาท โดยเริ่มจากส่วนใดส่วนหนึ่งแล้วลุกลามไปยังสมองส่วนอื่นๆ ความเสื่อมถอยนี้จะดำเนินไปอย่างช้าๆ หากผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยได้รับการดูแลอย่างทันที่ทันทีในขณะนี้ จะสามารถช่วยลดอัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้⁽⁷⁾ จากการศึกษาวินิจฉัยพบว่า ประมาณ 10-15% ของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยจะพัฒนาไปเป็นภาวะสมองเสื่อม

โดยมีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นตามอายุและมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽⁷⁾ ในประเทศไทยพบความชุกของการรู้คิดบกพร่องถึงร้อยละ 10-15 ในประชากรผู้สูงอายุ⁽²⁾ โดยพบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือถึงร้อยละ 64.3⁽⁸⁾ ถึงแม้ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยจะไม่ส่งผลกระทบการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ แต่อย่างไรก็ตามภาวะนี้ส่งผลกระทบทำให้ผู้สูงอายุต้องใช้เวลามากขึ้นในการทำกิจวัตรประจำวันเนื่องจากอาการหลงๆ สับสนๆ ผู้สูงอายุบางรายอาจพบปัญหาเรื่องการสื่อสาร เข้าใจอะไรได้ยากหรือช้าลง ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างลดลง รวมถึงอาจมีปัญหาด้านการคิดตัดสินใจ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคนในครอบครัวและผู้ดูแลได้ ดังนั้นการชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตั้งแต่ระยะที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญสำหรับหน่วยงานทางด้านสาธารณสุข

การรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยมีทั้งวิธีการใช้ยาและวิธีการที่ไม่ใช้ยา วิธีการรักษาที่ไม่ใช้ยามีหลายวิธี เช่น การฝึกความจำ การฝึกการรู้คิด การบำบัดด้วยกิจกรรม ซึ่งวิธีการเหล่านี้เป็นแนวทางในการเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการทำงานของสมอง ช่วยสร้างความสมดุลให้สมอง อีกทั้งยังช่วยกระตุ้นการเชื่อมโยงของเซลล์ประสาท จึงเป็นการชะลอและป้องกันไม่ให้เกิดโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้ การฝึกความจำในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย โดยใช้รูปแบบการบริหารสมองแบบนิวโรบิกส์ เอ็กเซอร์ไซส์ เป็นอีกหนึ่งทางเลือกของการกระตุ้นสมองเพื่อช่วยกระตุ้นความจำและชะลอไม่ให้สมองเสื่อมเร็วกว่าวัย ซึ่งการบริหารสมองแบบนิวโรบิกส์ เอ็กเซอร์ไซส์ เป็นการกระตุ้นสมองโดยการให้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ไปกระตุ้นเซลล์ประสาทสมองหลายส่วน ทำให้แขนงเซลล์ประสาทแตกแขนงกิ่งก้านสาขาเกิดการเชื่อมโยงข้อมูลเข้าด้วยกันมากขึ้น สามารถส่งสารสื่อประสาทได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้การส่งกระแสประสาทไปสู่สมองส่วนต่างๆ ที่ควบคุมการทำงานของสมองด้านความจำให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น⁽⁹⁾ นอกจากนี้ยังทำให้สมองเพิ่มการผลิตของสารนิวโรโทรฟินส์ (Neurotrophins) ซึ่งช่วยให้เซลล์สมองแข็งแรงขึ้น และช่วยให้สมองทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในด้านสมาธิ ความจำ การรับรู้ เกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ และสามารถชะลอความเสื่อมได้⁽¹⁰⁾ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีนิวโรบิกส์ เอ็กเซอร์ไซส์ ในการพัฒนาโปรแกรมการกระตุ้นสมองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะปกติและผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย รวมถึงผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทั้งที่นอนในโรงพยาบาลและผู้สูงอายุในชุมชน ผลการศึกษาวิจัยพบว่า การบริหารสมองแบบนิวโรบิกส์ เอ็กเซอร์ไซส์ สามารถช่วยส่งเสริมความจำ เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ลดภาวะซึมเศร้า และชะลอการเสื่อมของสมองในผู้สูงอายุได้⁽⁹⁻¹⁴⁾ บทความนี้นำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับแนวคิดนิวโรบิกส์ เอ็กเซอร์ไซส์ และการประยุกต์ใช้นิวโรบิกส์ เอ็กเซอร์ไซส์ เพื่อส่งเสริมความจำแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถประยุกต์ใช้นิวโรบิกส์ เอ็กเซอร์ไซส์ เพื่อส่งเสริมความจำแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย อีกทั้งส่งผลให้ชะลอการเกิดโรคสมองเสื่อมและคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Neurocognitive Disorder)

การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย หมายถึง ความผิดปกติของการทำหน้าที่ทางารรู้คิด (Cognitive function) เนื่องจากภาวะการเปลี่ยนแปลงความสามารถของสมอง ซึ่งเป็นช่วงรอยต่อระหว่างการเปลี่ยนแปลงปกติโดยทั่วไปตามอายุกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม⁽¹⁵⁾ โดยเป็นการเปลี่ยนแปลงนี้ไม่กระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน แต่สามารถสังเกตได้จากตัวผู้สูงอายุเอง ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิด แต่อย่างไรก็ตามจากการประเมินยังไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม โดยตรวจพบความผิดปกติอย่างน้อย 1 ด้าน เช่น ความจำ การบริหารจัดการ และการใช้ภาษา เป็นต้น⁽¹⁶⁾

ผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย หมายถึง ผู้ที่อายุ 60 ปี ขึ้นไปที่มีความผิดปกติในการรู้คิดอย่างน้อย 1 ด้าน สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้ (Activities of Daily Living: ADL) แต่อาจมีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นซับซ้อน (Instrumental Activities of Daily Living: IADL) อาจต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในการทำกิจกรรม เช่น ไม่สามารถเตรียมอาหาร ลืมว่าได้ทำกิจกรรมนั้นไปแล้ว หรือรับประทานยาตามแพทย์สั่งได้เอง^(17,18) ผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยจะมีความเสี่ยงสูงที่จะพัฒนาไปสู่ภาวะสมองเสื่อมได้ ปัญหาเริ่มแรกที่เด่นชัดที่สุดของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยคือ ด้านความจำ (Memory) โดยผู้สูงอายุจะเริ่มจากการสูญเสียความจำที่เป็นเรื่องใหม่ๆ เช่น ลืมสิ่งของบ่อยๆ ลืมเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่นาน ลืมสิ่งที่เคยเรียนรู้หรือปฏิบัติได้ เกือบของผิดที่แบบคาดไม่ถึง พุดซ้ำๆ ถามซ้ำๆ ซึ่งอาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นซ้ำๆ ค่อยเป็นค่อยไป ดังนั้นหากผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่ได้รับการดูแลแก้ไขที่ถูกต้องจะทำให้เกิดปัญหาเรื่องความจำที่ทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ จนส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวันในที่สุด

กล่าวโดยสรุป ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุ อาจมีความผิดปกติในการรู้คิดเพียงด้านใดด้านหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งด้าน แต่ยังไม่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ถึงแม้ว่าบางครั้งผู้สูงอายุจะเริ่มความยากลำบากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นซับซ้อน เช่น การประกอบอาหาร การจ่ายซื้อของ อาจทำได้แต่ช้าลงหรือลืมนเป็นบางครั้ง แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องมีคนช่วยเหลือ ถ้าหากผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมก็อาจจะมีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อยได้ในอนาคต ซึ่งสังเกตได้จากอาการหลงลืมจะเพิ่มมากขึ้นจนรบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุเริ่มทำกิจวัตรประจำวันขั้นซับซ้อนด้วยตนเองไม่ได้ จนต้องมีคนอื่นคอยช่วยเหลือขณะทำกิจวัตรประจำวัน หากผู้สูงอายุรายใดที่มีการรู้คิดลดลงมากจนกระทั่งทำให้มีความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานแสดงถึงผู้สูงอายุอาจมีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพในทางเสื่อมลงของสมองจนกระทั่งเปลี่ยนเป็นมีภาวะสมองเสื่อม (Dementia) และมีความต้องการดูแลช่วยเหลือเพิ่มมากขึ้น

การบริหารสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

ด้วยอายุที่เพิ่มขึ้นเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดการเสื่อมของสมอง ซึ่งกระบวนการนี้ถือว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติเกิดมาจากความชราภาพ ผู้สูงอายุบางรายมีเซลล์สมองตายไปวันละ 1,000 เซลล์ บางราย 10,000 เซลล์ ซึ่งไม่เท่ากันในแต่ละบุคคลแล้วแต่เหตุปัจจัยที่มาส่งเสริม หากสมองไม่คอยได้ใช้ ผู้สูงอายุ

เลิกใช้ความคิดก็จะเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้สมองเสื่อมเร็วขึ้น⁽¹⁹⁾ ดังนั้นการบริหารสมองจึงมีความจำเป็นและสำคัญในการช่วยชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้ ผู้สูงอายุมีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยจะมีความจำลดลง หลงลืม เช่น ลืมคำพูด ซึ่งเป็นคาง่ายๆ บางครั้งอาจจะรอสักพักแล้วจึงนึกออก หรืออาจจะนึกไม่ออกเลย หรือลืมสิ่งที่พูดไปเมื่อ 30 นาทีก่อน บางครั้งเดินเข้าไปในห้องแล้วลืมไปว่าเดินเข้ามาทำอะไร ลืมว่าวางของไว้ที่ไหนซึ่งทำให้รู้สึกหงุดหงิด มีความบกพร่องในการจำข้อมูลใหม่ๆ และการระลึกเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นเร็วๆ นี้ แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ โดยไม่มีความผิดปกติของสมองด้านอื่นๆ หากได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีในระยะนี้จะช่วยลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้⁽²⁾

การบริหารสมอง เป็นการบริหารร่างกายในส่วนที่สมองควบคุมโดยเฉพาะกลุ่มเส้นประสาท Corpus Callosum ซึ่งเชื่อมสมอง 2 ซีกเข้าด้วยกันให้ประสานกันแข็งแรงและทำให้การถ่ายโยงข้อมูลและการเรียนรู้ของสมอง 2 ซีกเป็นไปอย่างสมดุลเกิดประสิทธิภาพ ช่วยกระตุ้นการเชื่อมโยงของเซลล์ประสาทและสมอง (Neocortex) ให้เกิดความรู้สึทางอารมณ์และแรงจูงใจในการเรียนรู้ได้ดีขึ้น เกิดความจำทั้งระยะสั้นและระยะยาว อีกทั้งยังส่งผลให้สามารถชะลอหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคสมองเสื่อม⁽²⁰⁾ การบริหารสมองบ่อยๆ สมองจะมีการหลั่งสารที่เรียกว่านิวโรโทรฟินส์ ที่ช่วยให้เซลล์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนเดนไดรต์ที่เชื่อมระหว่างเซลล์ประสาททำงานดีขึ้น จึงเป็นปัจจัยที่ทำให้เนื้อเซลล์เจริญเติบโตและเซลล์สมองแข็งแรง^(20,21) ปัจจุบันการบริหารสมองเพื่อส่งเสริมความจำในผู้สูงอายุมีความหลากหลายรูปแบบ การบริหารสมองแบบนิวโรบิกส์ เอ็กเซอร์ไซส์ เป็นอีกหนึ่งวิธีการบริหารสมองเพื่อส่งเสริมความจำสำหรับผู้สูงอายุจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการบริหารสมองแบบนิวโรบิกส์ เอ็กเซอร์ไซส์ สามารถช่วยส่งเสริมความจำเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ลดภาวะซึมเศร้า และชะลอการเสื่อมของสมองในผู้สูงอายุได้

นิวโรบิกส์ เอ็กเซอร์ไซส์ (Neurobic Exercise)

นิวโรบิกส์ เอ็กเซอร์ไซส์ เป็นแนวคิดที่ถูกค้นคว้าโดย ศาสตราจารย์ลอเรนซ์ ซี แคทซ์ (Professor Lawrence C. Katz) ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา ชาวอเมริกัน โดยนำแนวคิดการออกกำลังกายแบบแอโรบิกส์ด้วยการขยับกล้ามเนื้อหลายๆ ส่วน ที่ทำให้ร่างกายแข็งแรง มาประยุกต์กลายเป็นวิธีบริหารสมองโดยใช้ประสาทสัมผัสทั้งห้า ได้แก่ การได้ยิน การมองเห็น การได้กลิ่น การลิ้มรส และการสัมผัส รวมไปถึงส่วนสำคัญส่วนที่ 6 คือ อารมณ์ ไปกระตุ้นกล้ามเนื้อสมองหลายๆ ส่วนให้ขยับและตื่นตัว ทำให้แขนงเซลล์ประสาทแตกกิ่งก้านสาขา เซลล์สมองสื่อสารกันมากขึ้น เกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่ ส่งเสริมให้สมองแข็งแรงขึ้น อีกทั้งส่งเสริมให้มีการใช้พื้นที่ในสมองบางส่วนที่ไม่ค่อยได้ใช้งานได้ถูกกระตุ้นให้กลับมาใช้งาน เพื่อป้องกันไม่ให้สมองส่วนนั้นฝ่อหรือเสื่อมสภาพไป นอกจากนี้การบริหารแบบนิวโรบิกส์ เอ็กเซอร์ไซส์ จะช่วยส่งเสริมให้สมองมีการหลั่งสารที่เรียกว่า “นิวโรโทรฟินส์” ที่ช่วยให้เซลล์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนเดนไดรต์ที่เชื่อมระหว่างเซลล์ประสาททำงานดีขึ้น จึงเป็นปัจจัยที่ทำให้เนื้อเซลล์เจริญเติบโตและเซลล์สมองแข็งแรง⁽²¹⁾ ดังนั้นการบริหารสมองแบบนิวโรบิกส์ เอ็กเซอร์ไซส์ (Neurobics exercise) เป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่จะช่วยชะลอไม่ให้สมองของผู้สูงอายุเสื่อมเร็วกว่าวัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบริหารสมองแบบนิวโรบิกส์ เอ็กเซอร์ไซส์ สามารถช่วยส่งเสริมความจำ เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ลดภาวะซึมเศร้า และชะลอการเสื่อมของสมองในผู้สูงอายุได้⁽⁹⁻¹⁴⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าการบริหารสมองแบบนิวโรบิกส์ เอ็กเซอร์ไซส์ เป็นการบริหารสมองที่สามารถทำได้ง่ายและสะดวก มีค่าใช้จ่ายน้อย เนื่องจากใช้หลักเดียวกันกับการออกกำลังกายแบบแอโรบิกส์ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เปลี่ยนกิจวัตรประจำวันเพียงเล็กน้อยโดยเน้นการใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 รวมกับอารมณ์

หลักการของการบริหารสมองแบบนิวโรบิกส์ เอ็กเซอร์ไซส์

หลักการบริหารสมองตามทฤษฎีนิวโรบิกส์ เอ็กเซอร์ไซส์ คือ การเปลี่ยนแปลงชีวิตประจำวัน เพิ่มกิจกรรมใหม่ให้ตัวเอง และเปลี่ยนวิธีปฏิบัติ โดยเน้นการใช้ประสาทสัมผัสทั้ง รูป รส กลิ่น เสียง สัมผัส และอารมณ์ ให้มากที่สุด และพยายามใช้ประสาทสัมผัสมากกว่า 1 อย่างขึ้นไป โดยหลีกเลี่ยงการใช้ประสาทสัมผัสที่ใช้อย่างน้อย^(20,21)

1. การใช้ประสาทสัมผัสให้มากขึ้น ผสมผสานประสาทสัมผัสทั้งห้ารวมทั้งอารมณ์และใช้ประสาทสัมผัสมากกว่า 1 อย่างขึ้นไป พยายามหลีกเลี่ยงการใช้ประสาทสัมผัสที่ใช้อย่างน้อยเป็นประจำ เช่น การสื่อสารด้วยท่าทางแทนคำพูด ตมกลิ่นหอมของดอกไม้ขณะฟังเพลง จูมน้ำมันหอมระเหยขณะนวดตัว และลองรสชาติไปพร้อมสุดตมกลิ่นของอาหาร เป็นต้น

2. การเปลี่ยนแปลงกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือสลับกิจกรรมที่เคยทำเป็นประจำตั้งแต่ตื่นนอน เพราะการทำกิจกรรมซ้ำๆ แบบเดิมทุกวัน นานเข้าจะทำกิจกรรมนั้นๆ โดยไม่ต้องคิด (Subconscious) ทำให้สมองทำงานลดลง เซลล์สมองถูกกระตุ้นลดลง ซึ่งจะนำไปสู่การฝ่อของเซลล์สมองได้ ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันง่าย ๆ จะช่วยให้สมองได้รับการกระตุ้น เช่น เคยกินข้าวหลังอาบน้ำ ให้กินข้าวก่อนอาบน้ำ ใช้มือข้างที่ไม่ถนัดแปรงฟันหรือกดรีโมท ดูรายการทีวีใหม่ๆ ที่ไม่เคยดูออกไปวิ่งตอนเช้า และการปรุงอาหารด้วยตนเอง เป็นต้น

3. ทำท่ายประสพการณ์ใหม่ การทำสิ่งใหม่ๆ ที่ไม่เคยทำมาก่อนเป็นการกระตุ้นสมองอย่างดี การไปสถานที่ใหม่ๆ เจอคนใหม่ๆ และการแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้า ทำให้สมองได้คิดวิเคราะห์ แก้ไขปัญหามากขึ้น การพบปะสังสรรค์ การเข้าสังคมทำให้สมองได้แก้ปัญหาเพิ่มขึ้น มีการสื่อสารระหว่างเซลล์สมองมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวคิดการบริหารสมองแบบนิวโรบิกส์ เอ็กเซอร์ไซส์ ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการกระตุ้นสมองสำหรับผู้สูงอายุเพื่อช่วยเพิ่มความจำ ชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมแต่อย่างไรก็ตามรูปแบบของกิจกรรมอาจจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับกลุ่มตัวอย่าง เช่น กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หรือผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน เป็นต้น ดังนั้นบทความนี้จะนำเสนอรูปแบบการบริหารสมองแบบนิวโรบิกส์ เอ็กเซอร์ไซส์ ที่ง่าย ๆ เพื่อให้ผู้อ่านสามารถนำไปเป็นต้นแบบหรือประยุกต์ใช้ในการพัฒนากิจกรรมสำหรับการกระตุ้นสมอง

ในผู้สูงอายุที่มีภาวะภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการพัฒนาเป็นโรคสมองเสื่อมได้ง่าย ถ้าหากไม่ได้รับการกระตุ้นสมองที่เหมาะสมตั้งแต่เนิ่น ๆ

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีนิวโรบิกส์ เอ็กเซอร์ไซส์เพื่อส่งเสริมความจำแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

จากแนวคิดการบริหารสมองแบบนิวโรบิกส์ เอ็กเซอร์ไซส์ เราสามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมความจำแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยได้ง่ายๆ เพียงส่งเสริมให้ผู้สูงอายุใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ การได้ยิน การมองเห็น การได้กลิ่น การลิ้มรส และการสัมผัส ในการทำกิจกรรมต่างๆ โดยใช้กิจกรรมในชีวิตประจำวันเดิมของผู้สูงอายุเป็นตัวช่วย เพียงแค่เปลี่ยนวิธีการไปจากเดิม และทำกิจกรรมใหม่ๆ ที่ไม่เคยทำมาก่อน จากการศึกษาวิจัยชี้ให้เห็นว่าการบริหารสมองแบบนิวโรบิกส์ เอ็กเซอร์ไซส์เป็นอีกหนึ่งทางเลือกสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยที่สามารถช่วยส่งเสริมความจำและชะลอไม่ให้สมองของผู้สูงอายุเสื่อมเร็วกว่าวัย⁽²²⁾

1. การบริหารสมองโดยการใช้ประสาทสัมผัสด้านการได้ยิน

กิจกรรมการเพลิดเพลินกับเสียง เช่น การอ่านหนังสือออกเสียง หรือการชวนเพื่อนๆ สลับกันอ่านหนังสือให้ฟัง การอ่านหนังสือออกเสียงสมองก็จะทำงานอีกรูปแบบหนึ่ง อีกทั้งยังเป็นการกระตุ้นสมองชั้นนอกไปพร้อมๆ กันอีกด้วย การฟังเสียงธรรมชาติ เช่น เสียงสัตว์ต่างๆ เสียงน้ำไหล เสียงสายลม เสียงคลื่น การฟังเสียงธรรมชาติเหล่านี้จะช่วยกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์ ช่วยเพิ่มทักษะทางด้านการฟัง การสื่อสาร และการใช้ภาษา การฟังเสียงดนตรีไทย ซึ่งมีจังหวะและทำนองละเอียดอ่อน ไพเราะ นุ่มนวล มีชีวิตชีวา สร้างสรรค์ ให้ความหมายในทางบวก จะช่วยสร้างความรู้สึกร่าเริง ผ่อนคลาย ส่งผลให้คลื่นสมองทำงานประสานกันได้ดี การฟังเสียงดนตรีบรรเลงจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกผ่อนคลาย ช่วยกระตุ้นสมองในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการได้ยิน มีการพัฒนาโดยเชื่อมโยงกับการทำงานสมองส่วนต่างๆ ทำให้หลังสาร Endorphins มีผลทำให้สมองปลอดโปร่ง มีความสุข สุขภาพดี ซึ่งจะช่วยให้ความจำระยะสั้นดีขึ้น

2. การบริหารสมองโดยการใช้ประสาทสัมผัสด้านการมองเห็น

การปิดตาขณะทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การปิดตาดูโทรทัศน์ แทนที่สมองของเราจะใช้ประสาทสัมผัสทางตาเพียงอย่างเดียวก็จะได้ใช้ประสาทสัมผัสทางการฟัง และใช้การจินตนาการร่วมด้วย โดยการใช้จินตนาการว่าพิธีกรที่กำลังดำเนินรายการอยู่นั้นเป็นใคร หน้าตาเป็นอย่างไร ใส่เสื้อผ้าแบบไหน การให้ผู้สูงอายุดูภาพที่คุ้นเคยในอดีต เช่น ภาพครอบครัว หรือภาพไปเที่ยวสถานที่ต่างๆ จะช่วยส่งเสริมการทำงานของสมองส่วนท้ายทอย (Occipital) โดยการเชื่อมต่อกลุ่มเซลล์ประสาทในสมองส่วนของ Hippocampus ซึ่งทำหน้าที่ในการจำโดยจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุจำเรื่องราวในอดีตได้ดีขึ้น

3. การบริหารสมองโดยการใช้ประสาทสัมผัสด้านการได้กลิ่น

การเสริมสร้างความจำด้วยการดมกลิ่น เช่น การใช้น้ำมันหอมระเหย กลิ่นมะนาว กลิ่นมะลิ กลิ่นกุหลาบ ขณะที่ผู้สูงอายุดมกลิ่น เซลล์รับกลิ่นจะทำให้เกิดกระแสประสาทส่งผ่านเส้นประสาทรับกลิ่นไปยังสมองส่วนที่เรียกว่า Olfactory bulb แล้วส่งกระแสประสาทไปยังสมองส่วน Cerebrum เพื่อแปลผล

เป็นกลืนต่างๆ หลังจากนั้นจะส่งกระแสประสาทไปยังสมองส่วน Hippocampus ซึ่งจะแยกกลืนโดยอาศัยความทรงจำเกี่ยวกับกลืนที่ผ่านมาในอดีต ทำให้สมองมีการพัฒนาความจำ นอกจากนี้การสลับกลืนใหม่ๆ ในทุกสัปดาห์ จะช่วยเปิดให้สมองได้เรียนรู้ และเพิ่มความสามารถในการจดจำ กลืนต่างๆ สามารถกระตุ้นสมองทำให้สมองจดจำรายละเอียดของกลืนต่างๆ กลืนทำให้ผู้สูงอายุหวนกลับไปหาความทรงจำในอดีต ก่อให้เกิดการโยงในสถานที่และเวลาที่เคยผ่านมา จากความจำที่จัดเก็บไว้ในบริเวณระหว่างเปลือกสมอง Cortex กับสมองส่วน Amygdala และ Hippocampus ซึ่งช่วยฟื้นฟูความจำระยะสั้น การได้กลืนยังส่งผลต่อสมองส่วนขมับ Temporal lobe ทำให้กระตุ้นการสร้าง Endorphins ในสมอง ทำให้ความจำระยะสั้นดีขึ้น⁽²⁴⁾

4. การบริหารสมองโดยการใช้ประสาทสัมผัสด้านการลิ้มรส

การเปลี่ยนชนิดของอาหารในแต่ละวันและแต่ละมื้อ การรับประทานอาหารที่หลากหลายรสชาติ จะช่วยให้สมองเกิดการเรียนรู้ ผู้สูงอายุสามารถนึกย้อนไปถึงช่วงเวลาที่เคยรับประทานอาหารชนิดนี้กับใครที่ไหน เมื่อไหร่ การรับประทานอาหารที่รสชาติแตกต่างไปจากเดิม ทำให้การทำงานของบริเวณร่องกลางของสมอง (Central sulcus) เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นบริเวณศูนย์กลางของการรับรส ส่งผลต่อการทำงานของประสาทรับรส เชื่อมต่อกับกลุ่มเซลล์ประสาทในสมองส่วนของ Hippocampus ทำหน้าที่ในการจดจำ การรับประทานอาหารที่แตกต่างกันในแต่ละมื้อจะทำให้สมองรับรู้การเปลี่ยนแปลง อาหารที่หลากหลายรสชาติ ส่งผลต่อการทำงานของเปลือกสมอง (Cerebral cortex) ซึ่งช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของระบบประสาทสัมผัส สามารถกระตุ้นการหลั่งสาร Endorphins และ Serotonin ทำให้ความจำระยะสั้นดีขึ้น⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้การลงมือทำอาหารด้วยตนเองเป็นอีกหนึ่งวิธีการบริหารสมองที่ง่ายและสะดวก การทดลองสร้างสรรค์ปรุงอาหารเมนูใหม่ๆ จะเป็นการกระตุ้นสมองซีกขวา (Right hemisphere of cerebrum) ซึ่งเป็นสมองส่วนที่ควบคุมความสามารถทางด้านศิลปะ งานประดิษฐ์ และการคิดค้นให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และยังได้ใช้ประสาทสัมผัสหลายส่วนประสานกันในคราวเดียวขณะปรุงอาหาร เช่น การมองเห็น การสัมผัส การดมกลิ่น และการลิ้มรส เป็นต้น⁽²²⁾

5. การบริหารสมองโดยการใช้ประสาทสัมผัสด้านการสัมผัส

การปิดตาคลำสิ่งของหรือวัสดุต่างๆ ที่มีรูปทรงแตกต่างกันหรือมีพื้นผิวสัมผัสที่ต่างกัน จะช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองส่วน Limbic system และ Frontal lobe การสัมผัสทางร่างกายจะมีผลกระตุ้นเปลือกสมองใหญ่ Cerebral cortex ทำให้เซลล์สมองแตกตัวมากขึ้น เกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่ การส่งสารสื่อเซลล์ประสาทรวดเร็ว มีการหลั่งของสาร Serotonin และ Endorphins ทำให้เกิดการเรียนรู้ได้เร็วขึ้นและมีความจำที่ดีขึ้น นอกจากนี้การทำกิจวัตรประจำวันด้วยมือข้างที่ไม่ถนัด เช่น การแปรงฟันด้วยมืออีกด้าน หรือสลับมือเมื่อต้องการใช้กรรไกร การบริหารนิ้วมือและข้อพับ ซึ่งเป็นแหล่งรวมเส้นประสาทและเส้นเลือดที่เชื่อมโดยตรงถึงสมอง ช่วยเพิ่มความรู้สึกรู้ตัว ช่วยให้สมองได้ออกแรงควบคุมร่างกายแบบไม่ให้หยุดนิ่ง อีกทั้งเป็นการกระตุ้นสมองอีกข้างหนึ่งที่ไม่ค่อยได้ใช้งานให้เกิดความสมดุลมากขึ้น

6. การบริหารสมองโดยใช้ประสาทสัมผัสด้านอารมณ์

อารมณ์เป็นศูนย์กลางของชีวิตมนุษย์เกี่ยวข้องกับความคิด ความรู้สึก และการตัดสินใจ ซึ่งทำให้มนุษย์มีชีวิตชีวา อารมณ์ส่งผลต่อกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ สมองส่วนข้าง (Parietal lobe) เป็นศูนย์ควบคุมการรับความรู้สึก และการรับรู้ตำแหน่งของร่างกาย ทำหน้าที่เกี่ยวกับด้านมิติสัมพันธ์การรับความรู้สึกของระบบประสาทสัมผัส และความจำระยะสั้น⁽²³⁾ ดังนั้นการพบปะสังสรรค์ การเข้าสังคมทำให้สมองมีการสื่อสารระหว่างเซลล์สมองมากขึ้น เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว การร่วมเป็นสมาชิกชมรมต่างๆ หรือเข้าร่วมกิจกรรมสาธารณะประโยชน์ เมื่อผู้สูงอายุรู้สึกสนุก มีความสุขกับกิจกรรมใหม่ ร่างกายจะหลั่งสารแห่งความสุข ซึ่งมีผลดีต่อสมองและยังมีผลดีต่อร่างกายด้วย

สรุป

ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย เป็นอาการที่อาจเกิดขึ้นได้ในวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นความผิดปกติของสมอง ผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาเรื่องความจำลดลง หลงลืม แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยถือเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่จะพัฒนาไปสู่ภาวะสมองเสื่อม การบริหารสมองแบบนิวโรบิกส์ เอ็กเซอร์ไซส์ เป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่ถูกนำมาใช้จัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมความจำและป้องกันภาวะสมองเสื่อม จากเนื้อหาบทความนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลบริหารสมองสำหรับผู้สูงอายุภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Ageing and health [Internet]. 2018 [cited 2023 Feb 10] Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. ปณณทัต บณขุนทด, กัลยา มั่นล้วน. ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย: ก่อนป่วยด้วยสมองเสื่อม. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. 2565;4(1):1-15.
3. Abd Razak MA, Ahmad NA, Chan YY, Mohamad Kasim N, Yusof M, Abdul Ghani MKA, Omar M, Abd Aziz FA, Jamaluddin R. Validity of screening tools for dementia and mild cognitive impairment among the elderly in primary health care: a systematic review. Public Health. 2019 Apr;169:84-92. doi: 10.1016/j.puhe.2019.01.001.
4. ชัชวาล วงศ์สารี. ผลกระทบการเกิดภาวะสมองเสื่อมต่อผู้สูงอายุในประเทศไทย. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2560;23(4):680-9.
5. วนษา สิ้นจ้งหรีด, ภักศจิภรณ์ ชันทอง. เกมดิจิทัลสำหรับป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. วารสารพญาวิทยาลาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2565;21(1-2):22-35.

6. Alzheimer's Association. Alzheimer's Disease Facts and Figures, Alzheimer's & Dementia [Internet]. 2011 [cited 2023 Feb 10] Available from: https://www.alz.org/national/documents/Facts_Figures_2011.pdf
7. Mayo Foundation for Medical Education and Research. Mild cognitive impairment (MCI) [Internet]. 2019. [cited 2023 Feb 10] Available from: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/mildcognitiveimpairment/symptoms-causes/syc-20354578>
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 Mar 26;10(1):38-45. doi: 10.1159/000506279.
9. จารุวรรณ ก้านศรี, นภัสสร ยอดทองดี, ศศิวิมล บุรณะเรข. ผลของโปรแกรมบริหารสมองตามทฤษฎีนิวโรบิกส์ เอ็กเซอร์ไซส์ ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องเล็กน้อย. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*. 2561;34(3):65-76
10. วรากร เกรียงไกรศักดิ์, เสรี ชัดแจ้ง. การประยุกต์ทฤษฎีนิวโรบิกส์ เอ็กเซอร์ไซส์ ในการพัฒนาโปรแกรมการฝึกสมองสำหรับฟื้นฟูความจำในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น. *วารสารวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา*. 2555;10(1):11-25.
11. Kanthamalee S, Sripankaew K. Effect of neurobic exercise on memory enhancement in the elderly with dementia. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2014 ;4(3):69-78.
12. Napatpittayatorn P, Kritpet T, Muangpaisan W, Srisawat C, Junnu S. Effects of neurobic exercise on cognitive function and serum brain-derived neurotrophic factor in the normal to mild cognitive impaired older people: A randomized control trial. *Songklanakarin J Sci Technol*. 2019;41(3):551-8.
13. Patani KA. Effect of Neurobic exercises on cognitive function related to Post-Stroke. *Journal of Applied Dental and Medical Sciences*. 2020;6(3):27-35.
14. Raj D, Santhi S, Sapharina GJS. Effectiveness of neurobic exercise program on memory and depression among elderly residing at old age home. *J Complement Integr Med*. 2020 Sep 17:/j/jcim.ahead-of-print/jcim-2019-0221/jcim-2019-0221.xml. doi: 10.1515/jcim-2019-0221.
15. Blatchford L, Cook J. Patient Perspectives about Mild Cognitive Impairment: A Systematic Review. *Clin Gerontol*. 2022 May-Jun;45(3):441-453. doi: 10.1080/07317115.2020.1805536.
16. Domínguez-Chávez CJ, Murrock CJ, Salazar-González BC. Mild cognitive impairment: A concept analysis. *Nurs Forum*. 2019 Jan;54(1):68-76. doi: 10.1111/nuf.12299.

17. จิตินันท์ ดวงจิรา. การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย: การประยุกต์ทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเอง. วารสารสภาการพยาบาล. 2565;37(1):5-18.
18. กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง. บทบาทพยาบาลในการคัดกรองและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในชุมชน. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2564;37(1):1-13.
19. จตุพร แสงจักร, ระพีพรรณ ชมแผน. การเพิ่มความจำและป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุด้วยการบริหารสมองและดนตรีบำบัด. วารสารสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนาท้องถิ่น มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. 2565;6(1):275-83.
20. Scotts J. Exercise for the Brain: 70 neurobic exercises to increase mental fitness & prevent memory loss: How non-routine actions and thoughts improve mental. Newark, DE: Speedy Publishing; 2013.
21. Katz L, Rubin M, Small G. Keep Your Brain Alive: 83 Neurobic Exercises to Help Prevent Memory Loss and Increase Mental Fitness. New York, NY: Workman Publishing; 1999.
22. Sanghuachang W, Hengudomsab P, Chaimongkol N, Kotchabhakdi N. Effectiveness of neurobic exercise program on memory performance in community-dwelling older adults with mild cognitive impairment: A randomized controlled crossover trial. Belitung Nursing Journal. 2023;9(2):100-9.
23. นัยพินิจ คชภักดี. พัฒนาการทางสมอง. นครปฐม: โครงการวิจัยชีววิทยาระบบประสาทสัมผัสและพฤติกรรม. สถาบันวิจัยและพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา นครปฐม; 2551.

ผลของโปรแกรมทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนอาชีวศึกษาต่อความฉลาดทางอารมณ์ ของนักเรียนอาชีวศึกษา วิทยาลัยเทคนิคบางแสน จังหวัดชลบุรี

สุพรรณิ วิชกุล, พย.ม.*^a

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนอาชีวศึกษาต่อความฉลาดทางอารมณ์ของนักเรียนอาชีวศึกษา วิทยาลัยเทคนิคบางแสน เป็นการวิจัยแบบทดลองกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเป็นนักเรียนวิทยาลัยเทคนิคบางแสนที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมทั้งหมด 17 คน กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมทักษะชีวิต 5 กิจกรรม ครบทุกกิจกรรม และวัดผลหลังการทดลอง 1 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนอาชีวศึกษา 5 กิจกรรม 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และ 3) แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์สำหรับอายุ 18- 59 ปี โปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิตตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินทักษะชีวิต มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.77 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบทีคู่

ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม นักเรียนอาชีวศึกษามีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่าด้านเก่งและด้านดี มีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนด้านสุขคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$)

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนอาชีวศึกษา สามารถพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของนักเรียนอาชีวศึกษาโดยรวมได้ จึงเสนอแนะให้นำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการพัฒนาทักษะชีวิตนักเรียนอาชีวศึกษากลุ่มอื่นๆ ได้

คำสำคัญ: โปรแกรมทักษะชีวิต; นักเรียนอาชีวศึกษา; ความฉลาดทางอารมณ์

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลชลบุรี

^a Corresponding author: สุพรรณิ วิชกุล Email: supannee366@hotmail.com

รับบทความ: 27 เม.ย. 66; รับบทความแก้ไข: 14 พ.ค. 66; ตอรับตีพิมพ์: 15 พ.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 9 มิ.ย. 66

Effects of Life-Skill Program on Emotional Intelligence of the Vocational Students at Bangsaen Technical College, Chonburi Province

Supanee Wichakul, RN, M.N.S.*^a

Abstract

This quasi-experiment research aimed to study effects of the vocational student's life-skill program on emotional intelligence among vocational students at Bangsaen Technical College using one group pretest-posttest design. Samples were 17 vocational students selected to the program using purposive sampling technique and received the vocational student life-skills program. Outcomes were measured one month after completing the program. The instruments used in this study were consisted of 2 parts: 1) vocational student life-skill program and 2) instruments for data collection covering demographic data and emotional intelligence questionnaire. Contents of vocational student life-skill program were validated by three psychology experts. Reliability of emotional intelligence questionnaire was tested using Cronbach's alpha coefficient yielding the value of 0.77. Demographic data were analyzed using descriptive statistics. Mean scores of emotional intelligent pretest and posttest in the experiment group was analyzed using paired t-test.

The results revealed that the mean score from the post-test in the experimental group was significantly higher than that of the pre-test ($p < 0.05$). The smart and the good parts were also significant greater than that of the pre-test ($p < 0.05$). However, the happy part had no significant difference ($p > 0.05$).

The findings indicated that the vocational student life-skill program is suitable for vocational students to improve their emotional intelligence. Therefore, it should be widely adopted for vocational students in larger groups.

Keywords: Life-skills program; Vocational students; Emotional intelligence

* Registered Nurse, Professional Level, Department of Social Medicine, Chonburi Hospital

^a Corresponding author: Supanee Wichakul Email: supanee366@hotmail.com

Received: Apr. 27, 23; Revised: May 14, 23; Accepted: May 15, 23; Published Online: Jun. 9, 23

บทนำ

วัยรุ่นเป็นกลุ่มวัยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสาธารณสุขและส่งผลต่อสุขภาพต่อเนื่องไปถึงวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ระหว่างวัยเด็กกับการก้าวสู่วัยผู้ใหญ่ ต้องการการพัฒนาให้สามารถปรับตัวเป็นวัยผู้ใหญ่ที่ดี การเปลี่ยนแปลงในช่วงวัยรุ่นนี้ส่งผลทำให้วัยรุ่นประสบปัญหาด้านสุขภาพมากมาย เช่น ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปัญหาการใช้สารเสพติด โรคซึมเศร้า ปัญหาพฤติกรรมการใช้ความรุนแรงดังปรากฏตามสื่อต่างๆ ซึ่งเป็นพฤติกรรมตอบสนองที่มีผลต่อสังคม ก่อให้เกิดความเสียหายหรือสร้างความไม่พึงพอใจกับบุคคลอื่น การศึกษาของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์⁽¹⁾ โดยการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1, 3 และ 5 และนักเรียนสายอาชีพระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นปีที่ 2 (ปวช. 2) ทั่วประเทศ พบว่านักเรียนชายและนักเรียนหญิงมีแนวโน้มการดื่มสุราจนเมาเพิ่มขึ้น นักเรียนหญิงมีพฤติกรรมดื่มหนักมากขึ้น มีพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ได้แก่ กัญชา กระท่อม และ 4x100 ที่น่ากังวลคือ มีการใช้สารเสพติดร่วมกันหลายชนิดในคราวเดียวกัน ผลการศึกษานี้ยังพบว่า นักเรียนชายและนักเรียนหญิงมีแนวโน้มติดเกมส์เพิ่มขึ้น พฤติกรรมเสี่ยงที่ต้องติดตามเฝ้าระวังเป็นพิเศษในนักเรียนชายคือการขับซึ่รถยนต์ จักรยานยนต์หลังจากเพิ่งดื่มสุรา ส่วนในนักเรียนหญิง พฤติกรรมเสี่ยงที่ต้องติดตามคือการมีอารมณ์ซึมเศร้า เด็กระดับอุดมศึกษาดื่มเหล้า เบียร์ถึงร้อยละ 47.17 สูบบุหรี่ ร้อยละ 20.42 และมีความคิดในการทำัลยกรรม ร้อยละ 22.78 นอกจากนี้ยังพบว่า เด็กได้รับบาดเจ็บจากประสบอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ 25,311 คน ซึ่งเป็นเหตุให้เสียชีวิตและพิการก่อนวัยอันสมควร รวมถึงเกิดภาระทางสังคมและการแพทย์ของประเทศไทย นอกจากนี้ ยังพบพฤติกรรมเด็กนักเรียนระดับมัธยมศึกษา-อุดมศึกษามีพฤติกรรมการโดดเรียน มีการใช้สื่อออนไลน์และมีพฤติกรรมดื้อสื่อบี เล่นการพนันเพิ่มขึ้นตามระดับชั้น เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วร้อยละ 33.42-39.73 ยอมรับการอยู่ก่อนแต่งร้อยละ 53.37-60.76 วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 19 ปี มาคลอดที่โรงพยาบาล 6,231 คนต่อปี และเด็กกระทำผิดถูกส่งเข้าสถานพินิจ จำนวน 3,484 คนต่อปี

จากสถานการณ์ของวัยรุ่นที่น่าเป็นห่วงนี้ องค์การอนามัยโลก ได้มีข้อเสนอแนะให้สถานศึกษา ควรพัฒนานักเรียนและนักศึกษาในทุกระดับให้ได้เรียนรู้ด้านสุขภาพที่ดี⁽²⁾ ประกอบกับในประเทศไทย กรมสุขภาพจิตได้เห็นความสำคัญของปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นในทุกด้าน โดยตระหนักว่า การพัฒนาทักษะชีวิตสำหรับวัยรุ่นเป็นการป้องกันปัญหาระยะยาว เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์โดยรวมในการพัฒนาประเทศชาติ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น จึงได้พัฒนาองค์ความรู้ในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง โดยเฉพาะความรุนแรงในวัยรุ่น จึงได้พัฒนาโปรแกรมทักษะชีวิตป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ตั้งแต่ ปี 2559 และเริ่มนำมาทดลองใช้ในเดือน กรกฎาคม 2560 และเริ่มนำมาใช้จริงในปี 2561

ความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional intelligence) เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการกระทำ พฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น⁽³⁾ วัยรุ่นที่มีความฉลาดทางอารมณ์ดี จะสามารถรับรู้และเข้าใจอารมณ์ของตนเองที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง สามารถควบคุมอารมณ์มีการคิดพิจารณา และตัดสินใจที่ดีว่าตนเองจะจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นนั้นอย่างไรให้มีความเหมาะสมที่สุด แต่ในทางตรงกันข้าม หากวัยรุ่นมีความฉลาด

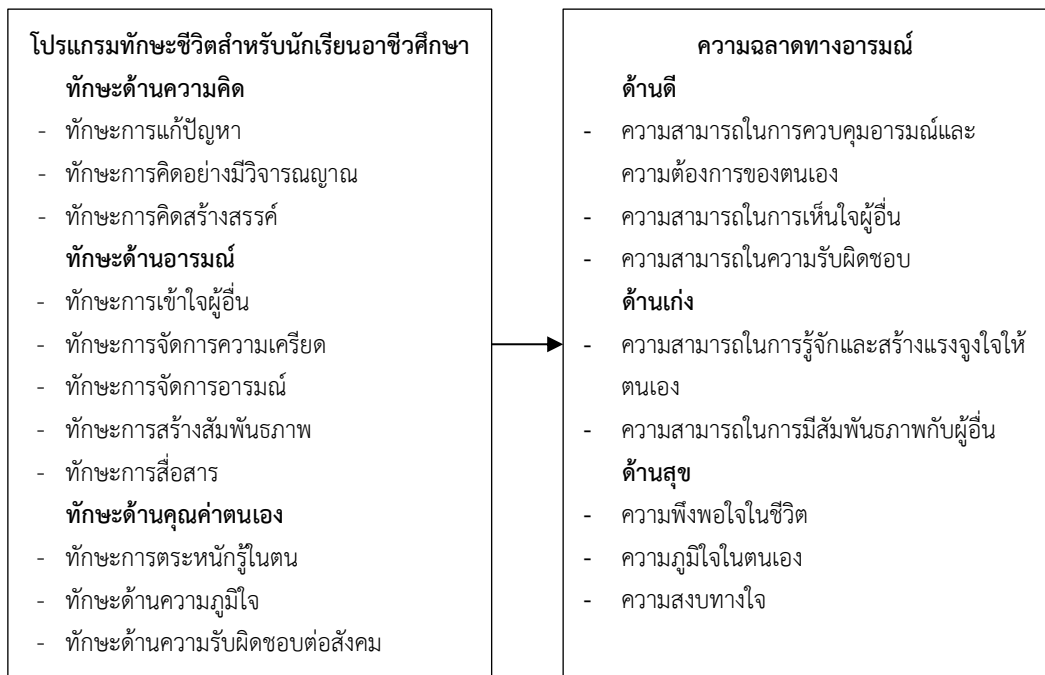
ทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม วัยรุ่นจะไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้ และจะแสดงออกผ่านการทำพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การใช้สารเสพติด การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร เป็นต้น ดังนั้น การพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ในวัยรุ่นเป็นสิ่งสำคัญ โดยต้องการการมีส่วนร่วมทั้งจากวัยรุ่น ครอบครัว และสังคม เพื่อช่วยให้วัยรุ่นเข้าใจอารมณ์ของตนเอง และสามารถควบคุมอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้น เป็นการสร้างภูมิคุ้มกันและเป็นเกราะป้องกันจากเหตุการณ์ต่างๆ ที่เข้ามากระทบ ต่อจิตใจของวัยรุ่น และทำให้เกิดการทำพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ในวัยรุ่นตามมา

วิทยาลัยเทคนิคบางแสน ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี⁽⁴⁾ เป็นสถาบันการศึกษาของรัฐ ในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ เปิดสอนหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพระดับ ปวช. ปวส. และหลักสูตรระยะสั้น เพื่อผลิตและพัฒนากำลังคนรองรับระบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก ในปีการศึกษา 2565 มีจำนวนนักเรียน 590 คน ระดับ ปวช. 455 คน ระดับปวส. 135 คน สถานศึกษาตั้งอยู่ใกล้สถานบันเทิงหลายแห่ง จากการทำงานร่วมกับอาจารย์ในการดูแลสุขภาพนักเรียนอาชีวศึกษา วิทยาลัยเทคนิคบางแสน พบว่านักเรียนส่วนใหญ่เป็นนักเรียนที่มาจากต่างจังหวัด พักหอพัก บิดามารดาแยกทางกัน และพบปัญหาการใช้สารเสพติดบุหรี่ สุรา การใช้สื่อออนไลน์ที่ไม่เหมาะสม ติดเกมส์ ใช้จ่ายพาหนะโดยไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกัน ขาดเรียน มีการใช้ความรุนแรงบ้างแต่สามารถควบคุมได้ ซึ่งปัญหาและปัจจัยแวดล้อมต่างๆ เหล่านี้อาจกระตุ้นให้นักเรียนกระทำการพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดผลกระทบ ต่อตัวนักเรียนเอง ต่อครอบครัวและสังคมได้

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาผลของโปรแกรมทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนอาชีวศึกษา ต่อความฉลาดทางอารมณ์ของนักเรียนอาชีวศึกษา จึงได้นำโปรแกรมทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนอาชีวศึกษา มาทดลองใช้และศึกษาผลของโปรแกรมนี้อต่อความฉลาดทางอารมณ์ของนักเรียนระดับอาชีวศึกษา วิทยาลัยเทคนิคบางแสน เพื่อนำผลที่ได้ไปพัฒนาต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนอาชีวศึกษาของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์⁽⁵⁾ ประกอบด้วยทักษะชีวิต 3 มิติหลัก คือ ทักษะด้านความคิด ทักษะด้านอารมณ์ และทักษะด้านคุณค่าในตน โดยครอบคลุมทักษะชีวิต 10 ด้าน ขององค์การอนามัยโลก⁽⁶⁾ ส่วนแนวคิดความฉลาดทางอารมณ์ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁽⁷⁾ ประกอบด้วยความสามารถ 3 ด้าน คือ ด้านดี ประกอบด้วย ความสามารถในการควบคุมอารมณ์และความต้องการตนเอง ความสามารถในการเห็นใจผู้อื่น ความสามารถในการรับผิดชอบ ด้านเก่ง ประกอบด้วย ความสามารถในการรู้จักและสร้างสัมพันธภาพ และความสามารถในการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น และด้านสุข ประกอบด้วยความพึงพอใจในชีวิต ความภูมิใจในตนเอง และความสงบทางใจ ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแสดงต่อไปนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนอาชีวศึกษาต่อความฉลาดทางอารมณ์ของนักเรียนวิทยาลัยเทคนิคบางแสน จังหวัดชลบุรี โดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนอาชีวศึกษา
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อโปรแกรมทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนอาชีวศึกษา ของนักเรียนวิทยาลัยเทคนิคบางแสน ที่เข้าร่วมโปรแกรมทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนอาชีวศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนอาชีวศึกษาต่อความฉลาดทางอารมณ์ของนักเรียนวิทยาลัยเทคนิคบางแสน จังหวัดชลบุรี ระหว่างเดือนมกราคม 2566 ถึง 30 มีนาคม พ.ศ. 2566

ประชากร คือ นักเรียนอาชีวศึกษา วิทยาลัยเทคนิคบางแสน กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เป็นนักเรียนอาชีวศึกษา วิทยาลัยเทคนิคบางแสนชั้นปีที่ 1 และยินดีเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.7 การทดสอบสถิติทดสอบทีคู่ (Paired t-test) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 ขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.80 กำหนดค่า

นัยสำคัญ (α) เท่ากับ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 12 คน ป้องกันการสูญหายร้อยละ 20 แต่เนื่องจากมีผู้สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 17 คน ผู้วิจัยเห็นเป็นโครงการที่มีประโยชน์จึงรับเข้าร่วมโครงการทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนอาชีวศึกษา เป็นชุดกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นโดยความร่วมมือระหว่างสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา กระทรวงสาธารณสุข โปรแกรมทักษะชีวิตนี้ ประกอบด้วยทักษะชีวิต 3 มิติหลัก คือ ทักษะด้านความคิด ทักษะด้านอารมณ์ และทักษะด้านคุณค่าในตน โดยครอบคลุมทักษะชีวิต 10 ด้านขององค์การอนามัยโลก⁽⁶⁾ รวมกับทักษะ 2 ด้านที่เพิ่มเติมในประเทศไทย และสอดคล้องกับทักษะชีวิตในศตวรรษที่ 21 ที่เพิ่มเติม คือ ทักษะการสร้างเครือข่ายและการทำงานเป็นทีมและการวางแผนเป้าหมายในชีวิต⁽⁵⁾

ในการศึกษาครั้งนี้ เลือกกิจกรรม 5 กิจกรรม กิจกรรมละ 45-60 นาที ครอบคลุม 3 มิติหลัก ได้แก่ ทักษะชีวิตด้านอารมณ์ 2 กิจกรรม (กิจกรรมน้องไข่มุน่ารัก และรู้จักฉันรู้จักเธอ) ทักษะชีวิตด้านความคิด 2 กิจกรรม (กิจกรรมกูกโกซิงบ้าน และเลโกมหาสนุก) ทักษะชีวิตด้านสังคม 1 กิจกรรม (เคล็ดไม่ลับกับการปฏิเสธ) โดยมีคู่มือการโปรแกรมทักษะชีวิต สำหรับนักเรียนอาชีวศึกษา เป็นเครื่องมือในการดำเนินกิจกรรม และมีขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม 3 ขั้นตอน คือกิจกรรมนำเข้าสู่บทเรียน กิจกรรมหลัก และการสรุปแนวคิดของกิจกรรม ผู้จัดกิจกรรมผ่านการอบรมทักษะการดำเนินกิจกรรมจาก สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต เป็นเวลา 3 วัน

2. แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ภูมิลำเนา สถานภาพสมรสของบิดา มารดา ลักษณะของการพักอาศัยปัจจุบัน เกรดเฉลี่ยเทอมสุดท้ายที่ผ่านมา

2.2 แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ ของกรมสุขภาพจิต ใช้แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ กลุ่มอายุ 18-60 ปี ประกอบด้วยความสามารถ 3 ด้าน คือ “ด้านดี” ประกอบด้วย ความสามารถในการควบคุมอารมณ์และความต้องการของตนเอง ความสามารถในการเห็นใจผู้อื่น ความสามารถในการรับผิดชอบ “ด้านเก่ง” ประกอบด้วย ความสามารถในการรู้จักและสร้างแรงจูงใจให้ตนเอง ความสามารถในการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น “ด้านสุข” ประกอบด้วย ความพึงพอใจในชีวิต ความภูมิใจในตนเอง ความสงบทางใจ ซึ่งข้อคำถามมีทั้งหมด 52 ข้อ มีทั้งด้านบวกและด้านลบ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่จริง จริงบางครั้ง ค่อนข้างจริง และจริงมาก กลุ่มที่มีข้อคำถามเชิงบวก มีจำนวน 28 ข้อ มีค่าคะแนนไม่จริงเท่ากับ 1 จริงบางครั้ง เท่ากับ 2 ค่อนข้างจริงเท่ากับ 3 และจริงมากเท่ากับ 4 ส่วนกลุ่มข้อคำถามเชิงลบ มีจำนวน 24 ข้อ ค่าคะแนน ไม่จริงเท่ากับ 4 จริงบางครั้ง เท่ากับ 3 ค่อนข้างจริงเท่ากับ 2 และจริงมากเท่ากับ 1

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการอบรมทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนอาชีวศึกษามีทั้งหมด 12 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ค่าคะแนนพึงพอใจมากที่สุด=5, พึงพอใจมาก=4, พึงพอใจปานกลางหรือพอใช้=3, พึงพอใจน้อย=2, และไม่พึงพอใจเป็นอย่างมากหรือต้องปรับปรุงแก้ไข=1 และการแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจเป็น 4 ระดับ คือ ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 1.01-2 เท่ากับไม่พึงพอใจหรือต้องปรับปรุง,

ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 2.01-3 เท่ากับ พอใช้, ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 3.01-4 เท่ากับพึงพอใจมากและค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 4.01-5 เท่ากับพึงพอใจมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. โปรแกรมทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนอาชีวศึกษา ได้รับการพัฒนาจากการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต ตั้งแต่ปี 2559-2560 ออกแบบและจัดทำต้นร่าง โดยผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และคณะกรรมการการอาชีวศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ผ่านการวิพากษ์และปรับปรุง ในเดือน กรกฎาคม 2560 และจัดทำรูปเล่ม เริ่มใช้ในปีงบประมาณ 2561

2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ (อายุ 18-60 ปี) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น 1 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่รับผิดชอบกลุ่มวัยรุ่น 1 ท่าน และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตชุมชน 1 ท่าน นำไปทดสอบความเที่ยงโดยประเมินความฉลาดทางอารมณ์กับนักเรียนอาชีวศึกษาเทคโนโลยีชลบุรี จำนวน 20 ราย นำมาหาค่าความเที่ยงโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.77

3. แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนอาชีวศึกษาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น 1 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่รับผิดชอบกลุ่มวัยรุ่น 1 ท่าน และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตชุมชน 1 ท่าน นำไปทดสอบความเที่ยงโดยประเมินความฉลาดทางอารมณ์กับนักเรียนอาชีวศึกษาเทคโนโลยีชลบุรี จำนวน 20 ราย นำมาหาค่าความเที่ยงโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.72

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจัดการอบรมโปรแกรมทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนอาชีวศึกษา เมื่อวันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2566 ก่อนการอบรม แจกแบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปและแบบทดสอบความฉลาดทางอารมณ์ให้กลุ่มตัวอย่างตอบก่อนการอบรม จากนั้นภายหลังจากการอบรมสิ้นสุดลง 1 เดือน ผู้วิจัยได้นำให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบทดสอบความฉลาดทางอารมณ์หลังการอบรมและแบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนอาชีวศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติแบบบรรยาย ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ของกลุ่มทดลอง โดยรวมและแยกรายด้าน ก่อนและหลังการทดลอง ผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ($p\text{-value} = 0.20$) จึงเลือกใช้สถิติที่คู่ (Paired t-test) ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยและคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลชลบุรี เลขที่ 56/65/N/h3 วันที่ 11 กันยายน 2565 ก่อนทำการวิจัย ผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการ

วิทยาลัยเทคนิคบางแสน ชี้แจงที่มา-วัตถุประสงค์การวิจัยและอธิบายขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อผู้อำนวยการวิทยาลัยเทคนิคบางแสน ในการขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลต่อความสัมพันธ์การดูแลรักษา ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและจะแสดงผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย ให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

นักเรียนอาชีวศึกษาของวิทยาลัยเทคนิคบางแสน จำนวน 17 ราย กำลังศึกษาในชั้นปีที่ 1 ระดับ ปวส. เป็นเพศหญิงมากที่สุด 10 ใน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.8 มีอายุระหว่าง 20-24 ปี 11 ราย คิดเป็น ร้อยละ 65.7 ภูมิลำเนาเป็นคนต่างจังหวัดมากที่สุด 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 70.6 รองลงมาเป็นคนจังหวัดชลบุรี 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.4 สถานภาพสมรสของบิดามารดา ส่วนใหญ่คือหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.8 ลักษณะของการพักอาศัย คือพักที่หอพักกับเพื่อน 16 ราย คิดเป็น ร้อยละ 94.1 เกรดเฉลี่ยเทอมสุดท้ายที่ผ่านมา เกรดเฉลี่ยมากกว่า 3.5 เท่ากับ 8 ราย คิดเป็น ร้อยละ 47.2 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ภูมิลำเนา สถานภาพสมรสของบิดามารดา ที่อยู่อาศัย เกรดเฉลี่ย (n=17)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	10	58.8
ชาย	7	41.2
อายุ		
18-19	6	35.3
20-24	11	65.7
ภูมิลำเนา		
ชลบุรี	5	29.4
ต่างจังหวัด	12	70.6
สถานภาพสมรสบิดาและมารดา		
สมรสอยู่ด้วยกัน	6	35.3
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	10	58.8
พ่อเสียชีวิต	1	5.9

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ภูมิสำเนา สถานภาพสมรสของบิดามารดา ที่อยู่อาศัย เกรดเฉลี่ย (n=17)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ที่พักปัจจุบัน		
อยู่บ้านร่วมกับครอบครัว	1	5.9
พักหอพักกับเพื่อน	16	94.1
เกรดเฉลี่ย		
2.5-3	2	11.8
3.1-3.4	7	41.3
มากกว่า 3.5	8	47.2

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความฉลาดทางอารมณ์ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมทักษะชีวิต สำหรับนักเรียนอาชีวศึกษา พบว่าหลังการทดลอง นักเรียนอาชีวศึกษามีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ก่อนการทดลองเท่ากับ 2.99 (SD=0.207) หลังการทดลองเท่ากับ 3.29 (SD=0.22); $t=5.61$; $p\text{-value}<0.001$ โดยผลการทดสอบรายด้าน พบว่านักเรียนอาชีวศึกษามีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ด้านเก่งและด้านดีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความฉลาดทางอารมณ์ ด้านเก่ง ก่อนการทดลอง เท่ากับ 2.81 (SD=0.20) หลังการทดลองเท่ากับ 3.28 (SD=0.27); $t=7.00$; $p\text{-value}<0.001$ ความฉลาดทางอารมณ์ ด้านดี ก่อนการทดลอง เท่ากับ 2.96 (SD=0.24) หลังการทดลองเท่ากับ 3.34 (SD=0.25); $t=4.46$; $p\text{-value}<0.001$ อย่างไรก็ตาม คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ ด้านสุข ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน โดยก่อนการทดลองเท่ากับ 3.19 (SD=0.38) และหลังการทดลองเท่ากับ 3.27 (SD=0.20); $t=1.07$; $p\text{-value}=0.300$ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ ก่อนได้รับโปรแกรมทักษะชีวิต สำหรับนักเรียนอาชีวศึกษากลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ pair t-test (n=17)

ความฉลาดทางอารมณ์	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
โดยรวม	2.99	0.21	3.29	0.22	5.61	<0.001
รายด้าน						
ด้านเก่ง	2.81	0.20	3.28	0.27	7.00	<0.001
ด้านดี	2.96	0.24	3.34	0.25	4.46	<0.001
ด้านสุข	3.19	0.38	3.27	0.20	1.07	0.300

การประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนอาชีวศึกษา พบว่า นักเรียนอาชีวศึกษา วิทยาลัยเทคนิคบางแสน ที่เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจมากที่สุดในการเรียนรู้ ยอมรับ และเข้าใจผู้อื่นค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเท่ากับ 4.11 (SD=0.92) รองลงมาคือประโยชน์จากการเรียนรู้ทักษะชีวิต จากการทำกิจกรรมกลุ่มค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเท่ากับ 4.05 (SD=0.555) ส่วนค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่ำที่สุด คือการกำหนดเป้าหมาย และความพยายามเพื่อให้บรรลุเป้าหมายค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเท่ากับ 3.35 (SD=0.93) และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมต่อโปรแกรมทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนอาชีวศึกษาเท่ากับ 3.81 (SD=0.524) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนอาชีวศึกษา นักเรียนวิทยาลัยเทคนิคบางแสน รายข้อและโดยรวม (n=17)

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$ (SD)	ระดับ
1. ประโยชน์จากการเรียนรู้ทักษะชีวิต จากการทำกิจกรรมกลุ่ม	4.05 (0.555)	มากที่สุด
2. การนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้	3.76 (0.831)	มาก
3. การจัดกิจกรรมกลุ่มมีความเหมาะสม	3.94 (1.028)	มาก
4. กิจกรรมการสรุปบทเรียน ให้ข้อคิด เข้าใจง่าย	4.00 (1.172)	มาก
5. กิจกรรมทำให้เรียนรู้ ยอมรับ และเข้าใจผู้อื่น	4.11 (0.927)	มากที่สุด
6. กิจกรรมทักษะการปฏิเสธ	3.47 (1.230)	มาก
7. การกำหนดเป้าหมาย และความพยายามเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย	3.35 (0.931)	มาก
8. การช่วยเหลือกัน และการทำงานเป็นทีม	3.94 (0.747)	มาก
9. การวางแผนและกำหนดเป้าหมายมุ่งสู่ความสำเร็จ	3.88 (0.992)	มาก
10. ความพึงพอใจต่อความสามารถของวิทยากรในการสื่อสาร	3.64 (1.057)	มาก
11. ความพึงพอใจต่อวิทยากรในการดำเนินกิจกรรมไม่น่าเบื่อ	3.64 (1.221)	มาก
12. เวลาในการจัดกิจกรรมแต่ละกิจกรรมมีความเหมาะสม	4.00 (0.866)	มาก
ความพึงพอใจโดยรวม	3.81 (0.524)	มาก

การอภิปรายผล

โปรแกรมทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนอาชีวศึกษาในการศึกษานี้ ทำให้คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ของนักเรียนอาชีวศึกษาภายหลังได้รับโปรแกรมทักษะชีวิตเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=5.61$, $p<0.001$) อธิบายได้ว่า โปรแกรมทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนอาชีวศึกษาเป็นโปรแกรมที่ได้พัฒนาเป็นตามแนวทางการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต⁽⁵⁾ โดยเริ่มวิเคราะห์ความต้องการและความจำเป็นในการพัฒนาคู่มือ รับผิดชอบต่อความคิดเห็นและประสบการณ์จากครูและนักเรียนอาชีวศึกษา มีการกำหนดกรอบแนวคิด การออกแบบและทำต้นร่างโดยผู้เชี่ยวชาญถึงสองระยะผ่านการวิพากษ์และปรับปรุงโปรแกรมจนประสบความสำเร็จ ดังนั้น กิจกรรมในโปรแกรมทักษะชีวิตสำหรับ

นักเรียนอาชีวศึกษา ที่เน้นให้นักเรียนได้รับประสบการณ์จริง ผ่านการไตร่ตรอง คิดวิเคราะห์ด้วยตนเอง จนสามารถสรุปเป็นแนวคิดของตนเองและนำแนวคิดไปสู่ การลงมือทำ ทำให้สามารถพัฒนาศักยภาพของตนเอง รู้จุดเด่นและจุดบกพร่องของตนเอง เกิดการเห็นคุณค่าและนับถือตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง กล้าแสดงออกได้อย่างเหมาะสม รวมถึงรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นอย่างเต็มใจ โดยไม่ได้แย้งทันที แม้ความคิดเห็นนั้นจะไม่ตรงกับความคิดของตนเอง รวมถึงการได้แสดงความเห็นขัดแย้งได้อย่างสร้างสรรค์ สามารถจัดการอารมณ์และความรู้สึกพร้อมทั้งแสดงออกได้อย่างสร้างสรรค์ สามารถจัดการอารมณ์และความรู้สึกพร้อมทั้งแสดงออกได้อย่างเหมาะสม

ผลการวิจัยสอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมาหลายการวิจัย ได้แก่ การศึกษาของ วิริยะ ผดาศรี⁽⁸⁾ ศึกษาการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมของนักเรียนอาชีวศึกษาโดยใช้โปรแกรมฝึกทักษะชีวิต แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละเท่าๆ กัน ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมฝึกทักษะชีวิตมีความเหมาะสมในระดับมากสำหรับการฝึกนักเรียนอาชีวศึกษา ความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมในกลุ่มทดลองหลังได้รับการฝึกด้วยโปรแกรมฝึกทักษะชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และนอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ นครินทร์ สุวรรณแสง และคณะ⁽⁹⁾ ได้ศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นหญิงในสถานสงเคราะห์เด็กหญิงในสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 2 แห่ง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=3.12, p<0.05$) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=4.24, p<0.05$) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการพัฒนาทักษะชีวิต สามารถทำให้วัยรุ่นหญิงในสถานสงเคราะห์เด็กมีการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์สูงขึ้น และจากการสังเคราะห์งานวิจัยของ ทรงศิริ เหล่าทรัพย์ และคณะ⁽¹⁰⁾ พบว่าในการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ตามแนวคิด จิตวิทยาเป็นรูปแบบการฝึกที่มีความหลากหลาย การจัดกิจกรรมมีความชัดเจนและเป็นรูปธรรมจึงเหมาะกับวัยรุ่นที่เรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นถึงระดับอุดมศึกษา ลักษณะการจัดกิจกรรมสามารถฝึกได้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม การฝึกในสถานศึกษาที่มีความสะดวกในการจัด กิจกรรมและมีสื่ออุปกรณ์ในการดำเนินกิจกรรม ซึ่งพยาบาลที่จะนำรูปแบบการพัฒนาความฉลาดทาง อารมณ์ตามแนวคิดจิตวิทยาไปใช้ควรศึกษาวิธีการ ฝึกโดยละเอียด และควรได้รับการฝึกปฏิบัติให้เกิดความชำนาญและมีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะในการช่วยเหลือนิเทศ ที่สำคัญต้องเป็นผู้เข้าใจในพัฒนาการของวัยรุ่นและมีทักษะการนำกลุ่ม โดยเฉพาะผู้นำกลุ่มโปรแกรมการให้อารมณ์ทางบวก โปรแกรมการให้เทคนิคแม่แบบ ต้องเป็นผู้มีความรู้เฉพาะและผ่านการอบรมก่อนปฏิบัติจริง

คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมของนักเรียนอาชีวศึกษา หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สามารถอธิบายได้ว่า การฝึกทักษะชีวิตที่เน้นให้นักเรียนได้รับประสบการณ์จริง ผ่านการไตร่ตรอง คิดวิเคราะห์ด้วยตนเอง จนสามารถสรุปเป็นแนวคิดของตนเองและนำแนวคิดไปสู่ การปฏิบัติ ทำให้เห็นความสามารถและศักยภาพของตนเอง รู้จุดเด่นและจุดบกพร่องของตนเอง เกิดการเห็นคุณค่า

และนับถือตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง กล้าแสดงออกได้อย่างเหมาะสม รวมถึงรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นอย่างเต็มใจ การไม่ได้แย้งทันทีแม้ความคิดเห็นนั้นจะไม่ตรงกับความคิดของตนเอง รวมถึงการได้แสดงความคิดเห็นขัดแย้งได้อย่างสร้างสรรค์ สามารถจัดการอารมณ์และความรู้สึกพร้อมทั้งแสดงออกได้อย่างเหมาะสม การฝึกทักษะนี้สามารถพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ให้สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วิริยะ ผดาศรี⁽⁸⁾ ซึ่งศึกษาการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมของนักเรียนอาชีวศึกษา โดยใช้โปรแกรมฝึกทักษะชีวิต แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละเท่าๆ กัน ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมฝึกทักษะชีวิตมีความเหมาะสมในระดับมากสำหรับการฝึกนักเรียนอาชีวศึกษา และคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ในกลุ่มทดลองหลังได้รับการฝึกด้วยโปรแกรมฝึกทักษะชีวิตสูงกว่าก่อนได้รับการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ นครินทร์ สุวรรณแสง และคณะ⁽⁹⁾

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า โปรแกรมทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนอาชีวศึกษา เป็นโปรแกรมที่สามารถนำมาใช้กับนักเรียนอาชีวศึกษาได้ ทำให้ความฉลาดทางอารมณ์ของนักเรียนอาชีวศึกษาเพิ่มมากขึ้น โดยสังเกตจากค่าเฉลี่ยคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนอาชีวศึกษามากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง เนื้อหาของโปรแกรมทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนอาชีวศึกษาและวิธีการจัดกิจกรรมเป็นกิจกรรมที่ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น มีกิจกรรมที่ได้เคลื่อนไหวร่างกายทำให้ไม่เกิดความง่วงหรือน่าเบื่อ การช่วยกันทำงานเป็นทีม การแข่งขันระหว่างกลุ่มเป็นความท้าทายที่เหมาะสมกับวัย กลุ่มทดลองจึงพึงพอใจต่อกิจกรรมของโปรแกรมทักษะชีวิตระดับมาก และลักษณะของกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่าง ลงความเห็นชอบมากที่สุด คือกิจกรรมทุกกิจกรรม ซึ่งกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวทางกาย เน้นการทำงานเป็นทีม ร่วมกันคิด มีความท้าทายด้วยการกำหนดเวลา และการแข่งขันระหว่างกลุ่ม

ข้อสังเกตในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนอาชีวศึกษานั้น นักเรียนที่ร่วมกิจกรรมจะชอบกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย มีความสนุกสนาน ทำท่าย และการดำเนินกิจกรรมให้เสร็จสิ้นในวันเดียว ควรนำกิจกรรมที่มีความสนุกสนานท้าทาย มาใช้ในช่วบ่าย เพื่อดึงความสนใจและลดความง่วงของผู้ร่วมกิจกรรม ส่วนการนัดทำกิจกรรมหลายวันส่งผลกระทบต่อชั่วโมงเรียนจึงเป็นเรื่องยาก

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนอาชีวศึกษา สามารถทำให้นักเรียนอาชีวศึกษามีความฉลาดทางอารมณ์เพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องในการนำโปรแกรมไปใช้ดังนี้

1. สถานศึกษาระดับอาชีวศึกษา สามารถนำกิจกรรมไปใช้ในการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของนักเรียนอาชีวศึกษาได้ เพื่อให้นักเรียนอาชีวศึกษา สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสถานศึกษาได้เพิ่มขึ้น ซึ่งจะสนับสนุนให้นักเรียนมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีบรรยากาศการเรียนรู้ที่สร้างสรรค์และพัฒนาตนเองในด้านดี

2. ผู้นำไปใช้ควรมีการฝึกทักษะและประสบการณ์ในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมทักษะชีวิต ได้แก่ การเตรียมตัวในการจัดกิจกรรม การนำเข้าสู่บทเรียน การดำเนินกิจกรรม การสรุปบทเรียน การให้ข้อเสนอแนะ

3. การนำโปรแกรมฝึกทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนอาชีวศึกษา ไปใช้กับนักเรียนอาชีวศึกษาที่เป็นเด็กพิเศษ กลุ่มอื่นๆ เช่น นักเรียนอาชีวศึกษาที่มีความพิการทางการได้ยิน ควรมีการพัฒนาโปรแกรมและแบบสอบถามที่สื่อสารเข้าใจได้ง่าย และเหมาะกับกลุ่มที่มีความพิเศษนั้นๆ

4. สถาบันการศึกษาระดับอาชีวศึกษา ควรจัดให้มีการพัฒนาทักษะชีวิตในสถานศึกษาในการเรียนประจำ เนื่องจากสามารถพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของนักเรียนอาชีวศึกษาได้ และเป็นโปรแกรมที่ให้แนวคิดและสามารถใช้ได้ง่าย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

1. ควรมีการศึกษาค้นคว้าของโปรแกรมทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนอาชีวศึกษา ในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษาที่มีพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ เช่น ขาดเรียนบ่อย พฤติกรรมก้าวร้าว ใช้สารเสพติด เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาในกลุ่มทดลองที่มีขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น หรือมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อให้ผลของ Intervention ชัดเจนขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ กชพร คงสุข และอาจารย์ จุฑาพร รูปมาต ที่ได้ให้ความกรุณาในการให้การอบรมเพื่อฝึกทักษะการเป็นวิทยากรโปรแกรมทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนอาชีวศึกษาและเป็นวิทยากรการอบรมในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการวิทยาลัยเทคนิคบางแสนที่ได้อนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าไปทำการศึกษาจนสำเร็จในครั้งนี้ และขอขอบคุณนักเรียนอาชีวศึกษาที่เข้าร่วมการวิจัยนี้ทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. สาวิตรี วัฒนจักรชัย, ดาริกา ไสงาม, วลัยลักษณ์ จิตพิบูลย์, พวงรัตน์ จินพล, อังคณา ชินเดช, ศยามล เจริญรัตน์, และคณะ. การเฝ้าระวังพฤติกรรมการใช้สุรา ยาสูบ สารเสพติด และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในนักเรียนมัธยมศึกษาของประเทศไทย ครั้งที่ 4 ปีการศึกษา 2561 [อินเทอร์เน็ต]. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ก.ค. 5]. เข้าถึงได้จาก: <https://cas.or.th/?p=6453>
2. World Health Organization. Promoting Health Through School. report of a WHO expert committee on Comprehensive School Health Education and Promotion [Internet]. Geneva: 1997 [cited 2022 Jul 12]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41987/WHO_TRS_870.pdf
3. พิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา, อาภาพร เผ่าวัฒนา. ความฉลาดทางอารมณ์กับพฤติกรรมเสี่ยงวัยรุ่น. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2562;35(3):212-23.

4. วิทยาลัยเทคนิคบางแสน. ข้อมูลนักเรียนนักศึกษาปี 2565 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2566 มกราคม 12]. เข้าถึงได้จาก: <http://km.chpt.ac.th/?usid=20130001&language=Th>
5. ศุทรา เอื้ออภิสถิธิวงศ์, ธนโชติ เทียมแสง, บรรณาธิการ. สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. คู่มือโปรแกรมทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนอาชีวศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์พับลิชชิง; 2560.
6. World Health Organization. Life skills education for children and adolescents in schools. Programme on Mental Health. Geneva: World Health Organization; 1997; 5-7.
7. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารวิชาการ: ความฉลาดทางอารมณ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2547 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ก.ค 5]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/ebook/EQ11.pdf>
8. วิริยะ ผดาศรี. การพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมของนักเรียนอาชีวศึกษา โดยใช้โปรแกรมฝึกทักษะชีวิต. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2560.
9. นครินทร์ สุวรรณแสง, ปิยะนุช จิตตุนนท์, กาญจน์สุนักส์ บาลทิพย์. ผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะชีวิตต่อความฉลาดทางอารมณ์ของวัยรุ่นหญิงในสถานสงเคราะห์เด็ก. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2561;38(1):22-34.
10. ทรงศิริ เหล่าทรัพย์เจริญ, โสภิตา แสงอ่อน, พชรินทร์ นันทจันทร์. การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ในวัยรุ่น. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2556;19(1):31-47.

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรมในวัยทำงาน ของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

อัจฉรา โพชนะโน^a, เกศรา โชนำชัยสิริ^{**}, กะชามาศ แซ่เถียน^{***},
เทวพงศ์ วงศ์เชื่อนแก้ว^{****}, วิทย์ฤทธิ์ นิลรัตน์^{****}, เมธีร์ ชะรัตรัมย์^{****}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมเสี่ยง และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรมในวัยทำงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กลุ่มเป้าหมายคือบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง จำนวน 220 คน โดยใช้แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรม ซึ่งมีความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ผลการศึกษา พบว่าบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรม ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.52$, $SD=0.76$) โดยด้านพฤติกรรมหรืออิริยาบถในการทำงาน อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.18$, $SD=0.83$) รองลงมาคือ ด้านระยะเวลาเฉลี่ยในการทำงานอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.11$, $SD=0.84$) ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์การทำงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.01 และปัจจัยด้านลักษณะงาน ได้แก่ งานออฟฟิศ และงานบริการ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ข้อเสนอแนะ ควรมียุทธศาสตร์ส่งเสริมการออกกำลังกายที่ชัดเจน เพื่อลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง ลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรม

คำสำคัญ: พฤติกรรมเสี่ยง; โรคออฟฟิศซินโดรม; วัยทำงาน; การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

*** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

**** นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ

สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

^a Corresponding author: อัจฉรา โพชนะโน Email: atcharapochano@gmail.com

รับบทความ: 2 พ.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 15 พ.ค. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 15 พ.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 10 มิ.ย. 66

Factors Affecting Risk Behaviors of Office Syndrome in Working Age of Metropolitan Health and Wellness Institution Personnel during the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak

Atchara Pochano^{*a}, Ketsara Choknumchaisiri^{**}, Kachamas Sangtian^{***},
Tewapong Wongkhuenkaew^{****}, Witayut Nilrat^{****}, Metee Charadram^{****}

Abstract

The purpose of this descriptive research was to examine risk behaviors and factors affecting risk behaviors of office syndrome in working age personnel at Metropolitan Health and Wellness Institution during coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak. The study recruited all 220 personnel working at Metropolitan Health and Wellness Institution. A questionnaire was used to determine factors affecting risk behaviors for office syndrome, with a Cronbach's alpha coefficient of 0.92. Data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations and correlation coefficients.

Results of the study showed that overall risk behavior for office syndrome among the personnel was at a high level ($\bar{X}=3.52$, $SD=0.76$). It was found that factors affecting office syndrome were work behaviors and postures having the highest score ($\bar{X}=4.18$, $SD=0.83$) followed by the average work hours ($\bar{X}=4.11$, $SD=0.84$). Personal factors include gender, age, and work experiences were significantly correlated with risky behaviors for office syndrome at $p=0.001$. Job type factors such as office works and service works were also significantly correlated to risk behaviors for office syndrome at $p=0.001$. It was recommendations that the institute should have a clear exercise promotion policy to reduce sedentary behaviors that further reduce risk behaviors for office syndrome for personnel.

Keywords: Risk behaviors; Office syndrome; Working age; COVID-19 outbreak

* Registered Nurse, Professional Level

** Public Health Technical Officer, Senior Professional Level

*** Registered Nurse, Practitioner Level

**** Computer Technical Officer, Practitioner Level

Metropolitan health and wellness institution, Department of Health, Ministry of Public Health

^a Corresponding author: Atchara Pochano Email: atcharapochano@gmail.com

Received: May 2, 23; Revised: May 15, 23; Accepted: May 15, 23; Published Online: Jun. 10, 23

บทนำ

ปัญหาสุขภาพในการทำงานเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการทำงานของวัยทำงาน เพราะวัยทำงานเป็นวัยที่มุ่งมั่นที่จะประกอบอาชีพและสร้างครอบครัวให้มั่นคง ตลอดจนประเทศไทยเป็นประเทศที่มีการพัฒนาด้านอุตสาหกรรมอย่างรวดเร็ว วิธีการทำงานปรับเปลี่ยนตามวันเวลาที่เปลี่ยนไป เช่น ต้องออกจากบ้านเพื่อไปประกอบอาชีพแต่เช้ากลับถึงบ้านตอนดึก จนบางครั้งละเลยการดูแลสุขภาพของตนเองในด้านต่างๆ เช่น การบริโภคอาหาร ส่วนมากจะเลือกซื้อหรือรับประทานอาหารที่สะดวกสบาย รวดเร็ว ละเลยการออกกำลังกายและการสะสมความเครียดเพิ่มมากขึ้น นำมาซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรังในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะโรคออฟฟิศซินโดรม ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการทำงานซึ่งออฟฟิศซินโดรมไม่ใช่อาการที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน แต่เป็นอาการสะสมเรื้อรังจนสามารถทำให้มีผลต่อการทำงานและคุณภาพชีวิตได้ อุบัติการณ์ต่อการเกิดปัญหาสุขภาพในการทำงานของประเทศไทยนั้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในปัจจุบันส่งผลให้คนวัยทำงานต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่ในการทำงาน เพราะมีการปรับการทำงานมาทำงานที่บ้าน ทำให้มีการนั่งหน้าจอคอมพิวเตอร์นานขึ้น เพื่อทำงานหรือประชุมงาน มีการสั่งซื้ออาหารทางออนไลน์มากขึ้น เพราะไม่สามารถไปรับประทานอาหารที่ร้านอาหารได้ ส่งผลให้มีการขยับตัวที่ลดน้อยลง การเดินลดน้อยลง ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคออฟฟิศซินโดรมที่เพิ่มขึ้น⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทย พบว่าผู้ปฏิบัติงานมีอาการโรคออฟฟิศซินโดรมเพิ่มขึ้น โดยลักษณะอาการที่พบส่วนใหญ่คือ ปวดหลังเรื้อรัง ปวดศีรษะ และอาการอักเสบของเส้นประสาท ซึ่งเกิดจากการกดทับของข้อมือ เป็นผลมาจากการทำงาน การใช้คอมพิวเตอร์ติดต่อกันเป็นระยะเวลานานถึงวันละ 7 ชั่วโมง การมีสภาวะเครียดและมีพฤติกรรมการนั่งที่ไม่ถูกต้อง มีการเคลื่อนไหวในอริยาบถเดิมติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ซึ่งปัญหาสุขภาพในการทำงานเป็นปัญหาสำคัญต่อกลไกในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจโดยตรง พบปัญหานี้อย่างมากในประชากรที่อยู่ในช่วงของวัยทำงาน ผลกระทบที่เกิดขึ้นจึงส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการทำงาน ที่อาจร้ายแรงถึงขั้นสูญเสียบุคลากรส่วนหนึ่งออกไปจากระบบเศรษฐกิจ อันจะนำไปสู่ปัญหาขาดแคลนภาวะบุคลากรในภาคเศรษฐกิจของภาครัฐและเอกชนต่อไปในอนาคต อุบัติการณ์ต่อการเกิดปัญหา สุขภาพในการทำงานของประเทศไทย จำแนกตามความรุนแรงของโรคหรือสภาพของงาน กรณีเจ็บป่วยที่หยุดงานไม่เกิน 3 วัน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นซึ่งสามารถจำแนกปัญหาสุขภาพในการทำงานออกเป็นสองกลุ่มใหญ่ คือปัญหาสุขภาพที่เกิดจากอุบัติเหตุจากการทำงานกับภาวะของโรคหรือความผิดปกติของร่างกาย⁽²⁾

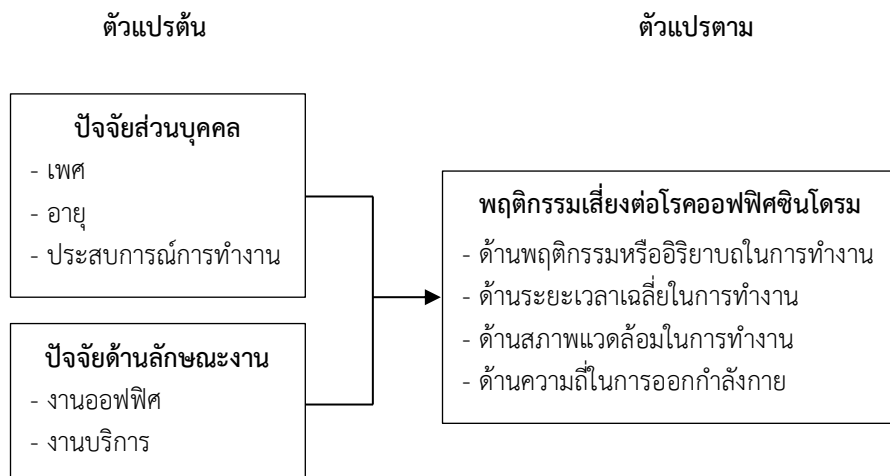
สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง สังกัดกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง มีบุคลากรทั้งหมด 220 คน มีทั้งส่วนงานที่เป็นภารกิจบริการ วิชาการ และสนับสนุน ซึ่งภารกิจวิชาการ และสนับสนุน มีการปฏิบัติงานในส่วนของงานออฟฟิศ คือ ปฏิบัติงานด้านวิชาการ พิมพ์เอกสาร วิชาการในคอมพิวเตอร์ มีการนั่งปฏิบัติงานที่โต๊ะเป็นเวลาหลายชั่วโมง รวมถึงมีการนั่งประชุมติดต่อกันเป็นเวลานาน ซึ่งมีการขยับตัวที่น้อย มีการเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณคอ บ่า มือ หลัง ซึ่งมีโอกาสในการเกิดโรคออฟฟิศซินโดรมมากขึ้น ซึ่งในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) บุคลากร

มีการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์โดยการไม่ลงไปรับประทานอาหารที่ร้านอาหาร แต่สั่งอาหารทางออนไลน์มารับประทานที่โต๊ะทำงาน มีการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆที่โต๊ะทำงานเพิ่มขึ้น การเดินทางไปประสานงานกันน้อยลง เนื่องจากต้องปฏิบัติตามมาตรการการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างเคร่งครัด คือมีการเว้นระยะห่างทางสังคม บุคลากรจึงมีพฤติกรรมที่เนือยนิ่งมากขึ้น ขยับตัวน้อยลง และมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคออฟฟิศซินโดรมมากยิ่งขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรมในวัยทำงานของบุคลากร สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เนื่องจากมีการใช้ชีวิตตามแนววิถีชีวิตใหม่ที่เพิ่มขึ้น เพื่อทราบถึงระดับพฤติกรรมเสี่ยง และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมในบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมืองในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากร ในสถานการณ์โรคระบาดในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรมของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมืองในวัยทำงาน ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรมของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมืองในวัยทำงาน ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

กรอบแนวคิดของการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรมในวัยทำงานของบุคลากร สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ ปาจรา โพธิ์หัง⁽³⁾

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานที่สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง จำนวน 220 คน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษากับประชากรทั้งหมดของสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่แบบสอบถาม โดยประยุกต์แบบสอบถามของ ฦภัทร เจริญ⁽⁴⁾ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล มีข้อความจำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ประสบการณ์การทำงาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านลักษณะงาน มีข้อความจำนวน 1 ข้อ ประกอบด้วยงานออฟฟิศ งานบริการ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรมของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมืองในวัยทำงาน ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ข้อความจำนวน 25 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1=ตรงกับความคิดเห็นน้อยที่สุด ถึง 5=ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด) ประกอบด้วย ด้านพฤติกรรมหรืออิริยาบถในการทำงาน ด้านระยะเวลาเสียในการทำงาน ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน ด้านความถี่ในการออกกำลังกาย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ผ่านขั้นตอนการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ค่าความตรงของเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.91 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Tryout) จำนวน 30 คน กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.92 ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสูง สามารถนำแบบสอบถามไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง ชี้แจงให้ทราบถึงการวิจัย และวัตถุประสงค์ของการวิจัย หากยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้รับบริการลงนามในแบบบันทึกยินยอมการเข้าร่วมวิจัย (Consent form) และตอบแบบสอบถามรูปแบบออนไลน์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรมในวัยทำงานของบุคลากร สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งจะใช้เวลาในการตอบประมาณ 10-15 นาที

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หมายเลข 561/2565 ลงวันที่ 23 สิงหาคม 2565 และให้ลงนามยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย

โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยให้ชัดเจน โดยข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการวิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยจะนำเสนอผลการศึกษามาในลักษณะภาพรวม เก็บข้อมูลเป็นความลับและทำลายข้อมูลหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย ข้อมูลนำมาใช้ประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้ เท่านั้น หากผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ประสงค์เข้าร่วมการวิจัย สามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรมในวัยทำงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ดังนี้

1. วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ และนำเสนอในรูปตาราง ประกอบคำบรรยาย

2. วิเคราะห์ปัจจัยด้านลักษณะงาน โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ และนำเสนอในรูปตาราง ประกอบคำบรรยาย

3. การวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรมของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมืองในวัยทำงาน ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำแนกรายด้านคือ ด้านพฤติกรรมหรืออิริยาบถในการทำงาน ด้านระยะเวลาเฉลี่ยในการทำงาน ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน ด้านความถี่ในการออกกำลังกาย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน แปลผลเป็นระดับโดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.21–5.00 หมายถึง พฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.41–4.20 หมายถึง พฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.61–3.40 หมายถึง พฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.81–2.60 หมายถึง พฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00–1.80 หมายถึง พฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับน้อยที่สุด

4. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านลักษณะงาน กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรมของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมืองในวัยทำงาน ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ โดยการบอกระดับหรือขนาดของความสัมพันธ์ จะใช้ตัวเลขของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ หากมีค่าเข้าใกล้ -1 หรือ 1 แสดงถึงการมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง แต่หากมีค่าเข้าใกล้ 0 แสดงถึงการมีความสัมพันธ์กันในระดับน้อย หรือไม่มีเลย ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พิจารณาโดยใช้เกณฑ์ ดังนี้ ค่า r ระดับของความสัมพันธ์ 0.90-1.00 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันสูงมาก, ค่า 0.70-0.90 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง, ค่า 0.50-0.70 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง, ค่า 0.30-0.50 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ค่า 0-0.30 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก เครื่องหมาย + หน้าตัวเลขสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ หมายถึง มีความสัมพันธ์กันไปในทิศทางเดียวกัน เครื่องหมาย - หน้าตัวเลขสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ หมายถึง มีความสัมพันธ์กันไปในทิศทางตรงกันข้าม⁽⁵⁾

ผลการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มากกว่าเพศชาย โดยเป็นเพศหญิงร้อยละ 79.5 และเพศชายร้อยละ 20.5 อายุส่วนใหญ่มากกว่า 40 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 66.36 ประสบการณ์ทำงานส่วนใหญ่มากกว่า 10 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 62.27 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (N=220)	ร้อยละ
เพศ		
- หญิง	175	79.5
- ชาย	45	20.5
อายุ		
- น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี	74	33.64
- มากกว่า 40 ปีขึ้นไป	146	66.36
ประสบการณ์ทำงาน		
- น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี	83	37.73
- มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	137	62.27

ปัจจัยด้านลักษณะงานกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะงานออฟฟิศร้อยละ 56.37 และงานบริการ ร้อยละ 43.63 ภาพรวมของพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=3.52$, $SD=0.76$) และด้านพฤติกรรมหรืออิริยาบถในการทำงานมีระดับมาก ($\bar{X}=4.18$, $SD=0.83$) รองลงมาคือด้านระยะเวลาเฉลี่ยในการทำงาน ($\bar{X}=4.11$, $SD=0.84$) อยู่ในระดับมากเช่นกัน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรม (N=220)

พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรม	$\bar{X}$	SD	ระดับความเสี่ยง
1. ด้านพฤติกรรมหรืออิริยาบถในการทำงาน	4.18	0.83	มาก
2. ด้านระยะเวลาเฉลี่ยในการทำงาน	4.11	0.84	มาก
3. ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน	2.76	0.78	ปานกลาง
4. ด้านความถี่ในการออกกำลังกาย	2.68	0.69	ปานกลาง
รวม	3.52	0.76	มาก

ภาพรวมของปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r=0.67$, $p<0.01$) โดยอายุมีความสัมพันธ์ในระดับสูง ($r=0.73$, $p<0.01$) ส่วนประสบการณ์ทำงานมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r=0.52$, $p<0.01$) และเพศมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r=0.58$, $p<0.01$)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรม (N=220)

ปัจจัยส่วนบุคคล	r	p	ระดับความสัมพันธ์
- เพศ	0.58	0.002**	ปานกลาง
- อายุ	0.73	0.003**	สูง
- ประสบการณ์ทำงาน	0.52	0.001**	ปานกลาง
รวม	0.67	0.000**	ปานกลาง

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ภาพรวมของปัจจัยด้านลักษณะงานมีความสัมพันธ์ในระดับสูง ($r=0.72$, $p<0.01$) โดยงานออฟฟิศมีความสัมพันธ์ในระดับสูง ($r=0.78$, $p<0.01$) และงานบริการ มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r=0.67$, $p<0.01$)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะงานต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรม (N=220)

ปัจจัยด้านลักษณะงาน	r	p	ระดับความสัมพันธ์
- งานออฟฟิศ	0.78	0.001**	สูง
- งานบริการ	0.67	0.002**	ปานกลาง
รวม	0.72	0.000**	สูง

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

การอภิปรายผลการวิจัย

พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรมของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมืองในวัยทำงานในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

จากผลการศึกษา พบว่าพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรมของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมืองในวัยทำงาน ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านพฤติกรรมหรืออิริยาบถในการทำงาน และด้านระยะเวลาเฉลี่ยในการทำงานอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน และด้านความถี่ในการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กุลิสรา อนันต์นันท์⁽⁶⁾ ศึกษาพฤติกรรมของคนทำงานกับการใช้แอปพลิเคชัน สำหรับลดความเสี่ยงจากออฟฟิศซินโดรม ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล พบว่าพฤติกรรมเสี่ยงจากออฟฟิศซินโดรมของคนทำงานในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑลภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านพฤติกรรมหรืออิริยาบถในการทำงาน และด้านระยะเวลาเฉลี่ยในการทำงานอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน และด้านความถี่ในการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ซึ่งสามารถอภิปรายเป็นรายด้าน ได้ดังนี้

1. ด้านพฤติกรรมหรืออิริยาบถในการทำงาน พบว่า มีความเสี่ยงอยู่ในระดับมาก เนื่องจากการไม่เปลี่ยนอิริยาบถเป็นเวลานานขณะปฏิบัติงาน นั่งหลังค่อมขณะปฏิบัติงาน นั่งจ้องจอคอมพิวเตอร์เป็นเวลานานขณะปฏิบัติงาน เกร็ง หลัง ไหล่ บ่า เป็นเวลานานขณะปฏิบัติงาน ส่งผลให้เกิดการเกร็งของกล้ามเนื้อติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน กล้ามเนื้อเกิดการเมื่อยล้า ส่งผลให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรมของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมืองในวัยทำงาน ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ สกุนตลา แซ่เตียว⁽⁷⁾ ศึกษา ผลของโปรแกรมให้ความรู้ต่อการรับรู้ความเสี่ยงอันตรายและพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์ซินโดรมของผู้ใช้คอมพิวเตอร์ในการทำงาน: หน่วยงานราชการพื้นที่เขตเมืองสงขลา พบว่าบุคลากรหน่วยงานราชการพื้นที่เขตเมืองสงขลา มีความเสี่ยงด้านพฤติกรรมหรืออิริยาบถในการทำงาน ต่อการเกิดกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์ซินโดรมอยู่ในระดับมากเช่นกัน

2. ด้านระยะเวลาเฉลี่ยในการทำงาน พบว่า มีความเสี่ยงอยู่ในระดับมาก เนื่องจากส่วนมากนั่งทำงานที่โต๊ะ 3-4 ชั่วโมงต่อวัน มีการขยับร่างกายน้อย และนั่งทำงานในลักษณะที่ต่อเนื่องเป็นเวลานานโดยไม่พัก ส่งผลให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรมของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมืองในวัยทำงาน ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ⁽⁸⁾ ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันและการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์ซินโดรมของบุคลากรสายสนับสนุน พบว่าบุคลากรสายสนับสนุน มีความเสี่ยงด้านระยะเวลาเฉลี่ยในการทำงานต่อการเกิดกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์ซินโดรมอยู่ในระดับมากเช่นกัน

3. ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน พบว่ามีความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากเก้าอี้ที่นั่งมีพนักพิง สามารถปรับระดับความสูงได้ตามที่ต้องการ มีเบาะรองนั่งที่นุ่มสบาย โต๊ะปฏิบัติงานมีความสูงที่เหมาะสม คอมพิวเตอร์ที่ใช้มีความสว่างของหน้าจอคอมพิวเตอร์ที่เหมาะสม อุปกรณ์ทำงานอื่นๆ ที่ใช้มีความเหมาะสม ห้องทำงานที่ปฏิบัติงานมีแสงสว่างเพียงพอ มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก มีความเหมาะสมในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรมของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมืองในวัยทำงาน ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ ณากรินทร์ ภัสราธร⁽⁹⁾ ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการเกิดกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมของพนักงานบริษัทในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าพนักงานบริษัทในเขตกรุงเทพมหานคร มีความเสี่ยงด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานต่อการเกิดกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน

4. ด้านความถี่ในการออกกำลังกาย พบว่ามีความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากขณะอยู่ที่ทำงานมีการออกกำลังกาย 15-30 นาทีต่อวัน ซึ่งมีระยะเวลาในการออกกำลังกายที่น้อย นั่งอยู่กับที่เป็นเวลานาน ไม่มีการขยับร่างกายอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรมของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมืองในวัยทำงาน ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ บุษยา สังขชาติ⁽¹⁰⁾ ศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายของการรับรู้ความเสี่ยงอันตราย ที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์ซินโดรมของบุคลากร

สายสนับสนุน พบว่าบุคลากรสายสนับสนุน มีความเสี่ยงด้านความถี่ในการออกกำลังกายต่อการเกิดกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์ซินโดรมอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน

ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรมของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัดในวัยทำงาน ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

จากการศึกษา พบว่าภาพรวมของปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรมของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัดในวัยทำงาน ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่ง เพศ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรมของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัดในวัยทำงาน ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยบุคลากรทั้งเพศชายและเพศหญิงมีการขยับร่างกายที่น้อย และมีการนั่งหลังค่อมขณะปฏิบัติงาน นั่งจ้องจอคอมพิวเตอร์เป็นเวลานาน ขณะปฏิบัติงาน เกร็ง หลัง ไหล่ บ่า เป็นเวลานาน ขณะปฏิบัติงาน ส่งผลให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรม ส่วนอายุ มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรมของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัดในวัยทำงาน ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยบุคลากรที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี และบุคลากรที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป มีการเคลื่อนไหวร่างกายขณะปฏิบัติงานที่น้อย มีการนั่งปฏิบัติงานที่โต๊ะทำงานมากกว่าการเดินปฏิบัติงาน จึงเกิดพฤติกรรมเนือยนิ่งที่ ส่งผลให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรม และประสิทธิภาพการทำงานมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรมของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัดในวัยทำงาน ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เนื่องจาก บุคลากรที่มีประสิทธิภาพการทำงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี และประสิทธิภาพการทำงานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป มีการขยับร่างกายน้อย และนั่งทำงานในลักษณะที่ต่อเนื่องเป็นเวลานานโดยไม่พัก ส่งผลให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรม สอดคล้องกับการศึกษาของ อ้นยวงศ์ เศรษฐพิทักษ์⁽¹¹⁾ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลให้พนักงานออฟฟิศทำงานติดต่อกันเป็นระยะเวลานานและเป็นโรคคอมพิวเตอร์ซินโดรม พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ ประสิทธิภาพทำงาน มีผลต่อการเกิดโรคคอมพิวเตอร์ซินโดรมในพนักงานออฟฟิศ เช่นกัน

ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านลักษณะงาน และพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรมของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัดในวัยทำงาน ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

จากการศึกษา พบว่า ภาพรวมของปัจจัยด้านลักษณะงาน มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรมของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัดในวัยทำงาน ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งงานออฟฟิศ มีความสัมพันธ์ระดับสูงต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรมของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัดในวัยทำงาน ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เนื่องจากลักษณะงานที่นั่งปฏิบัติงานที่โต๊ะเป็นเวลานาน มีการใช้สายตาจ้องคอมพิวเตอร์เป็นเวลานาน ขณะปฏิบัติงาน เกร็ง หลัง ไหล่ บ่า ข้อมือ และแขน

เป็นเวลานานขณะปฏิบัติงาน ส่งผลให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรมมาก ส่วนงานบริการมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรมของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมืองในวัยทำงาน ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เนื่องจากงานบริการมีการขยับร่างกายบ่อยครั้ง มีการลุกยืน เดิน ขณะปฏิบัติงาน มีเพียงงานบริการบางประเภทที่นั่งปฏิบัติงานที่โต๊ะ ทำให้เกิดพฤติกรรมเนือยนิ่ง ส่งผลให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรมในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ พงษ์ฤทธิ์ นาเสงี่ยม⁽¹²⁾ ศึกษาการพัฒนาสื่อปฏิสัมพันธ์เพื่อการออกกำลังกายเพื่อการบำบัดโรคออฟฟิศซินโดรม พบว่า ปัจจัยด้านลักษณะงานมีผลต่อการเกิดโรคออฟฟิศซินโดรม

ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงาน

1. ควรมีการส่งเสริมการออกกำลังกายที่ชัดเจน หรือมีการขยับร่างกาย ยืดเหยียดร่างกายระหว่างวัน ในการลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง และลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรมอย่างต่อเนื่อง
2. ควรมีการจัดสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดี มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก มีแสงสว่างที่เพียงพอ มีอุปกรณ์การปฏิบัติงานที่เหมาะสม รวมถึงการจัดโต๊ะทำงานที่สะอาด เหมาะกับการปฏิบัติงาน เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรม

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาหาความสัมพันธ์ของปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการเกิดโรคออฟฟิศซินโดรม เช่น ปัจจัยด้านอาหาร การพักผ่อน เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเชิงคุณภาพ อาทิ การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เพื่อให้ได้ข้อมูลรายละเอียดในเชิงลึกของสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคออฟฟิศซินโดรมมากยิ่งขึ้น
3. ควรมีการศึกษาการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในหน่วยงาน เพื่อลดการเกิดโรคออฟฟิศซินโดรม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงาน และบุคลากร สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง ที่สนับสนุน ให้คำแนะนำ ในการวิจัย และให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ขอขอบพระคุณนางสาวเกศรา โชคนาชัยศิริ รองผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง ที่ให้คำแนะนำ ชี้แนะ และให้คำปรึกษาในการทำวิจัย ทำให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยทุกท่าน และขอขอบคุณผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา และบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 และผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ให้ข้อเสนอแนะการจัดทำบทความวิชาการเผยแพร่ผลงานวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ชาคิต สัตยารมณ, ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์ นิชิโรจน์, นพวรรณ เปียชื่อ. ผลของการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยและประคบสมุนไพรร่วมกับการใช้ยา ต่ออาการปวดหลังส่วนล่างและปฏิกิริยาสะท้อนความตึงตัวของกล้ามเนื้อในผู้ที่มีการปวดหลังส่วนล่าง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2557;25(2):1-13.

2. ชนะวงศ์ หงษ์สุวรรณ, วิชัย อิงพิณิจพงศ์, อุไรวรรณ ชีวาลัย. ผลของการนวดไทยประยุกต์ต่อการเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพทางกายของนักกีฬา: การศึกษานำร่อง. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด. 2557;26(2):197-204.
3. ปาจร่า โพธิ์หัง, นนทกร ดำรงค์, อโนชา ทัศนารณชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมกับพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมของ บุคลากรสายสนับสนุนในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. วารสารพยาบาลสหราชอาณาจักร. 2564;14(2):235-50.
4. ณภัทร เจียรณย์. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มพนักงานบริษัทเอกชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคออฟฟิศซินโดรม. [สารนิพนธ์การจัดการมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2557.
5. ชุศรี วงศ์รัตน์. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: เทพเนรมิตการพิมพ์; 2562.
6. กุลิสรา อนันต์นับ, วัณณญา ติโลกะวิชัย. พฤติกรรมของพนักงานกับการใช้แอปพลิเคชันสำหรับลดความเสี่ยงจากออฟฟิศซินโดรม ในเขตกรุงเทพฯและปริมณฑล. วารสารวิทยาลัยบัณฑิตศึกษาด้านการจัดการ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2563;13(2):47-69.
7. สกุนตลา แซ่เตียว, ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ, วรินทร์ลดา จันทวีเมือง. ผลของโปรแกรมให้ความรู้ต่อการรับรู้ความเสี่ยงอันตรายและพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์ซินโดรมของผู้ใช้คอมพิวเตอร์ในการปฏิบัติงาน: หน่วยงานราชการพื้นที่เขตเมืองสงขลา. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2562;6(29):48-59.
8. ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ, สกุนตลา แซ่เตียว. พฤติกรรมป้องกันและการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์ซินโดรมของบุคลากรสายสนับสนุน. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม. 2561;19(37):69-83.
9. ณภารินทร์ ภัสราธร. พฤติกรรมป้องกันและการเกิดกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมของพนักงานบริษัทในเขตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาการตลาด]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2562.
10. ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ, บุษยา สังฆาต, ทิพย์สุคนธ์ กิจรุ่งโรจน์, ทองใหญ่ วัฒนศาสตร์, วรินทร์ลดา จันทวีเมือง และคณะ. ความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายของการรับรู้ความเสี่ยงอันตราย ที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์ซินโดรมของบุคลากรสายสนับสนุน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2561;5(2):258-71.
11. ธันยวงศ์ เศรษฐพิทักษ์. ปัจจัยที่ส่งผลให้พนักงานออฟฟิศทำงานติดต่อกันเป็นระยะเวลานานและเป็นโรคคอมพิวเตอร์ซินโดรม [วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.
12. พงษ์ นาเสียม. การพัฒนาสื่อปฏิสัมพันธ์เพื่อการออกกำลังกายสำหรับการบำบัดโรคออฟฟิศซินโดรม. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสื่อนวัตกรรม]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2562.

ผลประเมินตนเองเกี่ยวกับการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ของคลินิกหมอครอบครัวเพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พื้นที่เขตเทศบาลนคร

จินดา คำแก้ว, ส.ม.*^a

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ช่วงเวลาใด เวลาหนึ่ง ในกลุ่มบุคลากรสุขภาพปฏิบัติงาน คลินิกหมอครอบครัว เครือข่ายบริการสุขภาพยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา จำนวน 54 คน ด้วยเครื่องมือตามกรอบแนวคิดของ Primary Care และ Chronic Care Model (CCM) ที่ประเมินความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ (IOC=0.8) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการประเมินด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงาน PCU ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.3 อายุเฉลี่ย 44.4 ปี (SD=9.85) มีประสบการณ์ทำงานปฐมภูมิเกิน 3 ปี ($\bar{X}=7.69$ SD=5.72) ทำหน้าที่ผู้ให้บริการ/ร่วมให้บริการ กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองตามแบบประเมินกระบวนการจัดบริการ 5 ด้านตามแนวคิดของ CCM โดยรวม ด้านคุณภาพของกระบวนการหลัก ระดับ B (79.6%) $\bar{X}=6.40$ (SD=1.44) ด้านคุณภาพของกระบวนการสนับสนุน ระดับ B (51.9%) $\bar{X}=7.18$ (SD=1.39) ปัญหาอุปสรรคในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือสหวิชาชีพมีภาระงานมากเมื่อเทียบอัตรากำลัง ตัวชี้วัดกระทรวงไม่ตอบรับของชุมชน ระบบการบริหารงบประมาณยังเกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลแม่ข่าย สภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการทำงาน และข้อจำกัดของเครื่องมือทางการแพทย์ แต่บรรยากาศการทำงาน มีความอิสระ มีความร่วมมือกันเป็นอย่างดีของสหวิชาชีพ ส่วนพัฒนาของระบบสนับสนุนจากองค์กรแม่ข่าย คือทบทวนกระบวนการจัดการเรียนรู้ การสื่อสารร่วมกันอย่างต่อเนื่องและชัดเจน รวมทั้งออกแบบแนวปฏิบัติระบบการดูแลสุขภาพให้ชัดเจน

จากผลการศึกษา ควรยึดหลักออกแบบเพื่อจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคลินิกหมอครอบครัว ตามบริบทของกลุ่มเป้าหมายและศักยภาพทีมสหวิชาชีพ และมีการสื่อสารกันระหว่างสหวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน และมีอิสระในการบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัว

คำสำคัญ: การประเมินตนเอง; การจัดบริการดูแลสุขภาพ; คลินิกหมอครอบครัว

*อาจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^a Corresponding author: จินดา คำแก้ว Email: jinda@scphub.ac.th

รับบทความ: 16 เม.ย. 66; รับบทความแก้ไข: 15 พ.ค. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 15 พ.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 11 มิ.ย. 66

Self-Assessment of Primary Healthcare Service Delivery System at Family Medicine Clinics for Managing Non-Communicable Chronic Diseases in Municipal Districts

Jinda Khumkaew, MPH^a

Abstract

This cross-sectional study was conducted with a group of 54 healthcare personnel working in family physician clinics of Chaityagun network of Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani province, who voluntarily participated in the study. Instruments used in this study were based on the Primary Care and Chronic Care Model (CCM) frameworks, which were content-validated by experts (IOC=0.8). Data were collected through self-assessment and analyzed using frequencies, percentages, means and standard deviations.

The study found that the majority of the Primary Care Unit (PCU) workforce samples were female (83.3%) with an average age of 44.4 years (SD=9.85) and had more than 3 years of experience working in primary care ($\bar{X}$ =7.69, SD=5.72). They served as service providers/care team members. The samples self-evaluated their performance in 5 domains of the CCM framework. Overall, the quality of the main care process was at level B (79.6%) with $\bar{X}$ =6.40 (SD=1.44), while the quality of the supporting care process was at level B (51.9%) with $\bar{X}$ =7.18 (SD=1.39). The obstacles to providing primary health care services were: high workload of health professionals compared to the available workforce, lack of fit between the Ministry of Public Health's indicators and the community's contexts, budget management system linked to the district hospital, unfavorable working environments, and limited medical tools. However, the work atmosphere was characterized by autonomy and good collaboration among health professionals. The development of the support system from the network organization involved reviewing the learning management process, continuous and clear communication, as well as designing a clear health care management system.

Therefore, the principle of designing family physician clinics to provide primary healthcare services should be based on the contexts of the target population and the potential of the interprofessional team. Regular communications among healthcare professionals should

* Instructor, Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Phraboromarajchanok Institute

^a Corresponding author: Jinda Khumkaew Email: jinda@scphub.ac.th

Received: Apr. 16, 23; Revised: May 15, 23; Accepted: May 15, 23; Published Online: Jun. 11, 23

be maintained to promote collaborative learning and ensure autonomy in the management of family physician clinics.

Keywords: Self-assessment; Healthcare delivery; Family physician clinic

บทนำ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย กำหนดให้รัฐจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง อีกทั้งแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขระยะ 20 ปี ยังมุ่งลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มการเข้าถึงระบบสุขภาพ โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางในการให้บริการสุขภาพ⁽¹⁾ และพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 มุ่งให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพ มีความเป็นธรรม มีคุณภาพ มีมาตรฐาน ภายใต้นโยบาย “คลินิกหมอครอบครัว” และการพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (พ.ศ.2560-2569) ดังนั้น การดูแลที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง จึงเป็นการดูแลรักษาที่เน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญ บนพื้นฐานความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยกับทีมรักษาพยาบาล ในการวางแผนการดูแล การให้การดูแล และการประเมิน⁽²⁻⁴⁾ ทำให้บริการสุขภาพโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางจึงเป็นคำตอบของระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำหรับออกแบบกระบวนการบริการสุขภาพ ที่คำนึงถึงวิถีชีวิตและบริบทรอบตัวของประชาชนให้การดูแลที่ตรงคน ตรงความจำเป็น ไม่ทำให้การดูแลทางคลินิกเป็นปัญหากับการใช้ชีวิต⁽⁵⁻⁶⁾ ระบบบริการปฐมภูมิจำเป็นต้องช่วยให้ประชาชนเข้าถึงทีมสุขภาพประจำตัว และเชื่อมโยงถึงภาคีต่างๆ ได้มากที่สุดภายใต้บริบทที่เป็น และประชาชนต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีมีความศรัทธา จึงเป็นที่มาของการนำแนวคิดต่างๆ มารวมใช้ในการออกแบบการดูแลสำหรับระบบปฐมภูมินี้ ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชนดีขึ้น (Better health outcomes) มีการใช้หลักคิดการจัดบริการแบบมุ่งเน้นคุณค่า (Value-based health care) มาใช้ในการออกแบบซึ่งตรงตามเป้าหมาย ในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ “Triple Aim” ได้แก่ Better service, Better outcome และ Cost per capita ที่มีองค์ประกอบ 5 ข้อปฏิบัติการ ได้แก่ 1) First contact with engagement, 2) Individual care plan, 3) Personal health record for self-monitoring program, 4) Health literacy & self-management program และ 5) Continuity & coordination ทั้งนี้ องค์ประกอบทั้ง 5 มีลักษณะที่สำคัญที่จะทำให้เกิดการดูแลที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง สามารถจัดให้เกิดกระบวนการที่เชื่อมโยงต่อเนื่อง และสามารถใช้ได้กับทุกชุดบริการไม่ว่าจะเป็น การรักษาโรค การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค⁽⁷⁾ เพื่อพัฒนาระบบบริการที่เป็นการดูแลแบบองค์รวม และลดความเหลื่อมล้ำด้วยแนวคิดบริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี โดยทีมหมอครอบครัว การจะบรรลุเป้าประสงค์ดังกล่าวได้จำเป็นต้องมีการออกแบบระบบและกระบวนการจัดการบริการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิใหม่

พื้นที่เขตเมืองใหญ่ของประเทศไทย พบปัญหาด้านการให้บริการสุขภาพ⁽⁸⁾ ได้แก่ ความซ้ำซ้อนของหน่วยงานสุขภาพในพื้นที่ รวมทั้งการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ไม่เท่าเทียม/ทั่วถึง การให้บริการสุขภาพเชิงรุกที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อการจัดบริการสุขภาพ การออกแบบกระบวนการคุณภาพบริการที่เด่นชัด

กับภาวะโรค ภาวะเจ็บป่วยของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ คือ “คลินิก NCD คุณภาพ” ซึ่งเป็นต้นทุนคุณภาพของหน่วยบริการฯ ที่สามารถต่อยอดสู่การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการควบคุมป้องกันของคลินิกหมอครอบครัวสำหรับใช้เป็นแนวคิดสู่การบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัวตามแนวคิดเรื่องการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางพื้นที่เขตเทศบาลนครอุบลราชธานี ที่สะท้อนผลของการจัดบริการสุขภาพรูปแบบบริการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care model: CCM) ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และสะท้อนสถานการณ์ของกระบวนการจัดบริการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิพร้อมนำไปสู่การพัฒนาการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตเมืองได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์วิจัย

ศึกษาผลประเมินตนเองเกี่ยวกับการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคลินิกหมอครอบครัวเพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พื้นที่เขตเทศบาลนคร

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยของการศึกษาค้นคว้านี้ ใช้แนวคิดระบบบริการปฐมภูมิ (Primary care)⁽⁹⁾ ระบบบริการแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Integrated people-centered health service)⁽¹⁰⁾ และรูปแบบบริการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care model: CCM)⁽¹¹⁾

วิธีการวิจัย

วิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2562–เมษายน 2563 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินกระบวนการจัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) กับกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินด้วยตนเอง ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ คือบุคลากรสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ เขตเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 74 คน โดยกลุ่มตัวอย่างถูกเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 54 คน มีเกณฑ์คัดเลือกเข้าร่วมวิจัย ดังนี้

1. เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
2. เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นผู้จัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยตรง ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด โภชนากรและแพทย์แผนไทย เป็นต้น
3. สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย
4. ไม่มีปัญหาสุขภาพอันจะมีผลทำให้เกิดปัญหารุนแรงระหว่างเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินกระบวนการจัดการบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน และความดันโลหิตสูง)⁽¹²⁾ โดยแบบประเมินนี้เป็นลักษณะของ Self-report questionnaire แบ่งออกเป็น 4 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ตอนที่ 2 ความเห็นต่อกระบวนการจัดการบริการ ตอนที่ 3 ความเห็นต่อระบบสนับสนุนต่างๆ และ ตอนที่ 4 ความเห็นเพื่อปรับปรุงงาน (คำถามปลายเปิด) โดยในตอนที่ 2 และ 3 มีลักษณะเป็น Scoring rubrics ซึ่งเกิดจากการรวมกันระหว่างเกณฑ์การให้คะแนน (Scoring criteria) กับมาตราประมาณค่าหรือระดับคะแนน (Rating scale) เพื่อระบุถึงความแตกต่างของผลงานหรือประสิทธิภาพของงานโดยมีค่าคะแนนดังนี้

- D เป็นระดับต่ำสุด บ่งชี้ว่ามีการดำเนินการหรือการสนับสนุนน้อยมากถึงไม่มีเลย คะแนน 1 คะแนน
- C มีการดำเนินการเป็นครั้งคราว ไม่สม่ำเสมอหรือบริการแบบตั้งรับ มีการให้การสนับสนุนขั้นพื้นฐาน คะแนน 2-4 คะแนน
- B มีการดำเนินการและจัดการอย่างเป็นระบบ มีการทำงานเป็นทีมและมีการบริการที่เชื่อมประสานดี มีระบบการสนับสนุนที่ดี คะแนน 5-7 คะแนน
- A ดีมาก มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบรอบด้าน ครบคลุม คะแนน 8-10 คะแนน

ทั้งนี้แบบประเมินนี้ได้ผ่านการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญและผู้มีประสบการณ์ด้านการจัดการระบบสุขภาพ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมเนื้อหาให้ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ศึกษา ตลอดจนความเหมาะสมและความชัดเจนของภาษา และเลือกคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.6 ขึ้นไปเพื่อนำไปพิจารณาใช้ต่อไป

จริยธรรมวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

รับการอนุมัติรับรองจริยธรรมวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี รหัส COA.NO. MURA2019/1010 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย (Participant information form) เกี่ยวกับความเป็นมา วัตถุประสงค์ รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย ประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัย และมีหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed consent form) ทั้งนี้การจัดเก็บรวบรวมข้อมูล การนำเสนอข้อมูล และรายงานผลภาพรวม ไม่เจาะจงรายบุคคล

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกิจกรรม 54 คน ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 83.3 อายุเฉลี่ย 44.4 ปี (SD=9.85) การศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี ร้อยละ 72.2 ตำแหน่งในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 51.8 ระยะเวลาปฏิบัติงานในทีมหมอครอบครัว เฉลี่ย 7.69 ปี (SD=5.72) บทบาทที่เกี่ยวข้องในการจัดการบริการแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง คือผู้ให้บริการ/ร่วมให้บริการ ร้อยละ 67.1 ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	8	14.81
หญิง	45	83.33
ไม่ระบุ	1	1.85
อายุ (ปี)		
21-40	14	15.90
41-60	39	72.20
Mean=44.4; SD=9.85; Min=25; Max=58		
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	39	72.22
ปริญญาโท	12	22.22
วุฒิปัตร์/อนุมัติบัตร/ปริญญาเอก	2	3.70
ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน		
พยาบาลวิชาชีพ	28	51.85
แพทย์	9	16.67
เภสัชกร	3	5.56
ทันตแพทย์	3	5.56
นักกายภาพบำบัด	2	3.70
นักวิชาการสาธารณสุข	2	3.70
แพทย์แผนไทย	2	3.70
อื่นๆ	6	11.11
ระยะเวลาปฏิบัติงานในทีมหมอกรอบครัว (ปี)		
ไม่เกิน 1 ปี	9	16.67
ระหว่าง 1-2 ปี	9	16.67
ระหว่าง 2-3 ปี	1	1.85
มากกว่า 3 ปี	32	59.26
Mean=7.69; SD=5.72; Min=1; Max=17		

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
บทบาทที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง		
System manager	5	6.85
Case manager	8	10.96
ผู้จัดการ NCD clinic	5	6.85
ผู้จัดการ PCC	2	2.74
หัวหน้าหน่วยบริการ	4	5.48
ผู้ให้บริการ/ร่วมให้บริการ	49	67.12

ส่วนที่ 2 ผลการประเมินกระบวนการจัดบริการ

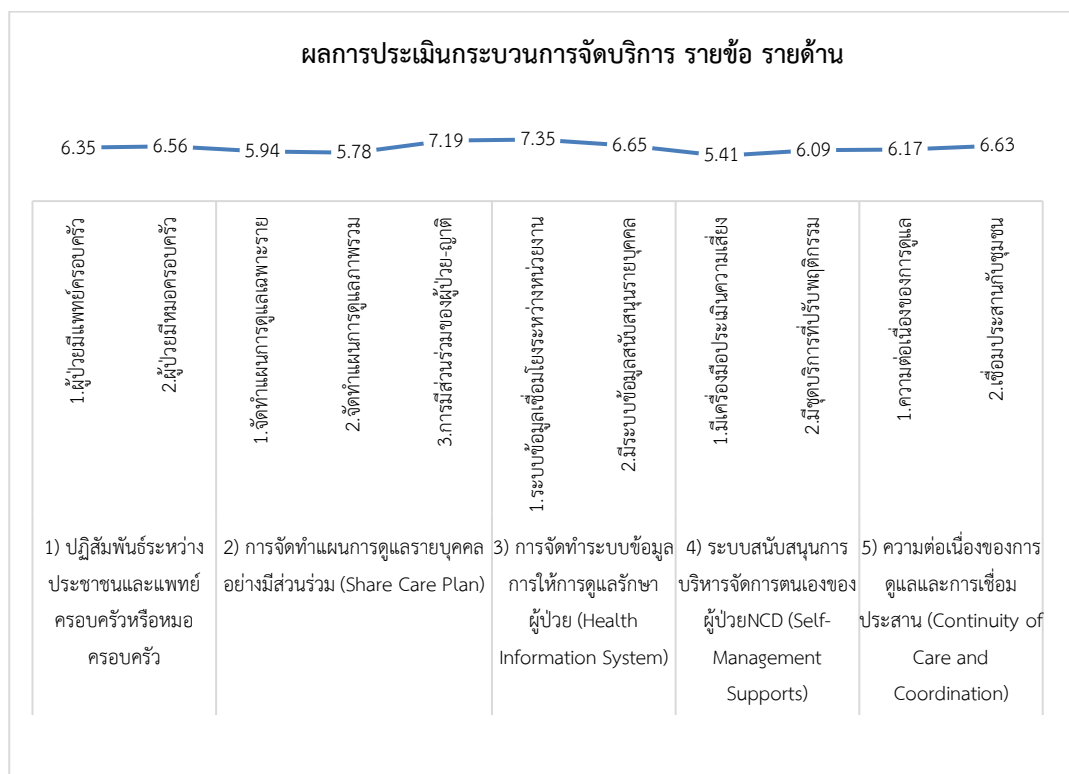
ประเมินตนเองตามแบบประเมิน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนและแพทย์ครอบครัวหรือหมอครอบครัว ด้านการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม ด้านการจัดทำระบบข้อมูล การให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ด้านระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วย NCD และด้านความต่อเนื่องของการดูแลและการเชื่อมประสาน พบว่า ส่วนใหญ่ประเมินตนเองระดับ B ร้อยละ 79.6 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ระดับคุณภาพ ผลการประเมินกระบวนการจัดบริการ

ด้านประเมินกระบวนการจัดบริการ	จำนวน (n) และร้อยละ (%) ระดับคุณภาพ			
	ต่ำสุด (D)	พื้นฐาน (C)	ดี (B)	ดีมาก (A)
1. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนและแพทย์ครอบครัวหรือหมอครอบครัว (Interaction between citizens and family physicians)	1 (1.9)	9 (16.7)	30 (55.6)	14 (25.9)
2. การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม (Share care plan)	1 (1.9)	9 (16.7)	32 (59.3)	12 (22.2)
3. การจัดทำระบบข้อมูลการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย (Health information system)	0 (0.0)	3 (5.6)	34 (63.0)	17 (31.5)
4. ระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วย NCD (Self-management supports)	0 (0.0)	20 (37.0)	29 (53.7)	5 (9.3)
5. ความต่อเนื่องของการดูแลและการเชื่อมประสาน (Continuity of care and coordination)	0 (0.0)	4 (7.4)	38 (72.2)	12 (22.2)
รวม	1 (1.9)	5 (9.3)	43 (79.6)	5 (9.3)

เมื่อวิเคราะห์รายข้อในแต่ละด้าน โดยมีค่าคะแนน 1-10 และระดับคุณภาพ A, B, C และ D และ แปลผลเป็นค่าเฉลี่ยรายข้อ รายด้าน ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยสูงสุด ด้านที่ 2 การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม ข้อ 3 ความรอบด้านและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติในการกำหนดเป้าหมายการดูแลรักษา ($\bar{X}$ =3.52, SD=0.68) รองลงไป คือ ด้านที่ 3 การจัดทำระบบข้อมูลการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ข้อ 1 ระบบข้อมูลเชื่อมต่อระหว่างสถานพยาบาล ($\bar{X}$ =3.50, SD=0.62) ส่วนคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านที่ 1 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนและแพทย์ครอบครัวหรือหมอครอบครัว ข้อ 1 ผู้ป่วยมีแพทย์ครอบครัว ($\bar{X}$ =1.98, SD=0.15) และด้านที่ 4 ระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วย NCD ข้อ 1 มีเครื่องมือประเมินความเสี่ยงด้านต่างๆของผู้ป่วย ($\bar{X}$ =2.66, SD=0.69) ดังรูปที่ 1

รูปที่ 1 ค่าเฉลี่ยรายข้อ รายด้าน การประเมินตนเองด้านกระบวนการจัดบริการ



ส่วนที่ 3 ผลการประเมินระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการโดยใช้โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นกรณีตัวอย่าง

ประเด็นระบบสนับสนุน จำนวน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ทีมหมอครอบครัวและทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลแม่ข่ายในการดูแลผู้ป่วย NCD 2) มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง 3) การทำความเข้าใจต่อหลักการจัดบริการครบ 5 องค์ประกอบ 4) ความเชื่อมั่นของทีมต่อการมีอิสระ

ที่จะจัดสรรเวลาทำงานให้ผู้ป่วยตามที่ตนเห็นว่าจำเป็น มีจำนวนข้อคำถามประเมิน 4 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนน ตั้งแต่ 1-10 และระดับคุณภาพ A-B-C-D พร้อมแปลผลเป็นค่าเฉลี่ยรายข้อ ซึ่งกลุ่มเป้าหมายได้ประเมินตนเองตามประสบการณ์โดยแบบประเมินระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการโดยใช้โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นกรณีตัวอย่าง พบว่า ข้อ 4 ความเชื่อมั่นของทีมต่อการมีอิสระที่จะจัดสรรเวลาทำงานให้ผู้ป่วยตามที่ตนเห็นว่าจำเป็น มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3.70 (SD=0.51) จากคะแนนเต็ม 5.00 ส่วนคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ข้อ 1 ทีมหมอครอบครัวและทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย NCD เฉลี่ย 3.41 (SD=0.66) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผล ระบบสนับสนุนขององค์กร

ด้าน	ด้านระบบสนับสนุนขององค์กร	ค่าเฉลี่ย (10)	SD	แปลผล (ระดับ)
1	ทีมหมอครอบครัวและทีมสหวิชาชีพของรพ.ชุมชนในการดูแลผู้ป่วย NCD	7.06	1.753	ดี (B)
2	มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง	7.17	1.551	ดี (B)
3	การทำความเข้าใจต่อหลักการจัดบริการครบ 5 องค์ประกอบ คือ 1) การจัดการสภาวะสุขภาพระดับประชากร 2) การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ 3) การบริหารแรงจูงใจของทีมดูแลสุขภาพ 4) การวัดผล 5) การติดตามผล	6.69	1.746	ดี (B)
4	ความเชื่อมั่นของทีมต่อการมีอิสระที่จะจัดสรรเวลาทำงานให้ผู้ป่วยตามที่ตนเห็นว่าจำเป็น	7.81	1.638	ดี (B)
รวม		7.18	1.385	ดี (B)

ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการพัฒนา

ผู้ตอบแบบสอบถามได้ตอบคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและแนวทางการพัฒนาจำนวน 40 คน (ร้อยละ 74.1) พบว่าประเด็นด้านการพัฒนาศักยภาพทีม และการพัฒนาระบบบริการได้รับการเสนอแนะมากที่สุดจากทุกสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานปฐมภูมิ และทุกหน่วยบริการฯ โดยปัญหาอุปสรรคและแนวทางการพัฒนา ได้แก่ การระงับงานมากเมื่อเทียบอัตรากำลัง ตัวชี้วัดกระทรวงไม่ตอบบริบทของชุมชน ระบบการบริหารงบประมาณยังโยงกับโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ขวัญและกำลังใจของคนทำงานปฐมภูมิสารสนเทศยังไม่ตอบโจทย์การทำงาน โปรแกรมบันทึกเพื่อจัดเก็บข้อมูลที่หลากหลาย เครื่องมือ อุปกรณ์วัสดุทางการแพทย์บางรายการไม่เพียงพอ บางรายการเสื่อมสภาพ และสถานที่ปฏิบัติงานคับแคบ ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน แต่ทั้งนี้ ผู้ประเมินยังระบุจุดเด่นของการให้บริการระดับปฐมภูมิ ได้แก่ บรรยากาศการทำงาน

มีความอิสระ มีความร่วมมือกันเป็นอย่างดีของสหวิชาชีพ และการพัฒนาความรู้ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ได้อบรมเพิ่มพูนความรู้ต่อเนื่อง เมื่อพิจารณาปัญหาด้านกระบวนการจัดบริการและกระบวนการสนับสนุนจากองค์กร เมื่อแยกด้านกระบวนการจัดการและด้านระบบสนับสนุน สรุปได้ว่า

4.1 กระบวนการจัดบริการ

ผู้ป่วย NCD บางคนไม่ชำนาญการใช้เทคโนโลยี ไม่ทราบช่องทางการติดต่อโดยตรงกับแพทย์ ผู้ป่วยได้รับข้อมูลหมอครอบครัวจากผู้นำชุมชน/อสม.แต่ยังสับสนคำว่า “หมอครอบครัว” “แพทย์ครอบครัว” ผู้ป่วยบางรายยังเข้าถึงแพทย์เฉพาะทางไม่สะดวก ระบบการให้บริการบางอย่าง ยังไม่ได้มาตรฐาน และไม่ทันสมัย การแข่งคิวในการให้บริการที่คลินิก แผนการดูแลเฉพาะราย ขาดความเชื่อมโยงและขาดความต่อเนื่อง แผนการดูแลยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย และไม่มีการปรับปรุงแผนให้ทันสมัย ขาดการประสานงานที่ดีระหว่างสหวิชาชีพกับภาคีเครือข่าย ระบบข้อมูลเชื่อมโยงระหว่างสถานพยาบาล ขาดการตอบกลับ และความล่าช้า และความสมบูรณ์ของข้อมูลในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยที่เชื่อมโยงระหว่างสถานพยาบาล สมุดประจำตัวผู้ป่วยไม่เพียงพอ ขาดให้ความสำคัญกับการบันทึกข้อมูลและสมุดประจำตัวผู้ป่วย เครื่องมือประเมินความเสี่ยงไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยไม่ประเมินความเสี่ยง เพราะคิดว่าเป็นบทบาทเจ้าหน้าที่ฯ ขาดระบบการติดตาม ดูแลอย่างเป็นระบบและชัดเจน การช่วยเหลือ ที่ยังไม่ครอบคลุมทุกรายทุกมิติ เนื่องจากขาดทุน ข้อจำกัดในการประสานงานระหว่าง อสม.กับผู้นำชุมชนและบุคลากรยังขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนรวมทั้งขาดการติดตามผลที่เป็นรูปธรรม

4.2 กระบวนการสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการโดยใช้โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นกรณีตัวอย่าง

ทีมหมอครอบครัวและทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลแม่ข่ายในการดูแลผู้ป่วย ยังขาดกระบวนการจัดการเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง/ชัดเจน วางระบบการจัดบริการที่ไม่ชัดเจน และมีเพียงบางกิจกรรมในบางรายเท่านั้น ยังทำความเข้าใจในการสื่อสารกิจกรรมร่วมกันไม่ครบทุกองค์ประกอบ ตารางการทำงานของแต่ละคนยังไม่สอดคล้อง ไม่สัมพันธ์กัน แต่ทีมเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยตามความเหมาะสม และบริการจัดการตามความจำเป็นเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตเทศบาลนคร มีสหวิชาชีพที่หลากหลายในการปฏิบัติงานสอดคล้องกับเกณฑ์หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ⁽¹³⁾ ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานปฐมภูมิเกิน 3 ปี ($\bar{X}$ =7.69, SD=5.72) ทำงานบทบาท Health provider มากกว่า Health manager กลุ่มตัวอย่างในฐานะจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคลินิกหมอครอบครัว ได้ประเมินตนเอง 2 องค์ประกอบ คือ 1) กระบวนการจัดบริการสุขภาพ 5 ด้าน และ 2) ระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการ 4 ด้าน

1) กระบวนการจัดบริการสุขภาพ 5 ด้าน พบว่า 1.1) ด้านผู้ให้บริการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัวสอดคล้องกับแนวคิดการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ “คลินิกหมอครอบครัว (Family care team)” ทั้งบทบาทแพทย์ครอบครัวและหมอครอบครัว 1.2) ด้านการทำแผนการดูแลรายบุคคล

อย่างมีส่วนร่วม (Share care plan) ของผู้ให้บริการที่ออกแบบการดูแลตามสถานะสุขภาพและความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ พัทธพร เกิดมงคล และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่ได้จัดทำโปรแกรมการจัดการรายกรณีสามารถทำให้ผู้ป่วยจัดการตนเองและลดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ 1.3) ด้านการจัดทำระบบข้อมูลการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย (Health information system) ควรมีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานเพื่อการดูแลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพของทีมนสุขภาพแต่ละระดับและระบบข้อมูลสนับสนุนรายบุคคลเพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพ และเกิดความต่อเนื่องของการดูแลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อุษณีย์ บุญเมือง และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าการพัฒนาเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการสุขภาพและเครือข่ายจะทำให้เกิดการจัดระบบบริการระบบบันทึกและเชื่อมต่อข้อมูลที่ส่งผลต่อการบรรลุตัวชี้วัดและผลลัพธ์ทางคลินิกด้วย 1.4) ด้านระบบสนับสนุนการบริหารจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วย NCD (Self-management supports) เนื่องจากเป็นพื้นที่เขตเมืองที่มีความซับซ้อนของระบบ มีความยุ่งยากในการจัดการปัญหา อีกทั้งมีประชากรแฝงที่ส่งผลต่อการวางระบบจัดการสุขภาพ ดังนั้นต้องอาศัยกลไกหลายภาคส่วนเพื่อเป็นเจ้าภาพร่วมของกระบวนการสร้างระบบและกลไกที่จะสนับสนุนการพึ่งตนเองทางสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พรทิพย์ ศิริภานุมาศ และคณะ⁽¹⁶⁾ ในการวิเคราะห์ความคิดเห็นของประชาชนและผู้บริหารต่อรูปแบบที่พึงประสงค์เกี่ยวกับระบบป้องกันและควบคุมโรคเขตเมืองของประเทศไทยที่ต้องมีช่องทางการรับรู้ รวมทั้งแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ มีนโยบาย มาตรการและกลไกที่ออกแบบมาเพื่อสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองของประชาชน นอกจากนี้หากชุมชนมี Health station สำหรับให้บริการเครื่องมือประเมินความเสี่ยงและชุดบริการที่ปรับพฤติกรรม จะทำให้การเข้าถึงของการจัดบริการมีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น 1.5) ด้านความต่อเนื่องของการดูแลและการเชื่อมประสาน (Continuity of care and coordination) เพื่อให้ผู้ป่วยดำรงสุขภาพตามที่คาดหวังและมีคุณภาพชีวิตมีดีสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยอาศัยความร่วมมือจากชุมชนเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของปัญหาชุมชนอย่างแท้จริง ที่จะจัดการแก้ปัญหาโดยชุมชน เพื่อชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อรพรรณ แพนคง และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่ได้สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังโดยชุมชนมีส่วนร่วมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและความพึงพอใจของเครือข่ายชุมชน

2) ระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการ 4 ด้าน พบว่า จำนวน 3 ด้านมีค่าเฉลี่ยรายด้านน้อยกว่าค่าเฉลี่ยรวม (ค่าเฉลี่ย 7.18) โดยเฉพาะด้านการทำความเข้าใจต่อหลักการจัดบริการครบ 5 องค์ประกอบ (ค่าเฉลี่ย 6.69) ได้แก่ การจัดการสภาวะสุขภาพระดับประชากร (Population health management) การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multi-disciplinary teams) การบริหารแรงจูงใจของทีมนสุขภาพ (Motivation) การวัดผล (Measurement) การติดตามผล (Monitoring) ยังมีระดับคะแนนที่ต่ำกว่าด้านอื่นๆ ทั้งนี้การระบบสนับสนุนขององค์กรมีการออกแบบได้สอดคล้องกับบริบทจะสนับสนุนให้กลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพซึ่งสอดคล้องกับงานของ นิธิคุณ เขียวอยู่⁽¹⁸⁾ ที่ออกแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังที่เชื่อมโยงจากสภาวะสุขภาพกลุ่มเป้าหมายสู่การสร้างทีมงานสนับสนุน มีการบริหารจัดการ วัดและติดตามผลโดยใช้วงจรคุณภาพ

อีกทั้ง เกรียงกมล เหมือนกรุด และคณะ⁽¹⁹⁾ ได้ประเมินความสำเร็จในการแปลงนโยบายการดูแลผู้ป่วยของสถานบริการสาธารณสุข พบว่าการพัฒนาระบบสนับสนุนขององค์กรสำหรับดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้น องค์กรต้องกำหนดนโยบายไว้ชัดเจน ส่งเสริมการจัดรูปแบบบริการ วัด ติดตามประเมินความสำเร็จของการให้บริการรวมทั้งความพึงพอใจของผู้รับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับประเด็นผลจากการศึกษานี้เกี่ยวกับปัญหาการวางระบบการจัดบริการที่ไม่ชัดเจน การสื่อสารกิจกรรมร่วมกัน การทำงานของแต่ละคนยังไม่สอดคล้อง/ไม่สัมพันธ์กันระดับองค์กร จึงควรออกแบบระบบสนับสนุนเพื่อให้เกิดกระบวนการจัดการเรียนรู้ร่วมกันอย่างชัดเจนอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

1. หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรออกแบบการจัดการบริการตามสถานะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่และศักยภาพของทีมหมอครอบครัว
2. หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรสร้างคุณค่าการทำงานให้กับทีมหมอครอบครัว
3. หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีการบริหารจัดการอย่างเป็นอิสระภายใต้การสนับสนุนจากหน่วยบริการสุขภาพระดับสูงขึ้นไปในเครือข่าย
4. การสื่อสารและจัดการเรียนรู้การทำงานอย่างต่อเนื่องของทีมหมอครอบครัว จะส่งผลต่อการให้บริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

ควรศึกษาความเชื่อมั่นของผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชนที่ได้รับการจัดการบริการสุขภาพของทีมหมอครอบครัว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ ดร.นพ.สัมฤทธิ์ ศรีอำรงสวัสดิ์และคณะ,สถาบันพระบรมราชชนกที่อนุญาตให้ผู้วิจัยได้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่ได้รับอนุมัติและสนับสนุนการดำเนินการจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส) และภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล รวมทั้งผู้บริหาร บุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพของกรมโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ที่ให้ความอนุเคราะห์ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.2560-2579) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2561). นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน; 2561.
2. CAPHC Complex Care Community of Practice. CAPHC Guideline for the Management of Medically Complex Children and Youth Through the Continuum of Care. [Internet]. 2018 [cited 2019 Oct. 20]. Available from: https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/66561cd1-45c8-41be-92f6-e34b74e5ef99/UploadedImages/documents/CAPHC_National_Complex_Care_Guideline_2018_final.pdf
3. พิมพ์ล วงศ์ไชยา, อมาวสี อัมพันศิริรัตน์, พินทอง ปิ่นใจ. การดูแลที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง: บริการสุขภาพในศตวรรษที่ 21. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2560; 4(ฉบับพิเศษ):S361-S371.
4. นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์. การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในบริการปฐมภูมิ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2559; 30(1):113-26].
5. Starfield B. Is patient-centered care the same as person-focused care? Perm J. 2011 Spring;15(2):63-9. doi: 10.7812/TPP/10-148.
6. ดวงดาว ศรียากุล, บวรศม ลีระพันธ์, เกลวสิน ชื่นเจริญสุข. แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan) ระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง(Integrated, People-centered Primary Care). นนทบุรี: บอร์น ทู บี พับลิชชิง; 2563.
7. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. Health Aff (Millwood). 2001 Nov-Dec;20(6):64-78. doi: 10.1377/hlthaff.20.6.64.
8. สุรินทร์ กู้เจริญประสิทธิ์, พรเทพ ศิริวนารังสรรค์. การจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตเมือง กรณีศึกษาพื้นที่กรุงเทพมหานคร 2560. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2561;8(2):182-90].
9. สัมฤทธิ์ ศรีอรรงค์สวัสดิ์, ไพบุลย์ สุริยวงศ์ ไพศาล, วรสิทธิ์ศรีศรีชัย, สันติ ลาภเบญจกุล, ดวงดาว ศรียากุล. โครงการวิจัยดำเนินการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2563. [เข้าถึงเมื่อ 2565 ต.ค. 19]; เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5210?locale-attribute=th>

10. World Health Organization. Global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026. Executive Summary. Geneva, Switzerland: the WHO Document Production Services; 2015 [Cited 2021 Jan. 26]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155002/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
11. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. ทบทวนวรรณกรรม: สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. นนทบุรี: อาร์ต ควอลิไฟท์; 2557.
12. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย, สันติ ลาภเบญจกุล, ดวงดาว ศรียากุล. โครงการวิจัยดำเนินการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง. กรุงเทพฯ: ดีเซมเบอร์; 2563.
13. โสภณ เมฆธน. แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2559.
14. พิชราพร เกิดมงคล, ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ, พรทิพย์ รัตนทรงธรรม. ผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2560;31(2):1-10
15. อุษณีย์ บุญเมือง, เยาวลักษณ์ อ่ำรำไพ, ชูเกียรติ เพียรชนะ. คุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี. Veridian E-Journal, Silpakorn University ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์และศิลปะ. 2560;10(2):1990-2008.
16. พรทิพย์ ศิริภานุมาศ, ปุณรัตน์ พุ่มเรือง, มัญชุรศมี เกื้อนสุนทร, บุญทนากร พรหมภักดี, อริยะ บุญงามชัยรัตน์. การพัฒนารูปแบบที่พึงประสงค์ของระบบป้องกันและควบคุมโรคเขตเมืองของประเทศไทย. วารสารควบคุมโรค. 2562;45(3):281-92.
17. อรวรรณ แผนคง, สุภัญญา กระเปียด, กมลรัตน์ อัมพวา, พัชรี สังข์สี. ประสิทธิผลของการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแบบชุมชนมีส่วนร่วม.วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล.2563;36(3):94-104.
18. นิธิคุณ เขียวอยู่. การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังโรงพยาบาลขามสะแกแสง. วารสารวิชาการ สคร.9. 2563;26(3):25-34.
19. เกรียงกมล เหมือนกรุด, ศิริพัทธ์ มัชวาล, ปาจารย์ อุดมสุข, วสินี ไตสำราญ. ความสำเร็จในการเปลี่ยนนโยบายการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงสู่การปฏิบัติในสถานบริการสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 กรณีศึกษา NCD Clinic Plusปี พ.ศ. 2564. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2565;6(2):85-100.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำทิศทางองค์กรไปปฏิบัติงานของบุคลากร โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี

ภิญญาพัชญ์ เพียงแก้ว*, พรใจ เชียงสาพันธ์**
พวงผกา อินทร์เอี่ยม***, คณิศร จันทร์พานิชย์****^a

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำทิศทางองค์กรไปปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลแม่เร่ิงอุดรธานี จำนวน 264 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ทิศทาง การดำเนินงานขององค์กร และแบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำทิศทางองค์กรไปปฏิบัติงาน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และนำไปทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยได้ค่า CVI=0.85 และ 0.86 ตามลำดับ หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.97 และ 0.98 ตามลำดับ ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำทิศทางองค์กรไปปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลแม่เร่ิงอุดรธานี ($p\text{-value}<0.05$) ได้แก่ การรับรู้ทิศทางขององค์กร สามารถอธิบายการนำทิศทางองค์กรไปปฏิบัติได้ ร้อยละ 61.8 ($R=0.789$, $R^2=0.618$) และอายุ สามารถอธิบายการนำทิศทางองค์กรไปปฏิบัติได้ ร้อยละ 62.6 ($R=0.791$, $R^2=0.626$) ดังนั้น บุคลากรควรได้รับการส่งเสริมให้รับรู้ทิศทางขององค์กร และบุคลากรที่มีอายุมากควรมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายการปฏิบัติงานขององค์กรได้

คำสำคัญ: ปัจจัย; ทิศทางองค์กร; การนำทิศทางองค์กรไปปฏิบัติ

* นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โรงพยาบาลแม่เร่ิงอุดรธานี

** นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โรงพยาบาลแม่เร่ิงอุดรธานี

*** อาจารย์ สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

^a Corresponding author: คณิศร จันทร์พานิชย์ Email: kanusom2096@gmail.com

รับบทความ: 26 เม.ย. 66; รับบทความแก้ไข: 17 พ.ค. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 18 พ.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 12 มิ.ย. 66

Factors Influencing Organization Direction Implementation of Health Professionals in a Hospital, Udon Thani Province

Pinyapat Piangkaew^{*}, Pronjai Chaingsapan^{**},
Puangpaka Inaim^{***}, Kanisorn Chanpanich^{***a}

Abstract

This descriptive research examined factors influencing the implementation of organization directions among 264 health professionals working at Udonthani Cancer Hospital. Data were collected using questionnaires consisted of perceptions of organizational direction and factors influencing organization direction implementation that were reviewed for content validity by three experts yielding the CVI scores of 0.85 and 0.86, respectively. The instruments' reliabilities were tested using Cronbach's alpha coefficients yielding the reliability of 0.97 and 0.98, respectively. The data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations and stepwise multiple regression analysis.

The results showed that factors influencing organizational direction implementation among Udonthani Cancer Hospital personnel (p-value 0.05) were perception of organizational direction and age. It was found that perception of organizational direction could explain about 61.8 percent of organizational direction implementation ($R=0.789$, $R^2=0.618$) while age could explain about 62.6 percent of organizational direction implementation ($R=0.791$, $R^2=0.626$). Therefore, personnel should be encouraged to recognize the direction of the organization and older personnel should be included in the process of corporate operational policies.

Keywords: Factors; Organizational directions, Implementation of organizational directions

^{*} Plan and Policy Analyst, Professional Level, Udonthani Cancer Hospital

^{**} Plan and Policy Analyst, Udonthani Cancer Hospital

^{***} Instructor, Department of Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Udon Thani Rajabhat University

^a Corresponding author: Kanisorn Chanpanich Email: kanusorn2096@gmail.com

Received: Apr. 26, 23; Revised: May 17, 23; Accepted: May 18, 23; Published Online: Jun. 12, 23

บทนำ

ปัจจุบันโรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับประเทศ เพราะมะเร็งเป็นโรคที่พบได้กับทุกอวัยวะในร่างกายเป็นได้ในทุกคน โดยไม่มีพาหะนำโรค ไม่มีการติดต่อของโรค ไม่มีฤดูกาลการเกิดโรค การรักษาต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายสูง ต้องใช้บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ให้บริการด้านรังสีรักษา เคมีบำบัด ผ่าตัด รังสีร่วมรักษาและการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ 10 จังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ได้แก่ นครพนม กาฬสินธุ์ ขอนแก่น เลย หนองคาย อุดรธานี หนองบัวลำภู สกลนคร มหาสารคาม และบึงกาฬ รับผิดชอบประชากร 9.2 ล้านคน⁽¹⁾ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีมีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนาวิชาการด้านการบำบัด รักษา และฟื้นฟู สมรรถภาพทางกาย การแพทย์ ฝายกาย โดยมีการศึกษา วิจัย พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานแก่บุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทางที่มีคุณภาพให้บริการทางการแพทย์ เฉพาะด้านหรือในระดับตติยภูมิที่ยุ่ยากซับซ้อนอย่างได้มาตรฐานเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี มีหน่วยงานในสังกัดตามโครงสร้างการแบ่งงานภายในส่วนราชการ โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่มภารกิจ 25 กลุ่มงาน มีบุคลากรในสังกัดอันหมายรวมถึงข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวง ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชั่วคราว จำนวนถึง 401 คน⁽²⁾ ซึ่งมีหลากหลายหน่วยงาน การดำเนินงานของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีนั้น จะถ่ายทอดในรูปแบบจากบนลงล่าง จากผู้บังคับบัญชาสู่ผู้ใต้บังคับบัญชา เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมาย ซึ่งจะดำเนินงานภายใต้ทิศทางของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

การดำเนินให้บรรลุตามเป้าหมายของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จะดำเนินงานภายใต้ทิศทางขององค์กร ซึ่งเป็นสิ่งที่กำหนดแนวทางการดำเนินงานให้บุคลากรในสังกัดโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน ได้แก่ การดำเนินงานตามวิสัยทัศน์ พันธกิจ ประเด็นยุทธศาสตร์ และค่านิยมของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี⁽¹⁾ ซึ่งถือว่าเป็นกรอบหรือทิศทางในการปฏิบัติงานที่ชัดเจน ทำให้บุคลากรในองค์กรมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานให้บรรลุตามเป้าหมายขององค์กรได้ง่ายขึ้น ช่วยให้เกิดการประหยัดทรัพยากรทางการบริหาร ช่วยให้การปฏิบัติงานรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ เพราะมีทิศทางในการปฏิบัติงาน และช่วยให้การปฏิบัติงานเป็นระบบ ติดตามการปฏิบัติงานได้ง่าย⁽³⁾ ทั้งนี้บุคลากรในสังกัดโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ถือว่ามีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนสถาบันไปสู่เป้าหมาย ดังนั้นบุคลากรสังกัดโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จึงต้องมีการรับรู้ทิศทางขององค์กรซึ่งจะทำให้การปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายสอดคล้องกับนโยบายดังกล่าว และส่งโดยตรงต่อการขับเคลื่อนสถาบันไปในทิศทางเดียวกันได้

การขับเคลื่อนองค์กรให้บรรลุตามเป้าหมายนั้น บุคลากรในองค์กรต้องปฏิบัติงานภายใต้ทิศทางขององค์กร ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งสำคัญยิ่งอีกประการหนึ่ง นอกจากนี้ยังช่วยลดความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นในการปฏิบัติงานในอนาคต และหากบุคลากรในองค์กรปฏิบัติตามทิศทางขององค์กรย่อมทำให้สามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน ย่อมส่งผลให้บรรลุเป้าหมายตามขององค์กรได้ นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนทำให้บุคลากรมีส่วนร่วมกับงานย่อมทำให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยดี⁽⁴⁾ โดยลักษณะพื้นฐานขององค์กร

ย่อมมีอิทธิพลต่อบุคลากรรวมทั้งผู้นำด้วย⁽⁵⁾ เพื่อให้การทำงานบรรลุเป้าหมายขององค์กร รวมถึงสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สร้างความพึงพอใจต่อการทำงานของบุคลากรในองค์กรได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการนำทิศทางองค์กรไปปฏิบัติ ได้แก่ การรับรู้ทิศทางขององค์กร การรับรู้มีความสำคัญอย่างยิ่งและเป็นการสะท้อนถึงคุณภาพความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากร⁽⁶⁾ กับองค์กรเมื่อรับรู้แล้วย่อมก่อให้เกิดการพัฒนาต่อความรู้สึกรักใคร่ และเกิดเป็นพฤติกรรมตามมา ในที่สุด ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการทำงานของบุคลากร⁽⁷⁾ นอกจากนี้การรับรู้จะก่อให้เกิดการเรียนรู้ได้ ดังนั้น หากบุคลากรในสังกัดโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีมีการรับรู้ทิศทางขององค์กรแล้ว ย่อมทำให้การขับเคลื่อน การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน นอกจากนี้ยังมีประโยชน์ต่อการกำหนดแนวทางการพัฒนางาน ในองค์กร เกิดค่านิยมในการอยู่ร่วมกันของคนในองค์กรอย่างมีความสุข รวมถึงสามารถสนับสนุนกระบวนการ ขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และส่งเสริมให้องค์กรเข้มแข็งได้⁽⁸⁾ ทั้งนี้เมื่อบุคลากรมีการรับรู้ทิศทาง ขององค์กรย่อมนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ประเภทบุคลากร ระดับการศึกษา และระยะเวลาการปฏิบัติงาน

ผู้วิจัยจึงเห็นว่า ดังนั้นจึงมีความสนใจในการศึกษาวิจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำทิศทางองค์กร ไปปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี โดยคาดหวังว่าผลการวิจัยในครั้งนี้จะทำให้ทราบถึง การรับรู้ และการนำทิศทางองค์กรไปใช้ในการปฏิบัติงานของบุคลากรสังกัดโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี และปัจจัยที่มีผลต่อการนำทิศทางองค์กรไปใช้ในการปฏิบัติงานของบุคลากรสังกัดโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี เพื่อ จะได้ข้อมูลพื้นฐานซึ่งจะนำไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดทิศทางขององค์กร ตลอดจนการจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อ ส่งเสริมสนับสนุนการเรียนรู้ทิศทางขององค์กร และนำไปสู่การปฏิบัติตามทิศทางองค์กรของบุคลากรในสังกัด โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้และการนำทิศทางขององค์กรไปปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาล มะเร็งอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำทิศทางองค์กรไปปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาล มะเร็งอุดรธานี

คำถามการวิจัย

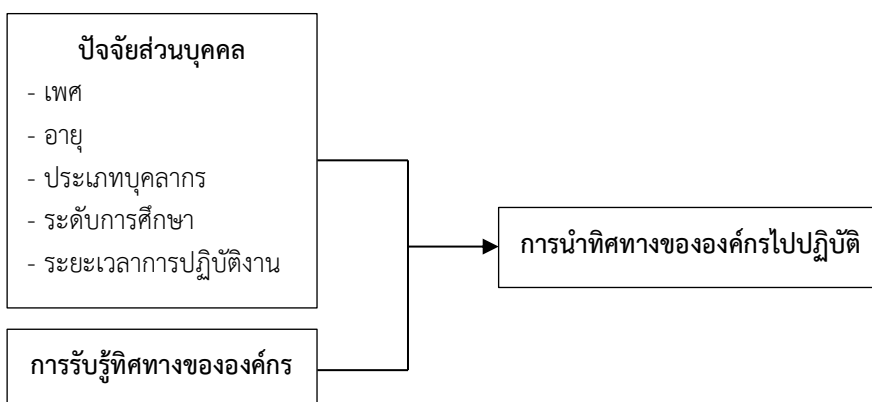
1. ระดับการรับรู้และการนำทิศทางขององค์กรไปปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ประเภทบุคลากร ระดับการศึกษา และระยะเวลาการปฏิบัติงาน และ ปัจจัยด้านการรับรู้ทิศทางขององค์กร มีอิทธิพลต่อการนำทิศทางองค์กรไปปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาล มะเร็งอุดรธานี หรือไม่ อย่างไร

สมมุติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ประเภทบุคลากร ระดับการศึกษา และระยะเวลาการปฏิบัติงาน และปัจจัยด้านการรับรู้ทิศทางขององค์กร มีอิทธิพลต่อการนำทิศทางองค์กรไปปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive cross-sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำทิศทางองค์กรไปปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลพยาบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ บุคลากรสังกัดโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จำนวน 401 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรแบบทราบประชากร⁽⁹⁾ ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จำนวน 240 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 (Drop out) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 264 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ทิศทางการทำงานขององค์กร แบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการนำทิศทางองค์กรไปใช้ในการปฏิบัติงาน แบบมาตราประมาณค่า สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 19 ข้อ

ประเมินคุณภาพเครื่องมือของแบบสอบถามการรับรู้ทิศทางขององค์กรและการนำทิศทางองค์กรไปใช้ในการปฏิบัติงานโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.85 และ 0.86 ตามลำดับ และค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.98 และ 0.97 ตามลำดับ

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเมื่อผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีแล้ว ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ออกหนังสือราชการไปยังหน่วยงานภายในสังกัดโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี เพื่อขอความอนุเคราะห์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยได้แจ้งเวียนหนังสือไปยังหน่วยงานภายในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี เพื่อขอความร่วมมือตอบแบบสอบถามผ่านเว็บไซต์ทาง OR Code เก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2565 ถึงเดือนมกราคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี เลขที่ UDCH-COA 009/2022 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- 1) การเคารพในการให้คำยินยอมโดยการบอกกล่าว และความเป็นอิสระของบุคคล โดยวิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนต่างๆ ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และการวิจัยในครั้งนี้ไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรในสังกัดโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี
- 2) ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้จะเก็บเป็นความลับโดยใช้รหัสแทนชื่อ-สกุลของกลุ่มตัวอย่างในแบบสอบถาม และไม่นำข้อมูลไปเปิดเผยหรือใช้ประโยชน์อย่างอื่นที่นอกเหนือจากวัตถุประสงค์ และผู้วิจัยสามารถถอนตัวเองออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาไม่ว่ากรณีใดๆ ก็ตาม
- 3) ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 214 คน ร้อยละ 81.10 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 41-50 ปี จำนวน 108 คน ร้อยละ 40.90 รองลงมา อยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี จำนวน 90 คน ร้อยละ 34.09 อายุเฉลี่ย 41.07 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.90 อายุสูงสุด 59 ปี อายุต่ำสุด 23 ปี ส่วนใหญ่เป็นบุคลากรประเภทพนักงานกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 131 คน ร้อยละ 49.60 รองลงมา คือ ข้าราชการ จำนวน 106 คน ร้อยละ 40.20 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ปริญญาตรี จำนวน 187 คน ร้อยละ 70.80 รองลงมา สำเร็จการศึกษาดำกว่าระดับปริญญาตรี จำนวน 62 คน ร้อยละ 23.50 ระยะเวลาการปฏิบัติงานส่วนใหญ่ 11-15 ปี จำนวน 77 คน ร้อยละ 29.20 รองลงมาคือ 6-10 ปี จำนวน 74 คน ร้อยละ 28.00 เคยได้รับรู้เกี่ยวกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม หรือยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล จำนวน 264 คน ร้อยละ 100 ช่องทางการรับทราบข้อมูลวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม หรือยุทธศาสตร์ มากสุด คือเว็บไซต์โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จำนวน 211 ครั้ง ร้อยละ 17.65 รองลงมาคือ จากผู้บริหาร จำนวน 198 ครั้ง ร้อยละ 16.56 และช่องทางที่

จะทำให้สามารถรับทราบถึงวิสัยทัศน์ พันธกิจ ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ และค่านิยมของโรงพยาบาล
มะเร็งอุตรธานีมากที่สุด คือ เว็บไซต์โรงพยาบาลมะเร็งอุตรธานี โดยมีคนตอบจำนวน 238 ครั้ง ร้อยละ 32.20
รองลงมา คือ จากการประชุม จำนวน 112 ครั้ง ร้อยละ 15.15 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของบุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งอุตรธานี (n=264)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	หญิง	214	81.10
	ชาย	50	18.90
อายุ (ปี)	20 – 30 ปี	30	11.36
	31 – 40 ปี	90	34.09
	41 – 50 ปี	108	40.90
	51 – 60 ปี	36	13.63
	Mean=41.07, SD=7.90, Max=59, Min=23		
ประเภทบุคลากร	พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	131	49.60
	ข้าราชการ	106	40.20
	พนักงานราชการ	11	4.20
	ลูกจ้างชั่วคราว	11	4.20
	ลูกจ้างประจำ	5	1.90
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าปริญญาตรี	62	23.50
	ปริญญาตรี	187	70.80
	ปริญญาโท	15	5.70
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน			
	น้อยกว่า 5 ปี	42	15.90
	6 – 10 ปี	74	28.00
	11 – 15 ปี	77	29.20
	16 ปี ขึ้นไป	70	26.50
การเคยได้รับรู้เกี่ยวกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม หรือยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล			
เคย		264	100

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของของบุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี (n=264)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ช่องทางการรับทราบข้อมูลวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม หรือยุทธศาสตร์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ, n=1,195)		
เว็บไซต์โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี	211	17.65
ผู้บริหาร	198	16.56
การประชุม	177	14.81
ป้ายประกาศ	136	11.38
หนังสือราชการ	129	10.79
หัวหน้าหน่วยงานแจ้งให้ทราบ	111	9.28
Facebook โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี	69	5.77
เอกสารเผยแพร่	65	5.43
เพื่อนร่วมงาน	58	4.85
Infographic	16	1.33
โปสเตอร์หรือแผ่นพับ	16	1.33
ท่านคิดว่าช่องทางใดจะทำให้สามารถรับทราบถึงวิสัยทัศน์ พันธกิจ ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ และค่านิยมของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีมากที่สุด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ, n=739)		
เว็บไซต์โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี	238	32.20
การประชุม	112	15.15
Facebook โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี	98	13.26
เอกสารเผยแพร่	64	8.66
ป้ายประกาศ	61	8.25
หัวหน้าหน่วยงานแจ้งให้ทราบ	52	7.03
หนังสือราชการ	40	5.41
Infographic	26	3.51
ผู้บริหาร	21	2.84
เพื่อนร่วมงาน	15	2.02
Facebook ของเพื่อนที่แชร์โพสต์	12	1.62

ระดับการรับรู้ทิศทางองค์กรของบุคลากร

ระดับการรับรู้ทิศทางองค์กรของบุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีโดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.85 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.43 โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ 1) วิสัยทัศน์ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี คือ “ความเป็นเลิศในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง” (Excellence in cancer

patient care) อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.90 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.05, 2) การรับรู้ต่อยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.89 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.49 และค่านิยมของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีคือ LHRM MOPH DMS อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.89 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.50 และ 3) พันธกิจของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี คือ “ให้การดูแลรักษาที่เชื่อถือได้ตามหลักฐานทางวิชาการ และทีมผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์” (Promising care by evidence based and medical expert teams) อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.47 ส่วนค่าเฉลี่ยต่ำสุด 3 อันดับแรก คือ 1) การรับรู้แผนยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาคุณภาพและนวัตกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.47 และการรับรู้แผนงานของยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบบริหารจัดการแนวทางใหม่ที่มีประสิทธิภาพและธรรมาภิบาล อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.48; 2) การรับรู้แผนงานของยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาความร่วมมือด้านวิชาการและเครือข่ายบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.48 และท่านรับรู้และมีความเข้าใจต่อวิสัยทัศน์ พันธกิจ ประเด็นยุทธศาสตร์ นโยบายการดำเนินงาน ค่านิยมของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.47 และ 3) การรับรู้แผนยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาความเชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.86 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.46 ดังแสดงดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับการรับรู้ทิศทางองค์กรของบุคลากร (n=264)

รายการ	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
1. วิสัยทัศน์โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี คือ “ความเป็นเลิศในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง” (Excellence in cancer patient care)	3.90	0.05	มาก
2. พันธกิจของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี คือ “ให้การดูแลรักษาที่เชื่อถือได้ตามหลักฐานทางวิชาการ และทีมผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์” (Promising care by evidence-based and medical expert teams)	3.88	0.47	มาก
3. ประเด็นยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี คือ 1) ความสามารถในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีคุณภาพและมาตรฐานสากล (International standard of cancer patient care) และ 2) การจัดการองค์กรสมรรถนะสูง (High performance organization)	3.86	0.48	มาก

ตารางที่ 2 (ต่อ) ระดับการรับรู้ทิศทางองค์กรของบุคลากร (n=264)

รายการ	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
4. ยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี คือ 1) พัฒนาความเชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง, 2) พัฒนาคุณภาพและนวัตกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง, 3) พัฒนาความร่วมมือด้านวิชาการและเครือข่ายบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง และ 4) พัฒนาระบบบริหารจัดการแนวทางใหม่ที่มีประสิทธิภาพและธรรมาภิบาล	3.89	0.49	มาก
5. การรับรู้ต่อแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี	3.86	0.46	มาก
5.1 แผนยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาความเชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง			
5.2 แผนยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาคุณภาพและนวัตกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง	3.80	0.47	มาก
5.3 แผนงานของยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาความร่วมมือด้านวิชาการและเครือข่ายบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง	3.82	0.48	มาก
5.4 แผนงานของยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบบริหารจัดการแนวทางใหม่ที่มีประสิทธิภาพและธรรมาภิบาล	3.80	0.48	มาก
6. ค่านิยมของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีคือ LHRM MOPH DMS	3.89	0.50	มาก
7. ท่านรับรู้และมีความเข้าใจต่อวิสัยทัศน์ พันธกิจ ประเด็นยุทธศาสตร์ นโยบายการดำเนินงาน ค่านิยมของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี	3.82	0.47	มาก
ภาพรวม	3.85	0.43	มาก

ระดับการนำทิศทางองค์กรไปใช้ในการปฏิบัติงานของบุคลากร

ระดับการนำทิศทางองค์กรไปใช้ในการปฏิบัติงานของบุคลากรสังกัดโรงพยาบาลมะเร็ง อุดรธานี พบว่าอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.89 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.46 โดยพบว่าด้านการดำเนินการที่คาดหวังตามแผนปฏิบัติการ หรือบรรลุเป้าประสงค์ของโรงพยาบาล อยู่ระดับมากค่าเฉลี่ย 3.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.47 ด้านวิสัยทัศน์ พันธกิจ ประเด็นยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลอุดรธานี อยู่ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.87 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.48 และด้านค่านิยมโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี อยู่ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.86 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.46 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับการนำทิศทางองค์กรไปใช้ในการปฏิบัติงานของบุคลากร (n=264)

รายการ	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
1. การดำเนินการที่คาดหวังตามแผนปฏิบัติราชการ หรือบรรลุป่าประสงค์ของโรงพยาบาล	3.88	0.47	มาก
2. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ประเด็นยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลอุดรธานี	3.87	0.48	มาก
3. ค่านิยมของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี	3.86	0.48	มาก
ภาพรวม	3.89	0.46	มาก

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำทิศทางองค์กรไปปฏิบัติงานของบุคลากร

การวิเคราะห์ข้อมูลค่าสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเชิงเส้นตรง (Stepwise multiple logistic regression) พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำทิศทางองค์กรไปปฏิบัติงานของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 คือการรับรู้ทิศทางขององค์กรสามารถอธิบายการนำทิศทางองค์กรไปปฏิบัติงานของบุคลากร ได้ร้อยละ 61.80 (p-value=0.019, R=0.789, R²=0.618) และ อายุสามารถอธิบายการนำทิศทางองค์กรไปปฏิบัติงานของบุคลากร ได้ร้อยละ 62.60 (p-value=0.000, R=0.791, R²=0.626) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำทิศทางองค์กรไปปฏิบัติงานของบุคลากร (n=264)

ตัวแปร	B	Beta	T	p-value	R	R ²
การรับรู้ทิศทางองค์กร	0.763	0.773	20.179	0.019*	0.789	0.618
อายุ	- 0.009	- 0.091	-2.365	0.000**	0.791	0.626
Constant=1.311, F=218.824, p-value<0.001, R=0.0791, R ² =0.626						

*p<0.05, **p<0.001

จากการวิเคราะห์หาค่าสถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำทิศทางองค์กรไปปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ได้สมการดังต่อไปนี้

$$Y = a + b_1 x_1 + b_2 x_2$$

เมื่อกำหนดให้

Y = การนำทิศทางองค์กรไปปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

a = ค่าคงที่

b1 = สัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบของตัวแปรอิสระตัวที่ 1

x1 = ตัวแปรอิสระตัวที่ 1 คือ การรับรู้ทิศทางองค์กร

b2 = สัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบของตัวแปรอิสระตัวที่ 2

x2 = ตัวแปรอิสระตัวที่ 2 คือ อายุ ได้ดังต่อไปนี้

$$Y = 1.311 + (0.763) (\text{การรับรู้ทิศทางขององค์กร}) + (- 0.009) (\text{อายุ})$$

จากข้อมูลผลวิเคราะห์การทำการศึกษาวิจัย พบว่าตัวแปรอิสระปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำทิศทางองค์กรไปปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ซึ่งได้ถูกคัดเข้าสมการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรอิสระที่ไม่ได้ถูกคัดเข้าสมการ จะเป็นตัวแปร ที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับมากกว่า 0.05 และตัวแปรที่ถูกคัดเข้าในสมการ เรียงลำดับได้ดังต่อไปนี้ การรับรู้ทิศทางขององค์กร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($R^2=0.626$; $p\text{-value}<0.001$) ดังจะเห็นได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 2 ตัว สามารถพยากรณ์ให้การนำทิศทางองค์กรไปปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลแห่งหนึ่งได้ร้อยละ 62.60

อภิปรายผล

ผลการศึกษาค้นคว้าสามารถอภิปรายผล ดังนี้

1. ระดับการรับรู้ทิศทางองค์กรของบุคลากรมีอิทธิพลต่อการนำทิศทางองค์กรไปปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($R=0.789$, $p=0.019$) สามารถอธิบายได้ว่า การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม ประเด็นยุทธศาสตร์ต่างๆ รวมถึงนโยบายต่างๆ ของโรงพยาบาลตามช่องทางต่างๆ เช่น ผู้บริการ ทางสื่อ Social รวมถึงการประชุมของโรงพยาบาลซึ่งกำหนดให้บุคลากรของโรงพยาบาลต้องเข้าร่วมประชุม จะทำให้บุคลากรมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานของโรงพยาบาล และสามารถปฏิบัติตามทิศทางหรือนโยบายของโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้อาจเป็นเพราะส่วนใหญ่เป็นบุคลากรที่มีประสบการณ์ในการทำงานที่มีอายุงานมากกว่า 5 ปี ขึ้นไป จึงทำให้รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงทิศทางขององค์กร ระบบ ระเบียบ ขั้นตอนวิธีการปฏิบัติงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์ และเพื่อปรับการพัฒนาการโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีให้เป็นสถานบริการผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้แต่ละฝ่ายปฏิบัติหน้าที่ของตนเองตามทิศทางของโรงพยาบาลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ พัฒนา แสงมณีโคตร⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาหลักการของการบริหารงานตามแผนยุทธศาสตร์ยุคใหม่ พบว่าหากบุคคลได้มีการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ใหม่นั้น จะทำให้ความเข้าใจร่วมกันในทุกระดับถึงยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ใหม่ทุกระดับ และให้ทุกคนมองเห็นภาพถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และองค์กรจะพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับการศึกษาของ มาริสสา อินทรเกิด และวิโรจน์ เจริญลักษณ์⁽¹¹⁾ ที่พบว่าหากบุคลากรได้รับการสนับสนุนด้านความรู้เกี่ยวกับการทำงานจะทำให้เกิดการรับรู้ที่ดีและจะทำให้มีผลต่อการปฏิบัติงานได้

2. อายุมีอิทธิพลต่อการนำทิศทางองค์กรไปปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลแห่งหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($R=0.791$, $p=0.000$) สามารถอธิบายได้ว่า การบุคลากรส่วนใหญ่มีอายุมาก ซึ่งมีประสบการณ์การทำงานที่สูง ดังนั้นจึงทำให้รับรู้ต่อวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม ประเด็นยุทธศาสตร์ต่างๆ รวมถึงนโยบายต่างๆ ของโรงพยาบาลได้ดีกว่าบุคลากรที่อายุน้อย จึงทำให้สามารถนำทิศทางขององค์กรไปปฏิบัติได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ อัครเดช ไม้จันทร์⁽¹²⁾ ที่พบว่าอายุของบุคลากรมีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน เนื่องจากจะทำให้เกิดทักษะ ความรู้ความเชี่ยวชาญที่ต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำข้อมูลการรับรู้ทัศนคติทางขององค์กร ไปใช้ในการกระบวนการพัฒนาองค์กรให้เกิดประสิทธิภาพในการบริหารงานขององค์กรต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในรูปแบบของโปรแกรมส่งเสริมการนำทัศนคติทางขององค์กรไปใช้ในการปฏิบัติงานของบุคลากรต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี. ประวัติ [ออนไลน์]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 2565 พ.ศ. 1]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.udch.go.th/index.php/aboutus/about>
2. โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี. โครงสร้างองค์กร [ออนไลน์]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 พ.ศ. 15]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.udch.go.th/index.php/aboutus/about>
3. ทิฆัมพร วาสิตี. การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ [ออนไลน์]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 2565 พ.ศ. 1]. เข้าถึงได้จาก: <https://sites.google.com/site/krutikamporn/home/bth-thi-7/7-1-karna-klyuthth-pi-ptibati>
4. Burns KL. Perceived Organizational Support and Perceived Supervisor Support as Antecedents of Work Engagement. [Master's Thesis]. San José, CA: San José State University; 2016.
5. Eisenberger R, Stinglhamber F, Vandenberghe C, Sucharski IL, Rhoades L. Perceived supervisor support: contributions to perceived organizational support and employee retention. J Appl Psychol. 2002 Jun;87(3):565-73. doi: 10.1037/0021-9010.87.3.565.
6. นฤมล ล้อมทอง. แนวทางการสร้างการรับรู้ของเยาวชนต่อยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร; 2561.
7. วรจนา ผลประเสริฐ. หน่วยที่ 9 การนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ. นนทบุรี:มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2549.
8. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การศึกษาการรับรู้ทัศนคติทางองค์กรของ บุคลากร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561. สมุทรปราการ: ชัมธิง อีโบล; 2562.
9. อรุณ จิรวัดน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒนา; 2558.
10. พัฒนา แสงมณีกรโคตร. หลักการของการบริหารงานตามแผนยุทธศาสตร์ยุคใหม่. Journal of Modern Learning Development. 2018;3(2):1-15.
11. มาริสา อินทรเกิด, วิโรจน์ เจาภาลักษณ์. การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรและการรับรู้การสนับสนุนจากหัวหน้างานที่ส่งผลต่อผลการปฏิบัติงานของพนักงานสายสนับสนุนมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง. วารสารธุรกิจปริทัศน์. 2559;8(2):129-44.
12. อัครเดช ไม้จันทร์. ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงานกลุ่มอุตสาหกรรมติดตั้งเครื่องจักรสายการผลิตในจังหวัดสงขลา [วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต] สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2560.

การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้รับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ

อนงค์ เพชรล้ำ^{*a}, ธนบดี บุตรประพันธ์^{**}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้และพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้รับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 246 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูลการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ รวมทั้งพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test

ผลวิจัยพบว่า ผู้รับบริการทันตกรรมมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ภาวรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 51.1 และรายด้านอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ร้อยละ 58.9, 69.1, 77.6 และ 48.8 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี ร้อยละ 76.8 และพบว่าปัจจัย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ อุปสรรคของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.046$, $p<0.001$, $p=0.001$ และ $p=0.021$ ตามลำดับ)

การวิจัยครั้งนี้ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการทันตกรรมให้เหมาะสมกับสถานการณ์ ที่ยังมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เพื่อเป็นการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของโรค ให้เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

คำสำคัญ: การรับรู้; พฤติกรรมการป้องกันโรค; โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

^{*} ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ

^{**} ทันตแพทย์ปฏิบัติการ โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ

^a Corresponding author: อนงค์ เพชรล้ำ Email: anongpp11@gmail.com

รับบทความ: 18 พ.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 26 พ.ค. 66; ตอรับตีพิมพ์: 26 พ.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 18 มิ.ย. 66

Perception and Preventive Behaviors of COVID-19 among Dental Patients in Kasetsomboon Hospital, Chaiyaphum Province

Anong Pechlum^{*a}, Tanabodee Bootprapan^{**}

Abstract

This cross-sectional research aimed to study perceptions and preventive behaviors of COVID-19 among 246 dental service patients at Kasetsomboon hospital. The samples were selected using a systematic sampling technique. Research instrument was a questionnaire on perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits and barriers, and preventive behaviors of COVID-19. Descriptive statistics used in this study were frequencies, percentages, means, and standard deviations. Relationships between factors were tested using Chi-square test and Fisher's exact test.

Findings showed that dental patients' perceptions about COVID-19 was at a very good level (51.1%). Perceptions that were at a very good level included perceived susceptibility (58.9%), perceived severity (69.1%), perceived benefits (77.6%) and perceived barriers (48.8%). COVID-19 preventive behaviors among the samples were at a good level (76.8%). It was found that perceived susceptibility ($p=0.046$), perceived severity ($p<0.001$), perceived benefits ($p=0.001$) and perceived barriers ($p=0.021$) were significantly associated with COVID-19 preventive behaviors.

Findings this study can be used to improve dental service to be appropriate with the COVID-19 situations, leading to the prevention and control of the spread of the virus and the protection of both service providers and service receivers.

Keywords: Perceptions; Preventive behaviors; COVID-19

* Dentist, Expert Level, Kasetsomboon Hospital, Chaiyaphum Province

** Dentist, Practitioner Level, Kasetsomboon Hospital, Chaiyaphum Province

^a Corresponding author: Anong Pechlum Email: anongpp11@gmail.com

Received: May 18, 23; Revised: May 26, 23; Accepted: May 26, 23; Published Online: Jun. 18, 23

บทนำ

ประเทศไทยเผชิญกับวิกฤตการณ์การแพร่ระบาดใหญ่ของโรคอุบัติใหม่ คือโรค “โควิด-19” หรือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นระยะเวลากว่า 2 ปี ที่ผ่านมา ซึ่งเป็นเหตุการณ์การระบาดที่เป็นกลุ่มก้อนขนาดใหญ่ในพื้นที่ที่มีความแออัดและมีการรวมกลุ่มคนจำนวนมาก ทำให้เกิดการแพร่ระบาดได้อย่างรวดเร็วในหลายพื้นที่ทั่วประเทศ ประเทศไทยสามารถก้าวผ่านสถานการณ์วิกฤติมาได้ในทุกระลอกของการระบาด การรับมือกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้เกิดองค์ความรู้ นวัตกรรมและเทคโนโลยีในการบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต่อมารัฐบาลได้ปรับทิศทางการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด-19 สู่การเป็นโรคประจำถิ่น ครอบคลุมในทุกมิติควบคู่ไปกับการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน โดยมีเป้าหมายเพื่อการเข้าถึงการดูแลรักษาได้อย่างรวดเร็ว มีคุณภาพ ลดอัตราการป่วยตาย และเพิ่มความครอบคลุมวัคซีนเข็มกระตุ้น รวมทั้งสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และความร่วมมือของประชาชนในการรับมือและปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกับโรคโควิด-19 จากการเป็นโรคระบาดใหญ่สู่การเป็นโรคประจำถิ่นอย่างปลอดภัย⁽¹⁾ และตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 เป็นต้นไป กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศยกเลิกโรคโควิด-19 จากการเป็นโรคติดต่ออันตราย และกำหนดให้เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังตามพระราชบัญญัติ โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวัง การป้องกันและการควบคุมโรคติดต่อ⁽²⁾ เนื่องจากในปัจจุบันสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ทั่วโลกมีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตลดลง รวมถึงการแพร่ระบาดและความรุนแรงของโรคนั้นมีแนวโน้มลดลงเช่นกัน ประกอบกับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 มีจำนวนเพียงพอต่อความต้องการของประชาชน และประชาชนได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับความครอบคลุมสูง ซึ่งส่งผลให้ประชาชนมีภูมิคุ้มกันโรคเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ดังนั้นเพื่อให้มาตรการทางกฎหมายสอดคล้องกับการผ่อนคลายมาตรการต่างๆ และมีความเหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน เพื่อประโยชน์และความเหมาะสมในการเฝ้าระวัง การป้องกัน และการควบคุมโรคติดต่อ⁽³⁾

สำหรับการให้บริการทางทันตกรรมในสถานบริการของรัฐนั้น มีตัวแทนองค์กรด้านทันตกรรมได้กำหนดแนวทางเพื่อให้ระบบการดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชนสามารถดำเนินการต่อไปได้ โดยหลักการควบคุมการติดเชื้อทางทันตกรรมในระยะหลังการระบาดและเตรียมการเข้าสู่การเป็นโรคประจำถิ่นของโรคโควิด-19 มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ให้บริการทันตกรรม ผู้รับบริการทางทันตกรรม รวมไปถึงชุมชนและสังคม ดังนั้น เพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อจากการรักษาทางทันตกรรม จึงมีมาตรการเพื่อช่วยลดความเสี่ยงร่วมกันในหลายระดับ ทั้งในระดับผู้ป่วย ผู้ทำการรักษา การจัดระบบบริการ และการจัดการกับสิ่งแวดล้อม โดยให้ความสำคัญหลักในการเข้าถึงบริการทันตกรรมอย่างเท่าเทียมของประชาชน การลดความแออัดในสถานพยาบาล รวมไปถึงการบรรเทาความเดือดร้อนให้กับประชาชนที่ไม่ได้รับบริการทันตกรรม ซึ่งเป็นผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดในระยะที่ผ่านมา แต่ยังคงมาตรการเฝ้าระวังตามหลักการควบคุมโรคระบาดโดยให้การรักษาตามแนวทางปฏิบัติทางทันตกรรมวิธีใหม่ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ควรคำนึงถึงการคัดกรอง/คัดแยกผู้ป่วย

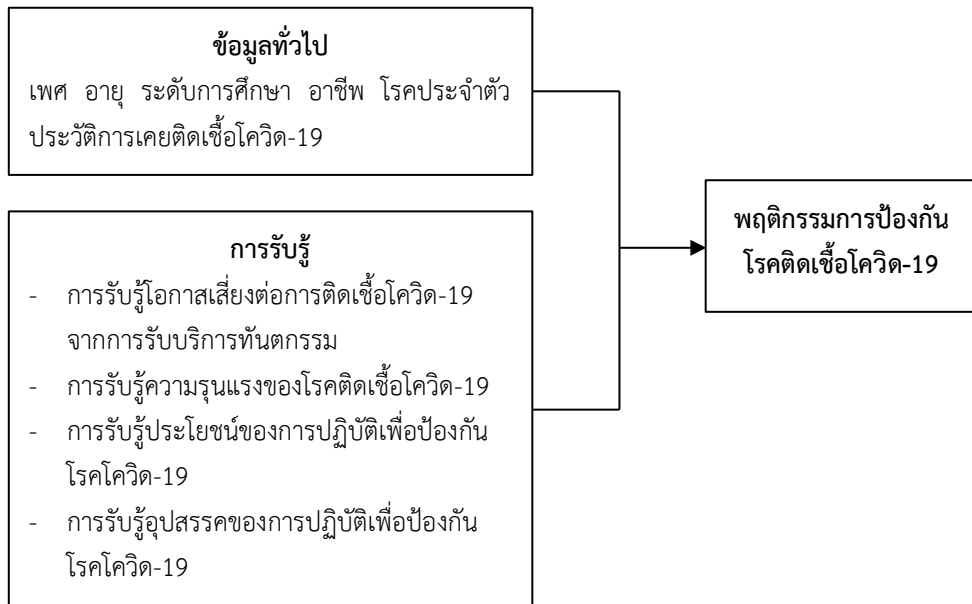
(Triage/screening) อุปกรณ์ส่วนบุคคลป้องกันการติดเชื้อ (Personal protective equipment: PPE) การควบคุมการติดเชื้อจากละอองฝอย (Local control of aerosol) และการจัดการสิ่งแวดล้อม (Environment control)⁽⁴⁾

ในส่วนของผู้มารับบริการทันตกรรมเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับเชื้อในขณะที่รับบริการ เนื่องจากการรักษาทางทันตกรรมนั้นถือเป็นงานที่มีความเสี่ยงสูงในการได้รับเชื้อ⁽⁵⁾ เนื่องจากเป็นงานบริการที่ต้องใกล้ชิดกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย รวมทั้งมีการฟุ้งกระจายของละอองฝอยจากสารคัดหลั่งจากช่องปากของผู้ป่วยในขณะที่ให้บริการในงานทันตกรรมหลายประเภท เช่น การดูดน้ำลาย การอุดฟัน การผ่าฟันคุด เป็นต้น ซึ่งทำให้มีโอกาสเกิดการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสได้มากขึ้นทั้งจากการสัมผัสพื้นผิวต่างๆ ภายในห้องทำฟัน เครื่องมือทำฟันที่อาจมีการปนเปื้อนน้ำลาย และผู้ป่วยที่ทำฟันก่อนหน้าที่ยังมีเชื้อ⁽⁶⁾ ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคโควิด-19 และบุคคลรอบข้างต้องมีความตระหนักและรับผิดชอบต่อการสัมผัส โดยต้องมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งจะช่วยป้องกันความเสี่ยงที่จะติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปยังผู้อื่นได้

จากแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีองค์ประกอบพื้นฐาน คือการรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจ ซึ่งการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้น มีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่ควรมีอุปสรรคด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง⁽⁷⁾ ในส่วนการรับรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้รับบริการทันตกรรม มีความสำคัญที่ต้องทำการศึกษานี้เนื่องจากการให้บริการทันตกรรมในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 แม้ถูกกำหนดให้เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง และมีการผ่อนคลายมาตรการต่างๆ ลง ก็อาจก่อให้เกิดความวิตกกังวลในการบริการทันตกรรม เพราะกระบวนการรักษาก่อให้เกิดละอองฝอยฟุ้งกระจายที่เป็นอันตรายทั้งผู้ปฏิบัติงาน ผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้อง⁽⁸⁾ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์⁽⁹⁾ มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาประเด็นการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคโควิด-19 ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 รวมทั้งพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้รับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนปรับปรุงและพัฒนากระบวนการทันตกรรมให้มีความปลอดภัยในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมในการป้องกันโรคของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker)⁽⁹⁾ การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษารุ่นนี้ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 ของผู้รับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 ของผู้รับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ จำแนกตามเพศ ระดับการศึกษา การมีโรคประจำตัว ประวัติการเคยติดเชื้อโควิด-19 และการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 ของผู้รับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ

คำถามการวิจัย

1. การรับรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 ของผู้รับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ เป็นอย่างไร
2. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 ของผู้รับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ จำแนกตามเพศ ระดับการศึกษา การมีโรคประจำตัว ประวัติการเคยติดเชื้อโควิด-19 และการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 เป็นอย่างไร
3. ปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 ของผู้รับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้มารับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ ในช่วงเดือนธันวาคม 2565-มกราคม 2566 คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรกรณีไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน โดยใช้สูตรการคำนวณตามวิธีของ WG Cochran⁽¹⁰⁾ ซึ่งสูตรในการคำนวณที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 p(1-p)}{d^2}$$

เมื่อ $Z_{\alpha/2}^2$ คือ ค่า Z ที่ระดับ $\alpha=0.05 = Z(0.025) = 1.96$

P คือ ค่าสัดส่วนของตัวแปรพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ได้จากการศึกษานำร่อง=0.80

d² คือ ความแม่นยำในการประมาณค่าสัดส่วนกำหนดที่ 5%

การแทนค่าในสูตร ได้จำนวนขนาดตัวอย่าง 246 คน

กลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ โดยการสุ่มจากผู้ที่มีมารับบริการทันตกรรมในแต่ละวันที่มีลำดับคิวที่ 5, 10, 15,... ซึ่งเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18-59 ปี ไม่เป็นหญิงตั้งครรภ์ สามารถอ่านออกเขียนได้ และยินยอมตอบแบบสอบถามงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้จากการศึกษางานวิจัย เอกสารและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และพัฒนาตามกรอบแนวคิดการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ประวัติการเคยติดเชื้อโควิด-19
2. แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 จำนวน 17 ข้อ ประกอบไปด้วย 4 ส่วน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 จากการมารับบริการทันตกรรม จำนวน 6 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 จำนวน 5 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 3 ข้อ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 3 ข้อ โดยเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ คือ การรับรู้ระดับมาก 3 คะแนน ระดับปานกลาง 2 คะแนน และ ระดับน้อย 1 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์การแปลผลคะแนนของ Best⁽¹¹⁾ ได้แก่ คะแนน 1-1.66 หมายถึง มีการรับรู้ระดับน้อย คะแนน 1.67-2.32 หมายถึง มีการรับรู้ระดับปานกลาง และคะแนน 2.33-3.00 หมายถึง มีการรับรู้ระดับมาก
3. แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้มารับบริการทันตกรรม จำนวน 9 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มี 3 ระดับคือ ปฏิบัติทุกครั้ง 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 2 คะแนน และ

ไม่ปฏิบัติ 1 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์การแปลผลคะแนนของ Best⁽¹¹⁾ ได้แก่ คะแนน 1-1.66 หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ระดับไม่ดี คะแนน 1.67-2.32 หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ระดับปานกลาง และคะแนน 2.33-3.00 หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ผ่านขั้นตอนการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) อยู่ในช่วง 0.67-1.00 ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ Tryout กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 เท่ากับ 0.824 และแบบสอบถามพฤติกรรมเท่ากับ 0.753

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและนำเสนอผลการศึกษาโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 ของผู้รับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ จำแนกตาม เพศ ระดับการศึกษา การมีโรคประจำตัว ประวัติการเคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการรับรู้ โดยใช้สถิติ Chi-square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยชีวสังคมและปัจจัยด้านการรับรู้กับพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 ของผู้รับบริการทางทันตกรรม โดยใช้สถิติ Chi-square test หรือ Fisher's exact test หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้ Chi-square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เอกสารรับรองเลขที่ 94/2565 ลงวันที่ 29 ธันวาคม พ.ศ. 2565 และได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการวิจัยแก่ผู้สนใจเข้าร่วมการวิจัย โดยให้ลงนามยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัย และหน่วยงานที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยสังกัดอยู่ โดยผู้วิจัยจะเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้นั่น

ผลการวิจัย

ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้รับบริการทันตกรรม โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ในงานวิจัยครั้งนี้ มีทั้งสิ้น 246 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 166 คน คิดเป็นร้อยละ 67.5 มีอายุ 18-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.6 มีอายุเฉลี่ย 38.4 ปี มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 45.5 ผู้รับบริการทันตกรรมประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 30.1 มีโรคประจำตัวร้อยละ 23.6 และไม่มีประวัติการเคยติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 64.6

ข้อมูลการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ มีจำนวนผู้รับบริการทันตกรรมที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 58.1 เมื่อพิจารณาแต่ละด้าน พบว่าด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 58.9, 69.1, 77.6 และ 48.8 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี ร้อยละ 76.8 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการทันตกรรม จำแนกตามระดับการรับรู้และระดับพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=246)

ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้		
- ระดับมาก (2.33-3 คะแนน)	143	58.1
- ระดับปานกลาง (1.67-2.32 คะแนน)	93	37.8
- ระดับน้อย (0-1.66 คะแนน)	10	4.1
1) การรับรู้โอกาสเสี่ยง		
- ระดับมาก (2.33-3 คะแนน)	145	58.9
- ระดับปานกลาง (1.67-2.32 คะแนน)	80	32.5
- ระดับน้อย (0-1.66 คะแนน)	21	8.5
2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค		
- ระดับมาก (2.33-3 คะแนน)	170	69.1
- ระดับปานกลาง (1.67-2.32 คะแนน)	62	25.2
- ระดับน้อย (0-1.66 คะแนน)	14	5.7
3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ		
- ระดับมาก (2.33-3 คะแนน)	191	77.6
- ระดับปานกลาง (1.67-2.32 คะแนน)	45	18.3
- ระดับน้อย (0-1.66 คะแนน)	10	4.1
4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ		
- ระดับมาก (2.33-3 คะแนน)	120	48.8
- ระดับปานกลาง (1.67-2.32 คะแนน)	76	30.9
- ระดับน้อย (0-1.66 คะแนน)	50	20.3
พฤติกรรมการป้องกันโรค		
- ระดับดี (2.33-3 คะแนน)	189	76.8
- ระดับไม่ดี (0-2.32 คะแนน)	57	23.2

การรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.4$, $SD=0.3$) เมื่อแยกพิจารณาในแต่ละด้านพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($\bar{X}=2.3$, $SD=0.5$) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\bar{X}=2.5$, $SD=0.5$) และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($\bar{X}=2.6$, $SD=0.5$) อยู่ในระดับมากทั้ง 3 ด้าน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.1$, $SD=0.7$) ส่วนพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=2.6$, $SD=0.4$) ดังตารางที่ 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติและพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ปัจจัย	Mean	SD	การแปลความหมาย
การรับรู้	2.4	0.3	ระดับมาก
- การรับรู้โอกาสเสี่ยง	2.3	0.5	ระดับมาก
- การรับรู้ความรุนแรง	2.5	0.5	ระดับมาก
- การรับรู้ประโยชน์	2.6	0.5	ระดับมาก
- การรับรู้อุปสรรค	2.1	0.7	ระดับปานกลาง
พฤติกรรม	2.6	0.4	ระดับดี

พฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการทันตกรรม ในโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ ที่ปฏิบัติทุกครั้งมากที่สุดคือการสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า เมื่อออกจากบ้าน คิดเป็นร้อยละ 83.7 รองลงมาคือการตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายเมื่อเข้าไปในบริเวณที่มีผู้คนแออัด คิดเป็นร้อยละ 69.1 ส่วนพฤติกรรมที่ไม่ปฏิบัติมากที่สุดคือการสแกนแอปพลิเคชันไทยชนะ หรือลงลายมือชื่อ เมื่อเข้าไปในบริเวณที่มีผู้คนแออัด คิดเป็นร้อยละ 11.8 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 ของผู้รับบริการทันตกรรม (n=246)

พฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19	พฤติกรรมในการป้องกันโรค					
	ไม่ปฏิบัติ		ปฏิบัติบางครั้ง		ปฏิบัติทุกครั้ง	
	n	%	n	%	n	%
1. ท่านล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ ก่อนรับประทานอาหารหรือหลังหยิบจับสิ่งของที่ใช้ร่วมกัน	8	3.3	100	40.7	138	56.1
2. ท่านไม่ใช้สิ่งของหรือ ของใช้ร่วมกับคนอื่น	15	6.1	81	32.9	150	61.0
3. ท่านใช้ช้อนกลางประจำตัวเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น	13	5.3	81	32.9	152	61.8

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 ของผู้รับบริการทันตกรรม (n=246)

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19	พฤติกรรมการป้องกันโรค					
	ไม่ปฏิบัติ		ปฏิบัติบางครั้ง		ปฏิบัติทุกครั้ง	
	n	%	n	%	n	%
4. ท่านเว้นระยะห่างประมาณ 1-2 เมตรเมื่อต้องมีการพูดคุยกับบุคคลอื่น	10	4.1	105	42.7	131	53.3
5. ท่านสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าเมื่อออกจากบ้าน	1	0.4	39	15.9	206	83.7
6. ท่านหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมในสถานที่แออัด	8	3.3	80	32.5	158	64.2
7. ท่านตรวจ ATK ทุกครั้งที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโควิด-19 หรือมีอาการสงสัยว่าจะติดเชื้อโควิด-19	4	1.6	83	33.7	159	64.6
8. ท่านตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายเมื่อเข้าไปในบริเวณที่มีผู้คนแออัด	3	1.2	73	29.7	170	69.1
9. ท่านสแกนแอปพลิเคชันไทยชนะ หรือลงลายมือชื่อเมื่อเข้าไปในบริเวณที่มีผู้คนแออัด	29	11.8	92	37.4	125	50.8

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการทันตกรรมพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว และประวัติการเคยติดเชื้อโควิด-19 ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการทันตกรรม (n=246)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	รวม		พฤติกรรม				p-value
			ไม่ดี		ดี		
	n	%	n	%	n	%	
เพศ							
หญิง	166	67.5	36	21.7	130	78.3	0.427
ชาย	80	32.5	21	26.2	59	73.8	
อายุ (ปี)							
18 – 29 ปี	85	34.6	21	24.7	64	75.3	0.962
30 – 39 ปี	30	12.2	6	20.0	24	80.0	
40 – 49 ปี	53	21.5	12	22.6	41	77.4	
50 – 59 ปี	78	31.7	18	23.1	60	76.9	
$\bar{X}$ =38.4 ปี, SD=14.3 ปี, Min=18 ปี, Max=59 ปี							

ตารางที่ 4 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการทันตกรรม (n=246)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	รวม		พฤติกรรม				p-value
			ไม่ดี		ดี		
	n	%	n	%	n	%	
ระดับการศึกษา							
ไม่ได้เรียน	11	4.5	5	45.5	6	54.5	0.428 ^f
ประถมศึกษา	73	29.7	15	20.5	58	79.5	
มัธยมศึกษา/ปวช	112	45.5	26	23.2	86	76.8	
อนุปริญญา/ปวส.	15	6.1	5	33.3	10	66.7	
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	29	11.8	5	17.2	24	82.8	
สูงกว่าปริญญาตรี	6	2.4	1	16.7	5	83.3	
อาชีพ							
เกษตรกร	74	30.1	21	28.4	53	71.6	0.489
รับจ้าง	63	25.6	14	22.2	49	77.8	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	27	11.0	3	11.1	24	88.9	
ค้าขาย	24	9.8	6	25.0	18	75.0	
อื่นๆ	58	23.6	13	22.4	45	77.6	
โรคประจำตัว							
ไม่มี	188	76.4	42	22.3	146	77.7	0.578
มี	58	23.6	15	25.9	43	74.1	
ประวัติการเคยติดเชื้อโควิด-19							
ไม่เคย	159	64.6	32	20.1	127	79.9	0.185 ^f
เคย 1 ครั้ง	84	34.1	25	29.8	59	70.2	
เคยมากกว่า 1 ครั้ง	3	1.3	0	0	3	100	

^f หมายถึง วิเคราะห์ด้วย Fisher's exact test

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการทันตกรรม พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ในภาพรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$, $p=0.046$, $p<0.001$, $p=0.001$ และ $p=0.021$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ ผู้รับบริการทันตกรรม (n =246)

ปัจจัยด้านการรับรู้	พฤติกรรม				p-value
	ไม่ดี		ดี		
	n	%	n	%	
การรับรู้ภาพรวม					
ระดับมาก (2.33–3 คะแนน)	21	14.7	122	85.3	<0.001*
ระดับปานกลาง (1.67-2.32 คะแนน)	34	36.6	59	63.4	
ระดับน้อย (0-1.66 คะแนน)	2	20.0	8	80.0	
การรับรู้โอกาสเสี่ยง					
ระดับมาก (2.33-3 คะแนน)	26	17.9	119	82.1	0.046*
ระดับปานกลาง (1.67-2.32 คะแนน)	26	32.3	54	67.5	
ระดับน้อย (0-1.66 คะแนน)	5	23.8	16	76.2	
การรับรู้ความรุนแรง					
ระดับมาก (2.33–3 คะแนน)	28	16.5	142	83.5	<0.001*
ระดับปานกลาง (1.67-2.32 คะแนน)	27	43.5	35	56.5	
ระดับน้อย (0-1.66 คะแนน)	2	14.3	12	85.7	
การรับรู้ประโยชน์					
ระดับมาก (2.33-3 คะแนน)	34	17.8	157	82.2	0.001*
ระดับปานกลาง (1.67-2.32 คะแนน)	18	40.0	27	60.9	
ระดับน้อย (0-1.66 คะแนน)	5	50.0	5	50.0	
การรับรู้อุปสรรค					
ระดับมาก (2.33-3 คะแนน)	26	21.7	94	78.3	0.021*
ระดับปานกลาง (1.67-2.32 คะแนน)	25	32.9	51	67.1	
ระดับน้อย (0-1.66 คะแนน)	6	12.0	44	88.0	

* กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การอภิปรายผล

จากการศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการทันตกรรมอยู่ในระดับมากทั้ง 3 ด้าน ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับที่ดีคิดเป็นร้อยละ 76.8 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภาณุรัฐ วีรจักร และคณะ⁽¹²⁾ ที่พบว่าการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส

โควิด 2019 ของกำลังพลที่ปฏิบัติงานสายแพทย์ ศูนย์อำนวยการแพทย์ จังหวัดชายแดนภาคใต้ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\mu=4.50$, $\sigma=0.44$) และ ($\mu=4.50$, $\sigma=0.44$) ตามลำดับ และ ปิยะนันท์ เรือนคำ และคณะ⁽¹³⁾ ที่พบว่าประชากรผู้ใหญ่ในเขตจอมทอง กรุงเทพมหานครมีพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับที่ดีคิดเป็นร้อยละ 88.45 ($\bar{X}=12.8$, $SD=2.9$) และ สุภาภรณ์ วงษ์⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดสุโขทัย ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูงร้อยละ 89.60 อาจเนื่องมาจาก ระบบบริหารจัดการทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทยได้มีการเผยแพร่ให้ประชาชนทราบเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งในระดับส่วนกลางจนถึงระดับชุมชน การที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมีการรายงานสถิตินั้น เน้นย้ำให้เห็นถึงความรุนแรงของโรคที่มีต่อสุขภาพ และอาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของประชาชนที่ถูกต้องได้

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการทันตกรรมพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การมีโรคประจำตัว และประวัติการเคยติดเชื้อโควิด-19 ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาจเนื่องจากการศึกษานี้ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2565 ถึงมกราคม 2566 ซึ่งเป็นช่วงที่ผ่านการระบาดรุนแรงมาหลายระลอกจนเข้าสู่การเป็นโรคประจำถิ่น มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 น้อยลง และประชาชนเริ่มคุ้นชินกับชีวิตวิถีใหม่ (New normal) ทำให้พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่แตกต่างกันในแต่ละกลุ่ม ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะนันท์ เรือนคำ และคณะ⁽¹³⁾ ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม โดยเพศหญิงมีพฤติกรรมการป้องกันที่ติดต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากกว่าเพศชาย อาจเนื่องมาจาก เพศหญิงจะมีการรับรู้ความเสี่ยงของโรค มีความตื่นตัวในการใช้มาตรการป้องกันโรค มีความใส่ใจและเคร่งครัดในเรื่องสุขภาพมากกว่าเพศชาย ทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่แตกต่างจากเพศชาย และ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาณุรัฐ วีระจร และคณะ⁽¹²⁾ ที่พบว่ากำลังพลที่มีการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป มีการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากกว่ากำลังพลที่มีการศึกษต่ำกว่าปริญญาตรี อาจเนื่องจากการที่มีการศึกษาสูงทำให้เป็นผู้ที่มีความรู้ มีความเชื่อในการเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเองมากกว่าผู้ที่มีการศึกษต่ำ

ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการทันตกรรม ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($p=0.046$) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($p<0.001$) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ($p<0.001$) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($p=0.021$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุตา แวหะยี่⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคในกลุ่มวัยรุ่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันของโรค COVID-19 และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาภรณ์ วงษ์⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ เพศ ($p\text{-value}=0.038$) แรงสนับสนุนทางสังคม ($p\text{-value}<0.001$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($p\text{-value}<0.001$) และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ

เพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($p\text{-value} < 0.001$) ตรงตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์⁽⁹⁾ ที่ว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อของตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้น มีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่ควรมียุบสรรคด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

1. สามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนปรับปรุงและพัฒนาระบบบริการทันตกรรมให้สอดคล้องและเหมาะสมกับสถานการณ์ที่ยังมีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อเป็นการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของโรค ให้เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ
2. ควรมีการให้ความรู้และสร้างความเข้าใจในการเข้ารับบริการทันตกรรมในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แก่ผู้รับบริการทันตกรรม เพื่อความปลอดภัยจากการติดเชื้อรวมถึงโรคติดเชื้ออื่นๆ ด้วย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการทันตกรรมเนื่องจากยังมีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่
2. ควรมีการศึกษารับรู้และพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อโควิด-19 ของบุคลากรสาธารณสุขผู้ให้บริการ เนื่องจากเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และมีความเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อได้ง่าย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์ ดร.ประทีป กาลเขว้า วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ที่กรุณาให้ความรู้ในการพัฒนางานวิจัย รวมทั้งให้คำปรึกษาแนะนำแก้ไขข้อบกพร่องงานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบคุณทันตแพทย์ โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ทุกท่าน ที่เสียสละเวลาช่วยเก็บข้อมูลงานวิจัยในครั้งนี้ รวมทั้งผู้รับบริการทันตกรรมที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามงานวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนและมาตรการการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่โรคประจำถิ่น (Endemic Approach to COVID-19) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ต.ค. 5]. เข้าถึงได้จาก: https://bps.moph.go.th/new_bps/
2. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ต.ค. 5]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/15720220926033413.PDF>
3. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องยกเลิกประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ต.ค. 5]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/15620220926033355.PDF>

4. กรมการแพทย์. แนวทางปฏิบัติทางทันตกรรมวิธีใหม่ ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข้าสู่ระยะโรคประจำถิ่น [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ต.ค.5]. เข้าถึงได้จาก: https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=174
5. Amato A, Caggiano M, Amato M, Moccia G, Capunzo M, De Caro F. Infection Control in Dental Practice During the COVID-19 Pandemic. Int J Environ Res Public Health. 2020 Jul 2;17(13):4769. doi: 10.3390/ijerph17134769.
6. วิลาวลัย พรหมชินวงศ์, สุพรรณษา จันทร์สว่าง, ศุภศิลป์ ตีรรักษา, วิภาดา จิตรปรีดา, วุฒิกุล ธนากาญจน ภัคคี. ทศนมิติในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของผู้ป่วยในสภาวะแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (โควิด 2019) อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารทันตภิบาล. 2564;32(1):81-8.
7. Rosenstock IM. The health belief model and preventive health behavior. Health Education Monographs. 1974; 2:354-86.
8. จุฬนาริน วิทยวรรณกุล, ศศิกันต์ ศิลพันธ์, กาญจนา ศรีนะพรม, ธาราวรรษ ไชยศิริ. ผลกระทบจากสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อบริการทันตกรรมโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน จังหวัดขอนแก่น. วารสารทันตภิบาล. 2564;32(2):14-26.
9. Becker MH. The Health Belief Model and Personal Health Behavior. Health Education Monographs. 1974;2:324-508.
10. อรุณ จิรวัดน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน ; 2556.
11. Best JW. Research in Education. 3rded. New Delhi: Prentice Hall; 1978
12. ภัคณัฐ วีระขจร, โชคชัย ขวัญพิชิต, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีระธรรม. การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของกำลังพลที่ปฏิบัติงานสายแพทย์ศูนย์อำนวยการแพทย์จังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2563;3(3):107-17.
13. ปิยะนันท์ เรือนคำ, สุนธรา คงศีล, สุขุม เจียมตน, ยุวณุช สัตยสมบุรณ์, เพ็ญพักตร์ อุทิศ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชากรผู้ใหญ่: กรณีศึกษาเขตจอมทอง กรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31(2):247-59.
14. สุภาภรณ์ วงธิ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
15. สุดา แวหะยี่. การรับรู้ความรุนแรงและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของวัยรุ่นในเขตตำบลสะเตงนอก อำเภอเมือง จังหวัดยะลา. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2563;6(4):158-68.

สุนทรียทักษะภาวะผู้นำและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน โรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

เสาวณีย์ ม่วงนิล*, นครินทร์ ประสิทธิ์^{***}, สุรัชย์ พิมหา**, นพรัตน์ เสนาฮาด**,
สุพัฒน์ กองศรีมา***, ศรัณยา พันธุ์โยธา****, ณัฐกร นิลเนตร*****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุนทรียทักษะภาวะผู้นำและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ประชากรคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบปฏิบัติงานแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่นจำนวน 248 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 183 คน สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบการสุ่มอย่างง่าย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน และการถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมของระดับสุนทรียทักษะภาวะผู้นำ ($\bar{X}=4.33$, $SD=0.50$) ระดับบรรยากาศองค์การ ($\bar{X}=4.28$, $SD=0.59$) และระดับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ($\bar{X}=4.17$, $SD=0.61$) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับมาก โดยพบว่าภาพรวมสุนทรียทักษะภาวะผู้นำ ($r=0.694$, $p\text{-value}<0.001$) และบรรยากาศองค์การ ($r=0.592$, $p\text{-value}<0.001$) มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน และพบว่าสุนทรียทักษะภาวะผู้นำทักษะ ด้านการนำเสนอ ด้านการพัฒนาตนเอง ด้านการติดต่อสื่อสาร ด้านการวางแผนและการจัดองค์กร บรรยากาศองค์การ มิติด้านความรับผิดชอบต่อผลและสามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 61.0 ($R^2=0.610$)

คำสำคัญ: สุนทรียทักษะภาวะผู้นำทักษะ; บรรยากาศองค์การ; การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน; โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

* นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** อาจารย์ สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

**** นักศึกษาปริญญาเอก สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

^a Corresponding author: นครินทร์ ประสิทธิ์ Email: Nakapr@kku.ac.th

รับบทความ: 15 พ.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 27 พ.ค. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 27 พ.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 18 มิ.ย. 66

Leadership Soft Skills and Organizational Climate Affecting the Performance of Thai Traditional Medicine and Integrated Medicine of Public Health Personnel at Sub-District Health Promoting Hospitals in Khon Kaen Province

Soawanee Moungnin*, Nakarin Prasit**^a, Surachai Phimha**, Nopparat Senahad**,
Supat Kongsrima***, Saranya Phanyotha****, Nathakon Nilnate*****

Abstract

Objective of this cross-sectional descriptive research was to investigate the leadership soft skills and organizational climate affecting the performance of Thai traditional medicine and integrated medicine of public health personnel at sub-district health promoting hospitals in Khon Kaen province. Population was consisted of 248 public health officers responsible for Thai traditional medicine and integrated medicine at sub-district health promoting hospitals in Khon Kaen province. Samples were 183 officers randomly selected using simple random sampling method. Statistics used in this study included Pearson's correlation and stepwise multiple linear regression, with a significance level of 0.05.

Results showed that overall leadership soft skills factors ($\bar{X}=4.33$, $SD=0.50$), organizational climate factors ($\bar{X}=4.28$, $SD=0.59$) and performance of Thai traditional medicine and integrated medicine of public health personnel ($\bar{X}=4.17$, $SD=0.61$) were at a high level. It was found that the overall of leadership soft skills factors ($r=0.694$, $p\text{-value}<0.001$) and overall organizational climate factors ($r=0.592$, $p\text{-value}<0.001$) had a moderate relationship with infectious waste management practices. The leadership soft skills factors: presentation, self-development, communication and planning and organization factors: organizational climate factors for responsibility dimension were effective and able to jointly predict the performance of Thai traditional medicine and integrated medicine of public health personnel at sub-district health promoting hospitals in Khon Kaen province at 61.0% ($R^2=0.610$)

Keywords: Leadership soft skills; Organizational climate; Thai traditional medicine and integrated medicine, Sub-district health promoting hospitals

* Master of Public Health Candidate, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

** Lecturer, Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

*** Public Health Technical Officer, Professional Level, Udon Thani Provincial Public Health Office

**** Doctoral Student, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

***** Lecturer, Faculty of Nursing and Allied Health Sciences, Phetchaburi Rajabhat University

^a Corresponding author: Nakarin Prasit Email: Nakapr@kku.ac.th

Received: May 15, 23; Revised: May 27, 23; Accepted: May 27, 23; Published Online: Jun. 18, 23

บทนำ

การแพทย์แผนไทยนั้นเป็นองค์ความรู้ที่อยู่กับคนไทยมาตั้งแต่อดีต ด้วยในเรื่องของเป็นที่พึ่งด้านสุขภาพที่ใกล้ชิดที่สุดในชุมชน เข้าถึงได้ง่ายรวมทั้งในส่วนของการประยุกต์ใช้สมุนไพรเพื่อการรักษา ที่มีต้นทุนในราคาที่ถูกกว่ายาแผนปัจจุบัน ประชาชนสามารถเข้าถึงได้สะดวกในบริบทของวิถีชีวิตของสังคมไทย ดังนั้นประเทศไทยจึงมีการดำเนินการกลยุทธ์นโยบายในการส่งเสริมการบริการแพทย์แผนไทยในยุคปัจจุบันให้มีความทันสมัยสู่ความเป็นสากล ในรูปแบบของการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน เพื่อเป็นการขยายองค์ความรู้ สืบทอดภูมิปัญญาอย่างต่อเนื่องสู่คนรุ่นต่อไป⁽¹⁾ แนวคิดนี้สอดคล้องกับแผนขับเคลื่อนนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2565 ที่มุ่งเน้นในการสร้าง Service plan ในส่วนของการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน การพัฒนาสุขภาพประชาชนแบบองค์รวมโดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาและสร้างกลไกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคน การบริการด้านสุขภาพให้ได้มาตรฐาน มีคุณธรรมจริยธรรม และสร้างความเข้มแข็งของบุคลากรด้านสุขภาพ โดยการพัฒนาศักยภาพเสริมทักษะมีการจัดการความรู้อย่างเป็นระบบและต่อเนื่องให้ทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในยุคปัจจุบันเพื่อสร้างบริการทางการแพทย์แผนไทยในพื้นที่ชุมชนอย่างยั่งยืน⁽²⁾

การปฏิบัติงานตามมาตรฐานตัวชี้วัดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการพัฒนางานสาธารณสุขนั้น สถานบริการต้องจัดให้มีการบริการที่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ทั้งนี้เพื่อประโยชน์สุขของประชาชน และให้ประชาชนได้รับการบริการอย่างเป็นธรรมตามสิทธิขั้นพื้นฐาน การบริการการแพทย์แผนไทย เป็นศาสตร์การรักษา พื้นฟู ป้องกันและส่งเสริมไม่ให้เกิดโรคหรือการเจ็บป่วยของประชาชนมาช้านาน ถือเป็นศาสตร์ทางด้านสุขภาพที่อาศัยการเรียนรู้และถ่ายทอดความรู้สืบทอดกันจากบรรพบุรุษเกิดเป็นภูมิปัญญาเรียกภูมิปัญญาชาวบ้าน หรือภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ใช้องค์ความรู้เฉพาะผสมการใช้สมุนไพรในการรักษาผู้ที่เจ็บป่วย⁽³⁾ ปัจจุบันการให้บริการทางการแพทย์แผนไทย มีความแตกต่างจากในอดีตอย่างเห็นได้ชัด คือการใช้หลักการทางวิชาการ หลักวิทยาศาสตร์เข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น มีการศึกษา ค้นคว้า ทดลองและจัดบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร การอ้างอิงแหล่งที่มาที่น่าเชื่อถือ นอกจากนี้ การจัดบริการทางการแพทย์แผนไทยต้องมีมาตรฐานสอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กร อาศัยความร่วมมือของบุคลากรที่มีความสนใจและให้ความสำคัญกับศาสตร์การแพทย์แผนไทย สามารถนำความรู้มาดูแลรักษาสุขภาพ ลดความเสี่ยงในการเกิดโรค และเพื่อให้เกิดการบริการที่ได้มาตรฐานจึงต้องมีการกำหนดตัวชี้วัดมาตรฐานขึ้น ให้เกิดประสิทธิภาพในรูปแบบของการปฏิบัติงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ที่มีความบูรณาการองค์ความรู้มีการจัดการบริการแพทย์แผนไทยในยุคปัจจุบัน โดยการปฏิบัติงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของบุคลากรด้านสาธารณสุข กำหนดตัวชี้วัดในการประเมินมาตรฐานบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสถานที่ เครื่องมือเครื่องใช้ และสิ่งแวดล้อม 2) ด้านบุคลากร 3) ด้านการปฏิบัติงาน 4) ด้านการควบคุมคุณภาพ และ 5) ด้านการจัดบริการ⁽²⁾

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นได้ให้ความสำคัญด้านการแพทย์แผนไทยโดยได้กำหนดนโยบายให้มีการดำเนินงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานเพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่จังหวัดขอนแก่นในลักษณะการบริการที่ครอบคลุมในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรคด้านการรักษาโรค และด้านการฟื้นฟูสภาพได้อย่างต่อเนื่อง⁽²⁾ เพื่อที่จะเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพ

บุคลากรได้อย่างยั่งยืน ซึ่งปัจจัยสุนทรียทัศนัภาวะผู้นำและปัจจัยบรรยากาศองค์การ เป็นปัจจัยที่จะส่งเสริมสร้างกระบวนการปฏิบัติงานทั้งตรงและทางอ้อมให้เกิดการพัฒนาที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้รับผิดชอบในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่นั้นไม่ได้สำเร็จการศึกษาทาววิชาชีพแพทย์แผนไทย จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่ศึกษาสุนทรียทัศนัภาวะผู้นำและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น เพื่อจะนำการศึกษาที่ได้มาพัฒนาต่อยอดการปฏิบัติงานบริการของแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ให้บรรลุเป้าหมายขององค์การได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสุนทรียทัศนัภาวะผู้นำและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาสุนทรียทัศนัภาวะผู้นำและบรรยากาศองค์การที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น
3. เพื่อศึกษาระดับสุนทรียทัศนัภาวะผู้นำ ระดับบรรยากาศองค์การและระดับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัย เจริญพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) เพื่อเพื่อศึกษาสุนทรียทัศนัภาวะผู้นำและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 240 คน ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรสำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงเส้น (Multiple linear regression analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานของ Cohen⁽⁴⁾ คำนวณได้จากสูตรดังนี้

$$N = \frac{\lambda(1 - R_{Y.A,B}^2)}{R_{Y.A,B}^2 - R_{Y.A}^2} + w$$

กำหนดให้

$R_{Y.A,B}^2$ คือค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Full Model ซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้ได้นำค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรจากการศึกษาของ ศุมาลิน ดีจันทร์ และประจักษ์ บัวผัน⁽⁵⁾ ซึ่งมีลักษณะงานที่คล้ายคลึงกับงานวิจัยครั้งนี้ ได้ค่า $R_{Y.A,B}^2$ ได้เท่ากับ 0.649

$R_{Y.A}^2$ คือค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Reduce model ($R_{Y.A,B}^2 - R_{Y.B}^2$) ซึ่งได้ค่า $R_{Y.A}^2 = 0.634$

$R^2_{Y.B.}$ คือค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุที่เปลี่ยนแปลง (R^2 Change) เมื่อไม่มีตัวแปรที่ต้องการทดสอบ

$$R^2_{Y.B.} = 0.015$$

λ คือค่าความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนตัวแปรอิสระและอำนาจการทดสอบ

w คือจำนวนตัวแปรอิสระนอกเหนือจากตัวแปรที่ต้องการทดสอบ (เซต A) = 0 (เซต B) = 16

u คือจำนวนตัวแปรอิสระที่ต้องการทดสอบ (เซต B) เท่ากับ 1 ตัวแปร

v คือค่าที่ได้จาก $v = N - u - w - 1$

จากการคำนวณตัวอย่างโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุทดอยของตัวแปรจากการศึกษาโมเดล⁽⁵⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวน 183 คน จากการคำนวณการสุ่มในการศึกษาค้างนี้หาช่วงระยะห่างของการเลือกตัวอย่าง โดยใช้สูตร $l = N/n$ ⁽⁶⁾ เนื่องจากช่วงระยะห่างของการเลือกตัวอย่างคือ 1.31 ซึ่งมากกว่า 1.50 จึงสามารถใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) นำรายชื่อใส่ในภาชนะแล้วทำการจับฉลากโดยไม่ใส่คืน จนได้ขนาดตัวอย่างครบจำนวน 183 คน

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยในครั้งนี้ มีทั้งหมด 4 ส่วน รายละเอียด ได้แก่ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ปฏิบัติงานที่รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทย รายได้ การได้รับการอบรมแพทย์แผนไทย ส่วนที่ 2 สุนทรียทักษะภาวะผู้นำในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย 1) ทักษะด้านการทำงานเป็นทีม 2) ทักษะด้านการติดต่อสื่อสาร 3) ทักษะด้านการเป็นผู้นำ 4) ทักษะด้านการคิดริเริ่ม 5) ทักษะด้านการนำเสนอ 6) ทักษะด้านการสอนงาน 7) ทักษะด้านการพัฒนาตนเอง 8) ทักษะในการวางแผนและจัดองค์กร โดยใช้แนวคิดของ Crosbie⁽⁷⁾ ส่วนที่ 3 บรรยากาศองค์การในการการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย 1) มิติโครงสร้างองค์กร 2) มิติความอบอุ่น 3) มิติการสนับสนุน 4) มิติการให้รางวัล 5) มิติความขัดแย้ง 6) มิติมาตรฐานการปฏิบัติงาน 7) มิติความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน 8) มิติความเสี่ยง และ 9) มิติความรับผิดชอบต่อ โดยใช้แนวคิดของ Litwin & Stringer⁽⁸⁾ ส่วนที่ 4 การปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 1) ด้านสถานที่ เครื่องมือเครื่องใช้ และสิ่งแวดล้อม 2) ด้านบุคลากร 3) ด้านการปฏิบัติงาน 4) ด้านการควบคุมคุณภาพ และ 5) ด้านการจัดบริการ ใช้แนวคิดของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข⁽²⁾ โดยส่วนที่ 2-4 เป็นคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และ น้อยที่สุด (1 คะแนน)

โดยการดำเนินการสร้างและพัฒนาแบบสอบถามในการศึกษาครั้งนี้ มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item objective congruence: IOC) พบว่า ทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้อง มากกว่า 0.50 และการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ไปทดลองใช้ (Try out) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบ

งานแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีลักษณะสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานคล้ายคลึงกันและมีพื้นที่ใกล้เคียงกันกับการวิจัยครั้งนี้จำนวน 30 คน การวิเคราะห์ค่า Cronbach's alpha coefficient พบว่า แบบสอบถามด้านความรู้ด้านสุขภาพ ด้านสุนทรียทัศนคติภาวะผู้นำ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.966 ด้านบรรยากาศองค์การ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96 ด้านการดำเนินงานมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.963 และเมื่อรวมแบบสอบถามทั้งหมด มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.973

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและสถิติในการวิเคราะห์ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สถิตินูมานา ได้แก่ สถิติสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และการวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน (Stepwise multiple linear regression analysis)

การแปลผล

การแปลผลคะแนนระดับสุนทรียทัศนคติภาวะผู้นำ ระดับบรรยากาศองค์การ และระดับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น โดยนำมาจัดระดับเป็น 5 ระดับ ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนมาตราส่วนประมาณค่าของ Likert⁽⁹⁾ มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และ น้อยที่สุด (1 คะแนน) และแปลผลโดยนำมาจัดระดับ 5 ระดับ ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยได้ โดยใช้เกณฑ์ของ สำเร็จ จันทรสวรรณ และสุวรรณ บัวทวน⁽¹⁰⁾ การปฏิบัติงานระดับมากที่สุดช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 คะแนน การปฏิบัติงานระดับมาก ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 คะแนน การปฏิบัติงานระดับปานกลาง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 คะแนน การปฏิบัติงานระดับน้อย ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 คะแนน และการปฏิบัติงานระดับน้อยที่สุดช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 คะแนน

สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง +1⁽¹¹⁾ แบ่งระดับดังนี้ คือ ไม่มีความสัมพันธ์ ($r=0$) ความสัมพันธ์ต่ำ ($r=\pm 0.01$ ถึง ± 0.30) ความสัมพันธ์ปานกลาง ($r=\pm 0.31$ ถึง ± 0.70) ความสัมพันธ์สูง ($r=\pm 0.71$ ถึง ± 0.99) และความสัมพันธ์โดยสมบูรณ์ ($r=\pm 1$)

การเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ หลังจากผู้วิจัยได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่นแล้ว เมื่อวันที่ 17 พฤศจิกายน 2565 เลขที่ HE652176 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม ถึง 31 ธันวาคม 2565

ผลการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง จำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 38.8 มีอายุเฉลี่ย 40.1 ปี (SD=8.39 ปี) อายุต่ำสุด 26 ปี อายุสูงสุด 59 ปี ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า จำนวน 182 คน คิดเป็นร้อยละ 99.5 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส จำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 65.6 ส่วนใหญ่รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 20,001-30,000 บาท จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 35.5 เงินเดือนต่ำสุด 13,000 บาท เงินเดือนสูงสุด 62,720 บาท ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ปฏิบัติงาน 1-5 ปี จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 48.1 (Min=1 ปี, Max=20 ปี) ส่วนใหญ่ไม่เคยอบรมการฝึกอบรมเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย จำนวน 94 คิดเป็นร้อยละ 51.4

ระดับสุนทรียทักษะภาวะผู้นำในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

เมื่อพิจารณาระดับสุนทรียทักษะภาวะผู้นำ พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.33 (SD=0.50) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทักษะด้านการทำงานเป็นทีม มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.46 (SD= 0.49) ส่วนรองลงมาคือทักษะด้านการติดต่อสื่อสาร มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.43 (SD=0.52) ส่วน สุนทรียทักษะภาวะผู้นำที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านทักษะด้านการนำเสนอ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.24 (SD=0.64) ส่วนรองลงมาคือ ด้านทักษะด้านการสอนงาน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.25 (SD=0.59) ตามลำดับ รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลระดับปัจจัยสุนทรียทักษะภาวะผู้นำในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

	สุนทรียทักษะภาวะผู้นำ	Mean	SD	แปลผล
1.	ทักษะด้านการทำงานเป็นทีม	4.46	0.49	มาก
2.	ทักษะด้านการติดต่อสื่อสาร	4.43	0.52	มาก
3.	ทักษะด้านการเป็นผู้นำ	4.32	0.58	มาก
4.	ทักษะด้านการคิดริเริ่ม	4.28	0.61	มาก
5.	ทักษะด้านการวางแผนและการจัดองค์กร	4.29	0.59	มาก
6.	ทักษะด้านการนำเสนอ	4.24	0.64	มาก
7.	ทักษะด้านการสอนงาน	4.25	0.59	มาก
8.	ทักษะด้านการพัฒนาตนเอง	4.34	0.66	มาก
	ภาพรวม	4.33	0.50	มาก

ระดับบรรยากาศองค์การในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

เมื่อพิจารณาบรรยากาศองค์การ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับบรรยากาศองค์การของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.28 (SD=0.59) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มิติโครงสร้างองค์กรมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.44 (SD=0.53) ส่วนรองลงมาคือมิติการสนับสนุน ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.37 (SD=0.56) ส่วนระดับบรรยากาศองค์การที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ มิติความเสี่ยง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.20 (SD=0.60) ส่วนรองลงมาคือ มิติการให้รางวัลและมิติความขัดแย้ง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.21 (SD=0.68 และ 0.63) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลระดับ บรรยากาศองค์การในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

บรรยากาศองค์การ	Mean	S.D.	แปลผล
1. มิติโครงสร้างองค์กร	4.44	0.53	มาก
2. มิติความอบอุ่น	4.34	0.60	มาก
3. มิติการสนับสนุน	4.37	0.56	มาก
4. มิติการให้รางวัล	4.21	0.68	มาก
5. มิติความขัดแย้ง	4.21	0.63	มาก
6. มิติมาตรฐานการปฏิบัติงาน	4.24	0.52	มาก
7. มิติความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน	4.25	0.58	มาก
8. มิติความเสี่ยง	4.20	0.60	มาก
9. มิติความรับผิดชอบ	4.26	0.59	มาก
ภาพรวม	4.28	0.59	มาก

ระดับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

เมื่อพิจารณาระดับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.17 (SD=0.61) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านสถานที่เครื่องมือเครื่องใช้ และสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.25 (SD=0.50) ส่วนรองลงมาคือ ด้านการปฏิบัติงาน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.21 (SD=0.78) ส่วนระดับการปฏิบัติงาน

ตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการจัดบริการ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.08 (SD=0.84) ส่วนรองลงมาคือ ด้านบุคลากร มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.14 (SD=0.79) ตามลำดับ โดยแปลผลค่าเฉลี่ยทั้ง 5 ด้าน มีอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

การปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน	Mean	SD	แปลผล
1. ด้านสถานที่ เครื่องมือเครื่องใช้ และสิ่งแวดล้อม	4.25	0.50	มาก
2. ด้านบุคลากร	4.14	0.79	มาก
3. ด้านการปฏิบัติงาน	4.21	0.78	มาก
4. ด้านการควบคุมคุณภาพ	4.08	0.84	มาก
5. ด้านการจัดบริการ	4.17	0.67	มาก
ภาพรวม	4.17	0.61	มาก

สุนทรียทัศนัภาวะผู้นำและบรรยากาศองค์การที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

สุนทรียทัศนัภาวะผู้นำและบรรยากาศองค์การที่มีความสัมพันธ์การปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า ภาพรวม ภาพรวมสุนทรียทัศนัภาวะผู้นำ และภาพรวมบรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.694$, $p\text{-value}<0.001$) และ ($r=0.592$, $p\text{-value}<0.001$) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาารายด้านของปัจจัยสุนทรียทัศนัภาวะผู้นำและปัจจัยบรรยากาศองค์การดังรายละเอียดตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างสุนทรียทักษะภาวะผู้นำและบรรยากาศองค์การที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

สุนทรียทักษะภาวะผู้นำและบรรยากาศองค์การ	การปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ภาพรวมสุนทรียทักษะภาวะผู้นำ	0.694***	< 0.001	ปานกลาง
1. ทักษะด้านการทำงานเป็นทีม	0.475***	< 0.001	ปานกลาง
2. ทักษะด้านการติดต่อสื่อสาร	0.552***	< 0.001	ปานกลาง
3. ทักษะด้านการเป็นผู้นำ	0.581***	< 0.001	ปานกลาง
4. ทักษะด้านการคิดริเริ่ม	0.633***	< 0.001	ปานกลาง
5. ทักษะด้านการวางแผนและการจัดองค์กร	0.551***	< 0.001	ปานกลาง
6. ทักษะด้านการนำเสนอ	0.714***	< 0.001	สูง
7. ทักษะด้านการสอนงาน	0.625***	< 0.001	ปานกลาง
8. ทักษะด้านการพัฒนาตนเอง	0.631***	< 0.001	ปานกลาง
ภาพรวมบรรยากาศองค์การ	0.592***	< 0.001	ปานกลาง
1. มิติโครงสร้างองค์กร	0.424***	< 0.001	ปานกลาง
2. มิติความอบอุ่น	0.413***	< 0.001	ปานกลาง
3. มิติการสนับสนุน	0.450***	< 0.001	ปานกลาง
4. มิติการให้รางวัล	0.381***	< 0.001	ปานกลาง
5. มิติความขัดแย้ง	0.452***	< 0.001	ปานกลาง
6. มิติมาตรฐานการปฏิบัติงาน	0.529***	< 0.001	ปานกลาง
7. มิติความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน	0.547***	< 0.001	ปานกลาง
8. มิติความเสี่ยง	0.542***	< 0.001	ปานกลาง
9. มิติความรับผิดชอบ	0.565***	< 0.001	ปานกลาง

***ระดับนัยสำคัญ 0.001

สุนทรียทักษะภาวะผู้นำและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

พบว่า ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) โดยเลือกตัวแปรปัจจัยสุนทรียทักษะภาวะผู้นำ และ บรรยากาศองค์การที่มีผลกับการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน

โรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น เข้าสู่วิเคราะห์ เพื่อหาตัวแปรอิสระที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ที่จะถูกเลือกเข้าสมการคือตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า 0.05 ซึ่งตัวแปรที่เลือกเข้าในสมการที่สามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ สุนทรียทักษะภาวะผู้นำทักษะ ด้านการนำเสนอ ($p\text{-value}<0.001$) บรรยากาศองค์กร มิติด้านความรับผิดชอบต่อสังคม ($p\text{-value}=0.001$) สุนทรียทักษะภาวะผู้นำทักษะ ด้านการพัฒนาตนเอง ($p\text{-value}=0.001$) สุนทรียทักษะภาวะผู้นำทักษะด้านการวางแผนและการจัดองค์กร ($p\text{-value}<0.001$) และ สุนทรียทักษะภาวะผู้นำทักษะด้านการติดต่อสื่อสาร ($p\text{-value}=0.008$) มีส่วนร่วมและมีผลต่อการพยากรณ์การปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 61.0 ($R^2=0.610$) และได้สมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรงซึ่งเป็นสมการทำนายในรูปแบบ รายละเอียดดังตารางที่ 5 คะแนนดังนี้

$$Y = 0.419 + (0.557)(\text{สุนทรียทักษะภาวะผู้นำทักษะ ด้านการนำเสนอ}) + (0.219)(\text{บรรยากาศองค์กร มิติด้านความรับผิดชอบต่อสังคม}) + (0.247)(\text{สุนทรียทักษะภาวะผู้นำทักษะ ด้านการพัฒนาตนเอง}) + (0.361)(\text{สุนทรียทักษะภาวะผู้นำทักษะด้านการวางแผนและการจัดองค์กร}) + (0.211)(\text{สุนทรียทักษะภาวะผู้นำทักษะด้านการติดต่อสื่อสาร})$$

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของสุนทรียทักษะภาวะผู้นำและบรรยากาศองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ตัวแปร	B	Beta	T	p-value	R	R ²	R ² adj	R ² change
1. สุนทรียทักษะภาวะผู้นำทักษะด้านการนำเสนอ	0.557	0.582	7.539	<0.001	0.714	0.509	0.506	-
2. บรรยากาศองค์กรมิติด้านความรับผิดชอบต่อสังคม	0.219	0.213	3.519	0.001	0.748	0.559	0.566	0.014
3. สุนทรียทักษะภาวะผู้นำทักษะด้านการพัฒนาตนเอง	0.247	0.266	3.365	0.001	0.757	0.573	0.554	0.050
4. สุนทรียทักษะภาวะผู้นำทักษะด้านการวางแผนและการจัดองค์กร	0.361	0.350	3.765	<0.001	0.770	0.594	0.599	0.016
5. สุนทรียทักษะภาวะผู้นำทักษะด้านการติดต่อสื่อสาร	0.211	0.078	2.690	0.008	0.781	0.610	0.585	0.021
ค่าคงที่ 0.419, F=55.280, p-value<0.001, R=0.781, R ² =0.610, R ² adj=0.599								

อภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่าตัวแปรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน คือสุนทรียทักษะภาวะผู้นำทักษะด้านการนำเสนอ สุนทรียทักษะภาวะผู้นำทักษะ ด้านการพัฒนาตนเอง บรรยากาศองค์การ มิติด้านความรับชอบ สุนทรียทักษะภาวะผู้นำทักษะด้านการติดต่อสื่อสาร และ สุนทรียทักษะภาวะผู้นำทักษะด้านการวางแผนและการจัดองค์กร สามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 61.0 ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

สุนทรียทักษะภาวะผู้นำ ทักษะด้านการนำเสนอ ถือเป็นอีกหนึ่งทักษะที่สำคัญต่อการปฏิบัติงานมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะทักษะในการนำเสนอที่มีความเป็นวิชาชีพทางการแพทย์แผนไทย สามารถสร้างความประทับใจที่ดีให้ผู้รับบริการได้ตั้งแต่ครั้งแรกรวมทั้งแก่เพื่อนร่วมงาน หากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานมีทักษะในการนำเสนอที่มีประสิทธิภาพ สามารถใช้ประโยชน์ที่เหมาะสมสามารถชักชวนโน้มน้าวให้คนอื่นยอมรับความคิดเห็นในการวางแผนหรือดำเนินกิจกรรมต่างๆ สามารถเชิญชวนหรือกระตุ้นให้มีการสนทนาแลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิด การพัฒนาสื่อและรูปแบบในการนำเสนอข้อมูลในสถานที่ต่างๆ และการใช้เทคโนโลยีเข้ามามีส่วนในการนำเสนอ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งในบริบทของการให้บริการแพทย์แผนไทยในยุคใหม่ที่มีการผสมผสานแพทย์ทางเลือกอื่นๆ เข้าร่วมบูรณาการ เพื่อให้ประชาชน ชุมชน ผู้บริหารและองค์กรได้เข้าใจถึงกระบวนการทำงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานในยุคปัจจุบัน ซึ่งจากผลการศึกษาสอดคล้องกับการปฏิบัติงานในเจ้าหน้าที่สาธารณสุขการที่ศึกษาผ่านมา⁽¹²⁻¹⁴⁾

บรรยากาศองค์การ มิติความรับผิดชอบ ถือเป็นหนึ่งมิติสำคัญสำหรับการปฏิบัติงานของบุคลากรมีความสำคัญในการใช้แก้ปัญหา ความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน รวมถึงสำคัญต่อการแสดงความรับผิดชอบ ต่องาน การพัฒนากระบวนการทำงานให้บรรลุผลสำเร็จ ซึ่งสภาพแวดล้อมในการทำงานที่บุคลากรรับรู้ถึงหน้าที่ ความรับผิดชอบของตนเองในการปฏิบัติงาน มีสิทธิ์ในการตัดสินใจในงานที่ตนเองรับผิดชอบ ซึ่งทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบทั้งในเรื่องของปัญหาผิดพลาด การตัดสินใจ การเสนอความคิดเห็น และการรับผิดชอบประโยชน์ จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการให้ความสำคัญส่งเสริมให้บรรยากาศองค์การให้เกิดความสามัคคีในการทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานซึ่งมีการบูรณาการในหลากหลายวิชาชีพ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องสร้างบรรยากาศองค์การ มิติความรับผิดชอบให้เกิดขึ้น เพื่อการปฏิบัติงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพและความเป็นอันหนึ่งอันเดียวของบุคลากรในองค์กร ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยการปฏิบัติงานในเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว^(5,15-16)

สุนทรียทักษะภาวะผู้นำ ทักษะด้านการพัฒนาตนเอง ถือเป็นอีกหนึ่งทักษะที่สำคัญต่อการปฏิบัติงานให้มีความมุ่งมั่นในการพัฒนาการทำงานอย่างต่อเนื่อง มีการปรับปรุงตัวเองอยู่ตลอด พัฒนาความสามารถ

ในการติดตาม ศึกษา ค้นคว้าหาความรู้ใหม่อยู่เสมอ การเข้าใจจุดแข็งและจุดอ่อนของตนเอง มีความพยายาม มุ่งมั่นพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นในการดำเนินงาน รู้จักการพัฒนา แสวงหาความรู้ที่จำเป็นต่องานที่รับผิดชอบ จากการฝึกอบรมและการศึกษาต่อโดยมีความกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้เพิ่มเติม เปิดโอกาสที่จะรับฟัง ข้อเสนอแนะจากผู้อื่น เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานให้เกิดประสิทธิภาพ และมีการพัฒนาด้านอารมณ์ เพื่อให้เกิดการสร้างสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้อื่น ซึ่งมีความจำเป็นอย่างกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ที่ต้องมีการพัฒนาต่อยอดเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ควบคู่กับระบบการแผนในยุคปัจจุบัน รวมทั้งการประสานวิชาชีพ ให้เกิดการพัฒนาต่อยอดสู่การนำไปใช้ให้กว้างขวาง ทักษะด้านการพัฒนาตนเองจึงเป็นทักษะอีกหนึ่งทักษะ ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขพึงควรจะมี การปฏิบัติงานให้ได้ประสิทธิภาพอย่างยั่งยืน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้อง กับงานวิจัยการปฏิบัติงานในเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว⁽¹⁷⁻¹⁹⁾

สุนทรียทักษะภาวะผู้นำ ทักษะด้านการวางแผนและการจัดองค์กร เป็นทักษะที่สำคัญต่อการปฏิบัติงาน สามารถนำไปใช้กำหนดแนวทาง กำหนดบทบาทหน้าที่งานขององค์กร การกำหนดวัตถุประสงค์ หรือเป้าหมายองค์กร กำหนดทางเลือกในการปฏิบัติงานไว้ล่วงหน้า มีการกำหนดโครงสร้างขององค์กร ในการทำงาน กำหนด อำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงานไว้ชัดเจน กล่าวคือ การกำหนด เป้าหมายขององค์กรในการปฏิบัติงานให้เป็นแนวทางเดียวกันในระยะสั้น ระยะยาวมีระยะเวลาที่ชัดเจน ก่อนเริ่มปฏิบัติงาน ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งในบริบทของการปฏิบัติงานแพทย์ไทยในการให้บริการ ซึ่งต้องมี ขอบเขตการดำเนินการให้บริการแก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งยังเป็นทักษะที่ใช้ในการส่งเสริม การพัฒนางานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานในการพัฒนาระบบการคิดอย่างเป็นระบบ ลดปัญหา ความผิดพลาด จากการคิดวิเคราะห์ในการวางแผน ดังนั้นจึงเป็นอีกหนึ่งทักษะที่ต้องส่งเสริมพัฒนาให้เกิด การพัฒนาไปใช้ได้ในสถานการณ์จริงอย่างยิ่ง ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยการปฏิบัติงานใน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว^(17,19)

สุนทรียทักษะภาวะผู้นำ ทักษะด้านการติดต่อสื่อสาร ถือเป็นทักษะสำคัญ เพื่อนำไปใช้ในการพูดคุย แลกเปลี่ยน ถ่ายทอดความคิดต่อบุคคลอื่นได้อย่างชัดเจน รวมถึงใช้ในการจับประเด็นสำคัญในการพูดคุย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ จึงจำเป็นอย่างยิ่งในบริบทของการให้บริการและการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน ภายในองค์กร ซึ่งเป็นทักษะความสามารถในการสื่อสารกับผู้อื่นอย่างมีประสิทธิภาพ มีความสามารถในการสื่อสารกับเพื่อนร่วมงาน มีความสามารถในการถ่ายทอดความคิดเห็นของตนเองต่อบุคคลอื่น ได้อย่างชัดเจน มีความสามารถในการสนทนา จับประเด็นสำคัญของคู่สนทนาเมื่อมีการพูดคุยแลกเปลี่ยน มุมมองความคิด สามารถอภิปรายประเด็นที่สนทนา และ ถ่ายทอดความรู้ทางวิชาการให้ผู้อื่นเข้าใจได้ชัดเจน ซึ่งวิชาชีพแพทย์แผนไทย เป็นวิชาชีพหนึ่งที่มีความเฉพาะทางเฉพาะด้านอย่างมาก ต้องอาศัยทักษะ ความเชี่ยวชาญในการถ่ายทอดหรือทำความเข้าใจ บุคลากรแพทย์แผนไทยจึงมีความจำเป็นที่ต้องมีทักษะ การสื่อสาร ที่จะเป็นตัวนำองค์ความรู้ไปสู่ชุมชน และสื่อสารกับเพื่อนร่วมงาน วิชาชีพอื่นให้การปฏิบัติงาน เป็นไปตามแนวทางเดียวกัน เพื่อการพัฒนาบูรณาการอย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งผลการศึกษา

ในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยการปฏิบัติงานในเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว^(17-18, 20)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. องค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรส่งเสริมและพัฒนาปัจจัยสุนทรีย์ทักษะภาวะผู้นำ ทักษะด้านการนำเสนอ ให้มีการวางแผนในการนำเสนองานในแต่ละครั้ง มีการเตรียมความพร้อม ศึกษาข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์ เพื่อการติดตาม กำกับ ประเมินผลการปฏิบัติงานจากผู้บริหารและหน่วยงาน รวมถึงควรมีการจัดเวทีวิชาการ เพื่อให้เกิดการเพิ่มพูนทักษะการนำเสนอผลการปฏิบัติงานและเกิดการพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่อง
2. องค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรส่งเสริมและพัฒนาปัจจัยบรรยากาศองค์การ มิติความรับผิดชอบ มีวางแผนและวิเคราะห์การมอบหมายงานอย่างเท่าเทียมกัน กระจายอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบเสมอกัน และให้ทุกฝ่ายร่วมรับผิดชอบในกระบวนการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการจัดการกับปัญหา ความผิดพลาด วิเคราะห์แก้ไข และการรับผลประโยชน์ร่วมกัน
3. องค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรส่งเสริมและพัฒนาปัจจัยสุนทรีย์ทักษะภาวะผู้นำ ทักษะด้านการพัฒนาตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ในแง่ของการพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงาน การอบรมฟื้นฟู ทบทวนความรู้ในอย่างต่อเนื่องทุกปี ให้เกิดความเชี่ยวชาญและการนำไปจริงในองค์กร รวมทั้งการพัฒนา ศักยภาพผู้ปฏิบัติงานเพื่อให้ได้องค์ความรู้ใหม่ๆเพื่อมาพัฒนาองค์กร โดยการส่งเสริมบุคลากรในศึกษาต่อ หรืออบรมจากหน่วยงาน เพื่อได้ความรู้ความสามารถใหม่มาพัฒนาองค์กรให้เกิดการปฏิบัติงานที่สอดคล้อง กับยุคสมัยใหม่
4. องค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรส่งเสริมและพัฒนาปัจจัยสุนทรีย์ทักษะภาวะผู้นำ ทักษะด้านการวางแผนและการจัดองค์กรให้บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมมีการวางแผนงานและจัดองค์กรร่วมกันอย่างชัดเจน เป็นธรรม และโปร่งใส รับฟังทุกความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม ซึ่งยังรวมถึงการกำหนดขอบเขตการปฏิบัติงาน อย่างเหมาะสม ทั้งในเรื่องของการปฏิบัติงานและเวลาในการดำเนินการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน ของบุคลากรให้สามารถ พัฒนาศักยภาพนั้นให้เกิดความชำนาญในการปฏิบัติงาน
5. องค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรส่งเสริมและพัฒนาสุนทรีย์ทักษะภาวะผู้นำ ทักษะด้านการติดต่อสื่อสาร ให้มีการประชุมหรือเวทีวิชาการ ในการแลกเปลี่ยน พัฒนา องค์ความรู้ใหม่ๆในการปฏิบัติงาน รวมทั้งสร้าง ให้องค์กรนั้นเกิดองค์การแห่งการเรียนรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาในภาพองค์กร ในการถ่ายทอด ความสามารถ ความชำนาญการ ความเชี่ยวชาญ ให้แก่บุคลากรในองค์กรอย่างทั่วถึงและครอบคลุม

กิตติกรรมประกาศ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณ วิจัยขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ ภาควิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นทุกท่าน รวมทั้งองค์การบริหารส่วนจังหวัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น และบุคลากรสาธารณสุขทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี ตลอดจนบุคคล ที่เกี่ยวข้องที่ไม่ได้เอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้ทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ปารณัฐ สุขสุทธิ, ยงค์ศักดิ์ ตันติปิฎก, มณฑาวดี คุรมิชัย, กุลพล คุปรัตน์. นโยบายการพัฒนาการแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกในการ เข้าสู่ประชาคมอาเซียน. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
2. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานบริการแพทย์แผนไทย. กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
3. สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก. คู่มือสำหรับผู้บริหารงานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
4. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
5. ศุมาลีน ดิจันท์, ประจักษ์ บัวผัน. แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน แพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2562;19(2):166-76.
6. วินัส พิฆณิชัย, สมจิต วัฒนาชยากุล, เบญจมาศ ตุลยนิติกุล. สถิติพื้นฐานสำหรับนักสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: โพธิ์พริ้นติ้ง; 2547.
7. Crosbie R. Learning the soft skills of leadership. Industrial and commercial training. 2005;37(1):45-51.
8. Litwin GH, Stringer RA. Motivation and Organizational Climate. Boston, MA: Graduate School of Business Administration, Harvard University; 1968.
9. Likert R. The human organization: Its management and value. New York: McGraw-Hill; 1967.
10. สำเริง จันทสุวรรณ, สุวรรณ บัวทวน. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมวิทยาและมนุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.

11. Elifson KW, Runyon RP, Haber A. Fundamentals of social statistics. New York, NY: McGraw-Hill; 1990.
12. รัตนกรณัฏฐ์ ประชากุล, ชนะพล ศรีฤๅชา. สุนทรียทักษะภาวะผู้นำที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2562;12(1):86-94.
13. วรณกร ตาบ้านดู่. สุนทรียทักษะผู้นำที่มีผลต่อการจัดการความขัดแย้ง ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2559;10(1):220-16.
14. สฤๅณพลชัย บัวจันทร์, ชนะพล ศรีฤๅชา. สุนทรียทักษะภาวะผู้นำที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. 2559;23(3):77-85.
15. พรธชา อินทะธรมย์, ประจักษ์ บัวผัน. บรรยาการศอๅงการและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ของนักวิชาการสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2564;22(2):201-12.
16. นครินทร์ ประสิทธิ์, ประจักษ์ บัวผัน. และบรรยาการศอๅงการที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2561;18(2):65-77.
17. สุระศักดิ์ เจริญคุณ, ชนะพล ศรีฤๅชา. สุนทรียทักษะภาวะผู้นำที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะการมุ่งผลสัมฤทธิ์ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2563;13(3):69-77.
18. ทักษิณา บุญขันธ, ประจักษ์ บัวผัน, ชัญญา อภิบาลกุล. คุณลักษณะส่วนบุคคลและสุนทรียทักษะผู้นำที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2562; 19(3):142-53.
19. คณศวร โคตรทา, ชนะพล ศรีฤๅชา. สุนทรียทักษะภาวะผู้นำที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะการมุ่งผลสัมฤทธิ์ของผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ ในเขตสุขภาพ ที่ 8. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2560;4:273-91.
20. กฤๅณะ อุๅนทะโคตร, ประจักษ์ บัวผัน, สุรชัย พิมหา. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและสุนทรียทักษะผู้นำ ต่อการประเมินโครงการของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2562;12(2).7-18.

อุบัติการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุและการป้องกันด้วยการออกกำลังกาย ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

ทวีศักดิ์ วงศ์กิริติเมธาวี, วท.บ.^{*a}, ซอพิยะห์ นิมะ, พร.ด.^{**},
จิรวรรณ ทิววัฒนปกรณ์, วท.ม.^{***}, ลินีนากู สุขอุบล, วท.ม.^{***}

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การหกล้มและสถานการณ์การป้องกันการหกล้มด้วยการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ จำนวน 145 ราย โดยใช้แผนการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิสองชั้น และการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและการสังเกต ระหว่าง เดือนกันยายน พ.ศ. 2565 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาคือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุในเทศบาลนครหาดใหญ่จำนวน 22,183 คน มีอุบัติการณ์การหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 23 คน (ร้อยละ 15.90) มีการออกกำลังกายจำนวน 104 คน (ร้อยละ 71.10) จากการสังเกตพบว่ากลุ่มออกกำลังกายที่มีผู้สูงอายุเข้าร่วม มีจำนวน 18 กลุ่ม ทั้งหมดมีการออกกำลังกายประเภทการเคลื่อนไหวร่างกายในทิศทาง 3 ระนาบ ได้แก่ การเดินตามจังหวะ รำไทเก็ก รำไม้พลอง สี่ลาง และมวยตันกง ดังนั้น การออกกำลังกายเป็นวิธีการหนึ่งที่สำคัญในการป้องกันการหกล้ม ควรสร้างความตระหนักในการเฝ้าระวังการหกล้มในผู้สูงอายุโดยการคัดกรองหาความเสี่ยงให้ครอบคลุมร่วมกับการสนับสนุนการออกกำลังกายตามความต้องการของผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงหลักการออกกำลังกายที่เพียงพอ ประโยชน์และรูปแบบการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้มต่อไป

คำสำคัญ: การหกล้มในผู้สูงอายุ; การป้องกันการหกล้ม; การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

* นักศึกษา สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

** อาจารย์ สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

*** งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหาดใหญ่

^a Corresponding author: ทวีศักดิ์ วงศ์กิริติเมธาวี Email: mm_1800@hotmail.com

รับบทความ: 3 พ.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 28 พ.ค. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 28 พ.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 18 มิ.ย. 66

Incidence of Elderly Falls and Exercise for Falls Prevention in Older People Living in Hat Yai Municipality, Hat Yai District, Songkhla Province

Thawisak Wongkiratimethawi, B.Sc.^{*a}, Sawpheeeyah Nima, Ph.D.^{**},
Jirawat Tiwawatpakorn, M.Sc.^{***}, Sineenart Sukubol, M.Sc.^{***}

Abstract

The purpose of this research was to study the incidence of falls and the situation of fall prevention through exercise in the elderly in Hat Yai City Municipality, Songkhla province. The samples were 145 elderly aged 60 years and over in Hat Yai City Municipality, using a two-tiered random sampling plan and simple random sampling technique. Data were collected using questionnaires and observations during September and December 2022. The data were analyzed using descriptive statistics including percentages, means, and standard deviations.

The study found that, among 22,183 elderly in Hat Yai Municipality, there were 23 persons (15.90%) had incidences of falls in the past 6 months. There were 104 persons (71.10%) who exercised. Data from observations showed that there were 18 groups for elderly people to participate. All of them had physical exercises in 3 directions. Exercise activities included rhythmic dance, tai chi, bamboo stick exercise, social dance and Wai Tan Kong. Exercises were essential to fall prevention therefore, awareness of fall surveillance in the elderly should be raised by screening for comprehensive risks together with supporting physical exercises according to the needs of the elderly; taking into account the principles of adequate exercise, benefits and forms of exercise that most suitable for elderly to prevent falls in the future.

Keywords: Falls in elderly; Fall prevention; Exercise in elderly

^{*} Student, Public Policy Institute, Prince of Songkla University

^{**} Instructor, Public Policy Institute, Prince of Songkla University

^{***} Department of Physical Therapy, Hadyai Hospital, Songkhla Province

^a Corresponding author: Thawisak Wongkiratimethawi Email: mm_1800@hotmail.com

Received: May 3, 23; Revised: May 28, 23; Accepted: May 28, 23; Published Online: Jun. 18, 23

บทนำ

ในปี 2563 ประชากรโลกมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 1,050 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด ส่วนสถานการณ์ในประเทศไทย มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวน 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.1 ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และคาดการณ์ว่า จะเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ภายในปี 2565 คือมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ ในปี 2562 ที่ผ่านมามีจำนวนผู้สูงอายุมากกว่าเด็กอายุที่ต่ำกว่า 15 ปี เนื่องจากประชากรไทยมีอัตราการเกิด น้อยลง ประกอบกับผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น ทำให้เป็นปีแรกในประวัติศาสตร์ที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากกว่าเด็ก ที่อายุต่ำกว่า 15 ปี⁽¹⁾ ซึ่งการหกล้มเป็นปัญหาที่สำคัญของสาธารณสุขและเป็นปัญหาร้ายแรงของผู้สูงอายุ โดยที่ผู้สูงอายุ 70-79 ปี และผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป เสี่ยงต่อภาวะการหกล้ม 1.75 เท่า และ 3.41 เท่า ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี⁽²⁾ ในแต่ละปีมีผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปมีการหกล้ม ร้อยละ 28-35 และผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไปมีการหกล้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 32-42 ความเสื่อมถอยของร่างกาย และอายุที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อความถี่ในการหกล้มสูงขึ้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติการหกล้มมีโอกาสที่จะเกิดการหกล้มซ้ำถึงร้อยละ 40⁽³⁾ การหกล้มในผู้สูงอายุทำให้เกิดการบาดเจ็บเล็กน้อยถึงรุนแรง โดยพบว่าประมาณ 1 ใน 10 คน มีการบาดเจ็บรุนแรง สูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิต ทำให้เกิดภาวะ ซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตลดลง⁽⁴⁾ มีจำนวน 1 ใน 3 ที่ต้องเข้าแผนกฉุกเฉิน การบาดเจ็บที่สะโพก ศีรษะ ใบหน้าและกระดูกหักที่เกิดจากการหกล้ม มีแนวโน้มที่จะส่งผลให้ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล มากกว่าการ บาดเจ็บอื่นๆ⁽⁵⁾ และจากรายงานการพยากรณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในประเทศไทยปี พ.ศ. 2560-2564 พบว่าผู้สูงอายุมีโอกาสเสียชีวิตเนื่องจากการหกล้มสูงกว่าทุกกลุ่มอายุ 3 เท่า และคาดการณ์ว่าจะมีผู้สูงอายุ เสียชีวิตจากการหกล้มสูงสุดถึง 10,400 คน ปัญหาระยะยาวจากการหกล้มที่รุนแรงส่งผลให้คุณภาพชีวิต ความเป็นอยู่ลดลงจากปัญหาความพิการและภาวะแทรกซ้อน รวมถึงต้องพึ่งพาบุคคลรอบข้างในการดูแล⁽⁶⁾

การออกกำลังกายเป็นอีกหนึ่งวิธีการป้องกันการหกล้มที่มีประสิทธิภาพ จากการประเมิน ทางเศรษฐกิจพบว่าการออกกำลังกายเป็นกลยุทธ์ป้องกันการหกล้มที่คุ้มค่า⁽⁷⁾ การออกกำลังกายรูปแบบต่างๆ มีผลต่อการหกล้มที่ต่างกัน การออกกำลังกายโดยทั่วไปที่เน้นการฝึกการทรงตัว (Balance training) และการออกกำลังกายฝึกทำกิจกรรมต่างๆ (Functional training) ช่วยลดอัตราการหกล้มได้ร้อยละ 24 การออกกำลังกายด้วยการฝึกการทรงตัว (Balance training) และการออกกำลังกายฝึกทำกิจกรรมต่างๆ (Functional training) ร่วมกับการฝึกความต้านทานโดยใช้แรงต้าน (Weight training) สามารถลดอัตราการ หกล้มได้ร้อยละ 34 และการออกกำลังกายที่จัดเป็น 3D (Three dimension training) เป็นการออก กำลังกายด้วยการเคลื่อนไหวของร่างกายใน 3 ระนาบคือ ไปด้านบนและล่าง (Up and down), ไปข้างๆ (Side to side) และไปข้างหน้าและหลัง (Forward and back) เช่น Tai chi, Qi Gong dance และ Square stepping exercise สามารถลดอัตราการล้ม ร้อยละ 19 เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม และการออกกำลังกาย ที่ดำเนินการโดยทีมสุขภาพจะทำให้ผู้สูงอายุมีอัตราความเสี่ยงในการหกล้มที่ลดลง การออกกำลังกาย

จะช่วยเกิดการเคลื่อนไหวและมีการเผาผลาญ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพความสามารถในการทรงตัว ความยืดหยุ่นของร่างกาย และเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อได้^(8,9)

จากการสำรวจข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุในอำเภอหาดใหญ่ในปี 2562 มีจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 45,682 ราย คิดเป็นร้อยละ 16 ของประชากรทั้งหมด และมีประชากรผู้สูงอายุภายในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ จำนวน 22,183 คน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในปี 2563⁽¹⁰⁾ สถานการณ์เหล่านี้นำมาซึ่งปัญหาผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการหกล้ม จากการสำรวจข้อมูลมีผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาดูที่โรงพยาบาลหาดใหญ่จากการล้มรุนแรง ในปี 2562 มีจำนวน 194 ราย และปี 2563 (มกราคม-กรกฎาคม) รวมจำนวนทั้งสิ้น 224 ราย ซึ่งเป็นผู้ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ถึงร้อยละ 45.5⁽¹¹⁾ ผู้วิจัยได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ประกอบกับพื้นที่เทศบาลหาดใหญ่พบว่ามีความเสี่ยงที่จะส่งเสริมให้เกิดการป้องกันการหกล้มด้วยการออกกำลังกายของผู้สูงอายุให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนในอนาคตได้เนื่องจากภาคท้องถิ่นให้ความร่วมมือสนับสนุนบุคลากรจากศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวน 15 ศูนย์ที่ครอบคลุมพื้นที่เทศบาลนครหาดใหญ่ นอกจากนี้บุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่เป็นผู้มีความรู้ในการส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้ม และมีศักยภาพในการปฏิบัติการเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ในพื้นที่มีกลุ่มชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งในการรวมกลุ่มทำกิจกรรมต่างๆ อีกทั้งเทศบาลนครหาดใหญ่ยังมีความพร้อมด้านพื้นที่สำหรับออกกำลังกายที่เป็นสวนสาธารณะและสวนหย่อม จำนวน 10 แห่ง รวมเนื้อที่ 1,003.93 ไร่ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์การหกล้มและการป้องกันการหกล้มด้วยการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาเป็นรูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุเป็นต้นแบบในพื้นที่อื่น อันจะส่งผลทำให้เกิดการดำเนินการในชุมชน ด้วยชุมชนอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการหกล้มในผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
2. เพื่อศึกษาสถานการณ์การป้องกันการหกล้มด้วยการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) โดยใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูล คือ แบบสำรวจข้อมูล มีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ คัดเลือกสุ่มผู้ให้ข้อมูล จำนวน 145 ราย คำนวณแบบทราบจำนวนประชากรโดยใช้สูตรจาก n4studies application แบบการประมาณค่าสัดส่วนประชากร

$$n = \frac{Np(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1)+p(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

$$n_{Adjust} = n \times def f$$

Population (N) = 22183

Proportion (p) = 0.09⁽¹²⁾, Error (d) = 0.05, Alpha (α) = 0.05

Sample size (n) = 126, % Nonresponse = 15%

Sample size (n) = 126 + 19 = 145

ดังนั้น จะใช้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย จำนวน 145 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างโดยใช้แผนการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิสองชั้น (Stratified two-stage sampling) และกำหนดให้มีการสำรวจ ครั้วเรือนละ 1 คนหรือมากกว่า

1) การสุ่มตัวอย่างขั้นที่ 1 (Primary sampling unit: PSU) เลือกชุมชน ดำเนินการสุ่มแยกเป็นกลุ่มตามเขตชุมชนในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 เขต (มีจำนวน 103 ชุมชน) โดยจะคัดเลือกทั้งหมด 20 ชุมชน คำนวณโดยการหาสัดส่วน (Probability proportional to Size: PPS) ตามสัดส่วนขนาดของประชากรในแต่ละเขตชุมชน และทำการเลือกด้วยวิธีการสุ่ม (Simple random sampling: SRS) โดยใช้วิธีการจับสลาก

- ชุมชนเขต 1 มีจำนวน 28 ชุมชน $(20/103) \times 28$ = เลือกมา 6 ชุมชน
- ชุมชนเขต 2 มีจำนวน 27 ชุมชน $(20/103) \times 27$ = เลือกมา 5 ชุมชน
- ชุมชนเขต 3 มีจำนวน 27 ชุมชน $(20/103) \times 27$ = เลือกมา 5 ชุมชน
- ชุมชนเขต 4 มีจำนวน 21 ชุมชน $(20/103) \times 21$ = เลือกมา 4 ชุมชน

การสุ่มตัวอย่างขั้นที่ 1 จะได้ชุมชนตัวอย่าง จำนวน 20 ชุมชน

2) การสุ่มตัวอย่างขั้นที่ 2 (Secondary sampling unit: SSU): เลือกครั้วเรือนตัวอย่าง ในแต่ละชุมชน ทำการเลือกจำนวนครั้วเรือนจากชุมชนตัวอย่าง 20 ชุมชน โดยกำหนดเลือกตัวอย่าง 7.25 ครั้วเรือนตัวอย่างต่อชุมชน คำนวณโดยการหาสัดส่วน (Probability proportional to Size: PPS) ตามสัดส่วนขนาดของประชากรในแต่ละเขตชุมชน และทำการเลือกสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบตามความสะดวก (Convenience sampling)

- ชุมชนเขต 1 มี เก็บข้อมูล 6 ชุมชน 6×7.25 = เลือกมา 44 ครั้วเรือน
- ชุมชนเขต 2 มี เก็บข้อมูล 5 ชุมชน 5×7.25 = เลือกมา 36 ครั้วเรือน
- ชุมชนเขต 3 มี เก็บข้อมูล 5 ชุมชน 5×7.25 = เลือกมา 36 ครั้วเรือน
- ชุมชนเขต 4 มี เก็บข้อมูล 4 ชุมชน 4×7.25 = เลือกมา 29 ครั้วเรือน

ดังนั้น จะใช้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 145 ครั้วเรือน

3) ตัวอย่างขั้นสุดท้าย (Eligible sampling unit) จากขนาดกลุ่มตัวอย่าง 145 ครั้วเรือนตัวอย่าง จะเก็บข้อมูลผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อยู่ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ สามารถสื่อสารเข้าใจ โดยใช้เกณฑ์

ขั้นต่ำ 1 คนต่อครัวเรือน และถ้ามีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้สูงอายุมากกว่า 1 คน จะทำการให้ทำแบบสำรวจทั้งหมด

เครื่องมือในการวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูล สถานการณ์การป้องกันการหกล้มด้วยการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ในเทศบาลนครหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา เป็นคำถามปลายปิดและปลายเปิดประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล และข้อมูลสถานการณ์การป้องกันการหกล้มด้วยการออกกำลังกาย

2) แบบสังเกตการรวมกลุ่มออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์สาขากายภาพบำบัด แพทย์เวชกรรมฟื้นฟูชำนาญการพิเศษ แพทย์เวชกรรมสังคมชำนาญการพิเศษ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และนักกายภาพบำบัดชำนาญการพิเศษ ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นสอดคล้องกันและผู้วิจัยได้ปรับแก้ตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ

การเก็บและบันทึกข้อมูล

ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะตามเกณฑ์การคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินยอมให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ การสำรวจข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผู้วิจัยทำการขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลทุกครั้ง โดยเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุ จำนวน 145 คน ซึ่งใช้เวลาเก็บข้อมูลผู้สูงอายุตามพื้นที่เขตชุมชน จำนวน 4 เขต

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย จากนั้นวิเคราะห์เนื้อหาออกมาเป็นภาพรวม โดยในขั้นแรกผู้ศึกษาทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาเพื่อบรรยายลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล หาค่าความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลตามวัตถุประสงค์มาเขียนในลักษณะการพรรณนา พร้อมนำทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาเชื่อมโยงกับการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

เมื่อได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมด้านการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ 008/65 ลงวันที่ 22 มิถุนายน 2565 แล้วผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการศึกษา โดยการแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดในวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรสำหรับผู้สมัครใจเข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้ สามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ หรือเมื่อสมัครเข้ามาแล้วสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลรายบุคคล โดยผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และจะทำลายข้อมูล-เอกสารหลังจากเผยแพร่งานวิจัยแล้ว 5 ปี

ผลการวิจัย

สถานการณ์การทกล้มและการป้องกันการทกล้มด้วยการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ในเทศบาลนครหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

การสำรวจผู้สูงอายุใน เทศบาลนครหาดใหญ่ จำนวน 160 ฉบับ โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม 2565 ถึง เดือนกันยายน 2565 โดยใช้แบบสำรวจปฏิบัติการทกล้มและการป้องกันการทกล้มด้วยการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ จากการสำรวจผู้วิจัยได้รับการตอบกลับแบบสอบถาม และมีข้อมูลในแบบสำรวจครบถ้วน ถูกต้องจำนวน 145 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 90.63

1. ผลสำรวจสถานการณ์การทกล้มและการป้องกันการทกล้มด้วยการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล จำนวน 145 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 67.60 เพศชายร้อยละ 32.40 ซึ่งผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น อายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.70 สำหรับสถานภาพสมรสเกินครึ่งหนึ่งของผู้ให้ข้อมูล อยู่ในสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 57.90 ส่วนที่เหลืออยู่ในสถานภาพหม้าย/อย่า/แยกกันอยู่และโสด ระดับการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาประถมศึกษาและระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่าใกล้เคียงกัน ระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 36.60 และระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 35.90 ส่วนที่เหลือมีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรีและไม่ได้รับการศึกษา ซึ่งรายได้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 42.10 รายได้หลักส่วนใหญ่มาจากเบี้ยผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 49.70 นอกจากนี้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 62.10 โดยมีโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และเบาหวานสูงที่สุด รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ในเทศบาลนครหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา (n=145)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ความถี่	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	47	32.40
หญิง	98	67.60
อายุ		
60 – 69 ปี	88	60.70
70 – 79 ปี	41	28.30
มากกว่า 80	16	11.00
สถานภาพสมรส		
โสด	28	19.30
สมรส	84	57.90
หม้าย/อย่า/แยกกันอยู่	33	22.80

ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ในเทศบาลนครหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา (n=145)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ความถี่	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	11	7.60
ประถมศึกษา	52	35.90
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	53	36.60
ปริญญาตรี	27	18.60
สูงกว่าปริญญาตรี	2	1.40
รายได้ผู้สูงอายุ		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	61	42.10
5,001-10,000 บาท	48	33.10
10,001-15,000 บาท	16	11.00
15,001-20,000 บาท	4	2.80
20,000 บาท	16	11.00
ที่มาของรายได้หลัก		
เบี้ยผู้สูงอายุ	72	49.70
ข้าราชการบำนาญ	14	9.70
เงินเดือนจากบุตร	28	19.30
อื่น ๆ	31	21.40
โรคประจำตัว		
ไม่มี	55	37.90
มี	90	62.10

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมการล้มและการป้องกันการหกล้มด้วยการออกกำลังกาย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการล้มและการป้องกันการหกล้มด้วยการออกกำลังกาย จำนวน 145 คน พบว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกาย 104 ราย มีประวัติการหกล้ม 12 ราย ไม่มีประวัติการหกล้ม 92 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.7 ผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกาย 41 ราย มีประวัติการหกล้ม 11 ราย ไม่มีประวัติการหกล้ม 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.3 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือน และการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ (n=145)

การออกกำลังกาย	ประวัติการหกล้ม		รวม n (%)
	ไม่เคยหกล้ม n (%)	เคยหกล้ม n (%)	
ไม่ออกกำลังกาย	30 (73.2)	11 (26.8)	41 (28.3)
ออกกำลังกาย	92 (88.5)	12 (11.5)	104 (71.7)
รวม	122 (84.1)	23 (15.9)	145 (100)

ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ออกกำลังกายจำนวน 41 ราย พบว่า ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า ไม่มีเวลา 17 ราย รองลงมาให้เหตุผลของการไม่ออกกำลังกายว่ามีปัญหาสุขภาพ ได้แก่ มีอาการปวดเข่า ปวดหลัง ปวดข้อเท้า และหน้ามืดบ่อย 9 ราย มีผู้ให้ข้อมูลที่ไม่สนใจออกกำลังกาย 6 ราย เหตุผลส่วนที่เหลือคือ การไม่มีความรู้ในการออกกำลังกาย ไม่มีเพื่อนออกกำลังกาย ไม่มีพื้นที่สำหรับออกกำลังกาย อาศัยไม่เอื้ออำนวย และเหตุผลอื่นๆ

ผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกาย จำนวน 104 ราย พบว่า ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการออกกำลังกาย 20-30 นาที คิดเป็นร้อยละ 39.40 รองลงมามีระยะเวลาในการออกกำลังกาย 31-40 นาที คิดเป็นร้อยละ 18.30 ส่วนระยะเวลาในการออกกำลังกาย 50-60 นาทีและน้อยกว่า 20 นาที ใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 14.40 และ 13.50 ตามลำดับ ที่เหลือมีระยะเวลา 41-50 นาที และมากกว่า 1 ชั่วโมง รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระยะเวลาในการออกกำลังกาย (n=104)

ระยะเวลาในการออกกำลังกาย	ความถี่	ร้อยละ
น้อยกว่า 20 นาที	14	13.50
20 – 30 นาที	41	39.40
31 – 40 นาที	19	18.30
41 – 50 นาที	8	7.70
50 – 60 นาที	15	14.40
มากกว่า 1 ชั่วโมง	7	6.70
รวม	104	100.00

ผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายเกือบครึ่งหนึ่งมีความถี่ในการออกกำลังกาย 3-4 วัน/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 40.40 สำหรับผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 28.80 ส่วนที่เหลือออกกำลังกาย 5-6 วัน/สัปดาห์ และ 1-2 วัน/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 18.30 และ 12.50 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความถี่ในการออกกำลังกาย (n=104)

ความถี่ในการออกกำลังกาย	ความถี่	ร้อยละ
1 – 2 วัน/สัปดาห์	13	12.50
3 – 4 วัน/สัปดาห์	42	40.40
5 – 6 วัน/สัปดาห์	19	18.30
ทุกวัน	30	28.80
รวม	104	100.00

ส่วนผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ออกกำลังกายด้วยวิธีการเดินและทรงตัว 82 ราย รองลงมาออกกำลังกายด้วยวิธีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 29 รายและปั่นจักรยาน 13 ราย การออกกำลังกายที่เหลือ คือ เต้น วิ่ง ลีลาศ รำไทเก็ก รำไม้พลอง ฟิตเนส กีฬา ฯลฯ

ผู้สูงอายุเกินครึ่งออกกำลังกายคนเดียว คิดเป็นร้อยละ 51.00 ออกกำลังกายกับเพื่อน คิดเป็นร้อยละ 33.70 และออกกำลังกายกับคนในครอบครัวน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 15.40

การใช้อุปกรณ์ในการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ การออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 75.00 การออกกำลังกายที่มีการใช้อุปกรณ์ ได้แก่ จักรยานปั่นกับที่แบบนั่งเอน ไม้พลอง เครื่องออกกำลังกายในลานกิจกรรม และอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 25.00

ผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายส่วนใหญ่ออกกำลังกายบริเวณบ้าน คิดเป็นร้อยละ 56.70 รองลงมาออกกำลังกายที่ลานกิจกรรมชุมชน คิดเป็นร้อยละ 16.30 ส่วนที่เหลือออกกำลังกายที่สวนสาธารณะ ฟิตเนส และสถานที่อื่นๆ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทราบว่าออกกำลังกายสามารถช่วยป้องกันการหกล้มได้ คิดเป็นร้อยละ 81.40 และไม่ทราบว่าออกกำลังกายสามารถช่วยป้องกันการหกล้มได้ คิดเป็นร้อยละ 18.60 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 การรับรู้การออกกำลังกายต่อการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ (n=104)

การรับรู้การออกกำลังกาย ต่อการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ	ความถี่	ร้อยละ
ไม่ทราบ	27	18.60
ทราบ	118	81.40
รวม	104	100.00

ความต้องการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสนับสนุนการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ จำนวน 51 ราย พบว่าส่วนใหญ่ อยากให้สนับสนุนอุปกรณ์ออกกำลังกาย จำนวน 17 ราย ต้องการให้มีการสนับสนุนความรู้และให้คำปรึกษาการออกกำลังกาย จำนวน 12 ราย อยากให้มีการปรับปรุงสถานที่ออกกำลังกาย และมีสถานที่ออกกำลังกายมากขึ้น จำนวน 9 ราย ส่วนที่เหลืออยากให้มีการรวมกลุ่ม

ออกกำลังกายโดยผู้นำออกกำลังกาย อยากให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการออกกำลังกาย อยากให้มีการตรวจประเมินความเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุก่อนการออกกำลังกาย อยากให้ปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในบ้านเพื่อป้องกันการหกล้ม และอยากให้มีการสนับสนุนงบประมาณโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการรวมกลุ่มออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา โดยใช้แบบสังเกต พบว่าทั้งหมดมีการออกกำลังกายกลุ่ม จำนวน 18 แห่ง ทั้งหมดเป็นการออกกำลังกายประเภทการเคลื่อนไหวร่างกายในทิศทาง 3 ระนาบ ได้แก่ การเดินตามจังหวะเพลง 10 แห่ง รำไท้เก๊ก 4 แห่ง รำไม้พลอง 2 แห่ง ที่เหลือเป็นลีลาส และห้วยตันกง

อภิปรายผล

สถานการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่ามีผู้สูงอายุที่เคยหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 15.90 เมื่อเทียบกับงานวิจัยที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่ามีความใกล้เคียงกันกับการศึกษาของ วรณพร บุญเปล่ง และคณะ⁽¹³⁾ พบผู้สูงอายุมีประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 16 แต่ต่ำกว่าการศึกษาของ เพ็ญรุ่ง วรณดี และคณะ⁽¹⁴⁾ พบว่ามีอุบัติการณ์การหกล้มของผู้สูงอายุในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 26.0 ซึ่งมีความใกล้เคียงกับข้อมูลของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁽⁶⁾ พบว่าการคาดการณ์ในประชากรผู้สูงอายุที่พลัดตกหกล้ม เท่ากับร้อยละ 27 ซึ่งการศึกษารังนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่น้อยกว่าอาจเนื่องมาจากลักษณะของกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น ซึ่งยังสามารถดำเนินกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติ ความแข็งแรงของโครงสร้างทางด้านร่างกายมีมากกว่า ทำให้มีโอกาสในการหกล้มน้อยกว่า

สถานการณ์การป้องกันการหกล้มด้วยการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 71.10 มีระยะเวลาในการออกกำลังกาย 20-30 นาที มีความถี่ในการออกกำลังกาย 3-4 วัน/สัปดาห์ ซึ่งถือว่าเพียงพอตามหลักการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ ที่จะต้องออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน โดยมีระยะเวลาการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องติดต่อกัน ประมาณ 20-30 นาที⁽¹⁵⁾ นอกจากนี้ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะออกกำลังกายคนเดียวบริเวณบ้าน โดยไม่มีอุปกรณ์การออกกำลังกาย อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดทางด้านร่างกายที่ทำให้ออกไปทำกิจกรรมนอกบ้านได้น้อยลง ประกอบกับการออกกำลังกายบริเวณบ้านมีความสะดวก ไม่ต้องเดินทางไกลสามารถลดค่าใช้จ่ายได้ จึงไม่ได้ใช้อุปกรณ์การออกกำลังกายที่เป็นสาธารณะ ประกอบกับเป็นช่วงภายหลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงออกกำลังกายด้วยวิธีการเดินและทรงตัว การยืดกล้ามเนื้อ เพื่อเพิ่มความยืดหยุ่น ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่ง่ายสามารถทำได้เพียงลำพังและเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวันที่ปฏิบัติอยู่แล้ว ช่วยเพิ่มการทรงตัวที่ดี ทำให้ช่วยเพิ่มความมั่นคงสมดุลของร่างกายช่วยป้องกันการหกล้มได้

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทราบว่าการออกกำลังกายสามารถช่วยป้องกันการหกล้มได้ อภิปรายได้ว่าผู้ให้ข้อมูลมีความรู้ความเข้าใจระดับหนึ่ง ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า และมองว่า

พื้นที่เทศบาลนครหาดใหญ่เป็นชุมชนเมือง มีโรงพยาบาลศูนย์ และศูนย์สาธารณสุขเทศบาลนครหาดใหญ่ 15 แห่ง ทำให้มีโอกาสดูแลสุขภาพจากสื่อที่ทันสมัย และบุคลากรทางการแพทย์ โดยบุคคลที่รับรู้ว่าการออกกำลังกายสามารถช่วยป้องกันการหกล้มได้จะมีแนวโน้มการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อยกว่าจึงตระหนักถึงความสำคัญของการออกกำลังกายสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม พบว่า ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายเป็นส่วนใหญ่

เหตุผลที่ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ออกกำลังกายส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าไม่มีเวลา อภิปรายได้ว่าผู้สูงอายุยังมีภาระหน้าที่รับผิดชอบเป็นประจำ เช่น การดูแลทำงานบ้าน การเลี้ยงบุตรหลาน หรือการประกอบอาชีพ ทำให้ไม่มีเวลารว่างในการออกกำลังกาย เหตุผลรองลงมาของการไม่ออกกำลังกายคือมีปัญหาสุขภาพ ได้แก่ มีอาการปวดเข่า ปวดหลัง ปวดข้อเท้าและหน้ามิดบ่อย อภิปรายได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนที่มีอาการปวดเข่า ปวดหลัง ปวดข้อเท้า เกิดมาจากความเสื่อมถอยทางด้านโครงสร้างร่างกายเมื่ออายุมากขึ้น การออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหว หรือมีกระแทกจึงอาจส่งผลให้กระดูกสันหลังอาการปวดมากยิ่งขึ้น หรือการออกกำลังกายที่มีการเปลี่ยนท่าทางอาจจะส่งผลทำให้หน้ามิดได้ จึงเป็นอุปสรรคทางด้านร่างกายที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่มีการออกกำลังกาย

ความต้องการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสนับสนุนการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มส่วนใหญ่คือ อยากให้มีการสนับสนุนอุปกรณ์ออกกำลังกายในชุมชน อภิปรายได้ว่า จากการสำรวจส่วนใหญ่ผู้สูงอายุออกกำลังกายโดยไม่ใช้อุปกรณ์ออกกำลังกาย เป็นไปได้ถึงความต้องการออกกำลังกายโดยใช้อุปกรณ์มากที่สุดหรืออุปกรณ์ออกกำลังกายในพื้นที่มีน้อย ไม่ครอบคลุมกับจำนวนผู้สูงอายุ และจากข้อมูลรายได้ส่วนใหญ่น้อยกว่า 5,000 บาทจากเบี้ยผู้สูงอายุอาจจะไม่มีกำลังเพียงพอที่จะซื้ออุปกรณ์สำหรับออกกำลังกายส่วนตัวได้ ความต้องการรองลงมาให้มีการสนับสนุนความรู้และให้คำปรึกษาการออกกำลังกาย โดยการ ทำเอกสารประชาสัมพันธ์ หรือการจัดอบรม อภิปรายได้ว่า ผู้สูงอายุให้ความสนใจ ต้องการที่จะหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสม และความต้องการปรับปรุงสถานที่ออกกำลังกาย และจัดให้มีสถานที่ออกกำลังกายมากขึ้น อภิปรายได้ว่า สถานที่บางแห่งอาจจะชำรุด ไม่เหมาะสำหรับการออกกำลังกาย หรือสถานที่ไม่เพียงพอต่อผู้สูงอายุที่ต้องการออกกำลังกาย ซึ่งความต้องการแสดงให้เห็นถึงผู้ให้ข้อมูลเห็นความสำคัญ และต้องการแรงกระตุ้นจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนการออกกำลังกาย

กลุ่มออกกำลังกายที่มีผู้สูงอายุเข้าร่วม มีจำนวน 18 กลุ่ม ทั้งหมดมีการออกกำลังกายประเภท การเคลื่อนไหวร่างกายในทิศทาง 3 ระนาบ ได้แก่ การเดินตามจังหวะ รำไท่เก๊ก รำไม้พลอง สี่เสา และห้วยตันกง อภิปรายได้ว่า กลุ่มออกกำลังกายทั้งหมดมีผู้นำการออกกำลังกาย และมีความหลากหลายของประเภทการออกกำลังกาย จึงควรมีการประชาสัมพันธ์กระตุ้นผู้สูงอายุในพื้นที่มาเข้าร่วมออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้ม

ข้อมูลจากการศึกษานี้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและโรงพยาบาลในพื้นที่สามารถนำข้อมูลไปวางแผนให้มีการคัดกรองค้นหาความเสี่ยงล้มเชิงรุกอย่างครอบคลุม และส่งเสริมการออกกำลังกาย

ตามความต้องการของผู้สูงอายุ และควรคืนข้อมูลให้กับชุมชนได้ตระหนักและเข้ามามีบทบาทการทำงาน เพื่อพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงการส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษารูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยนำข้อมูลอุบัติการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มดังกล่าวไปเป็นข้อมูลพื้นฐาน
2. ควรมีการศึกษาข้อมูลด้านการหกล้มเพิ่มเติม เช่น สาเหตุ สถานที่ และการบาดเจ็บภายหลังการหกล้ม เพื่อเป็นข้อมูลในการพิจารณาหาวิธีการป้องกันการหกล้มอื่น ๆ ควบคู่กับการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับบริบท
3. ควรมีการถอดบทเรียนจากกลุ่มออกกำลังกาย เพื่อเป็นแนวทางในการสนับสนุนให้เกิดกลุ่มออกกำลังกายที่มากขึ้น มีประเภทการออกกำลังกายที่หลากหลาย ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2563 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 14 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://thaitgri.org/?p=39772>
2. เพ็ญพักตร์ หนูผุด, ดุสิต พรหมอ่อน, สมเกียรติยศ วรเดช, ปุญญพัฒน์ ไชยมล. ความชุกของภาวะเสี่ยงล้มและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะเสี่ยงล้มในกลุ่มผู้สูงอายุ. วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ. 2563;21(1):125-37.
3. World Health Organization. WHO global report on falls prevention in older age [อินเทอร์เน็ต]. World Health Organization; 2008 [เข้าถึงเมื่อ 7 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43811>
4. ปรีศนา รสสีดา. การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน: บทบาทพยาบาล กับการดูแลสุขภาพที่บ้าน. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย. 2561;11(2):15-25.
5. Choi NG, Choi BY, DiNitto DM, Marti CN, Kunik ME. Fall-related emergency department visits and hospitalizations among community-dwelling older adults: examination of health problems and injury characteristics. BMC Geriatr. 2019 Nov 11;19(1):303.
6. นิพา ศรีช้าง, วิตรา กำวี. การพยากรณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 - 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2560. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=12095&tid=&gid=1-027>
7. Davis JC, Robertson MC, Ashe MC, Liu-Ambrose T, Khan KM, Marra CA. Does a home-based strength and balance programme in people aged > or =80 years provide the best value for money to prevent falls? A systematic review of economic evaluations of falls prevention interventions. Br J Sports Med. 2010 Feb;44(2):80-9.

8. ธีญญรัตน์ อโนทัยสินทวี. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เรื่อง มาตราการป้องกันการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต].โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. [เข้าถึงเมื่อ 17 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hitap.net/documents/24277>
9. Sherrington C, Fairhall N, Wallbank G, Tiedemann A, Michaleff ZA, Howard K, et al. Exercise for preventing falls in older people living in the community: an abridged Cochrane systematic review. Br J Sports Med. 2020;54(15):885–91.
10. สำนักงานสถิติสงขลา. รายงานสถิติจังหวัดสงขลา [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 14 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://songkhla.nso.go.th/index.php?option=com_content&view=article&id=219&Itemid=680
11. แผนกกายภาพบำบัดโรงพยาบาลหาดใหญ่. รายงานสถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลหาดใหญ่. จังหวัดสงขลา ประเทศไทย: โรงพยาบาลหาดใหญ่; 2562.
12. วรฤทัย จันทรวัง. การหกล้มในผู้สูงอายุไทย [อินเทอร์เน็ต] [วิทยานิพนธ์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 28 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/50110>
13. Boonpleng W, Sriwongwan W, Sattawatcharawanij P. Rate and Associated Factors for Falls among Elderly People: Chaopraya Waterfront Community in Nonthaburi Province. Nurs Sci J Thail. 2015;33(3):74–86.
14. เพ็ญรุ่ง วรรณดี, จิรพรรณ โพธิ์ทอง, อุมากร ใจยังยืน. การศึกษาสถานการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2563;14(34):126–41.
15. American College of Sports Medicine. ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription. Lippincott Williams & Wilkins; 2013. 481 p.

สุนทรียทักษะผู้นำและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหาร ของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น

สุภัทรา หนูนันทน์เจริญ*, สุรัชย์ พิมหา**, ชนาพร ปิ่นสุวรรณ***

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุนทรียทักษะผู้นำและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น โดยศึกษาจากประชากรทั้งหมด 134 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 12 คน ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 และได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.98 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 28 กุมภาพันธ์-13 มีนาคม 2566 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าควอไทล์ และสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยมีการกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมระดับสุนทรียทักษะผู้นำ ปัจจัยทางการบริหาร และการปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.01 (SD=0.68) 3.98 (SD=0.65) และ 3.85 (SD=0.80) ตามลำดับ โดยพบว่า สุนทรียทักษะผู้นำ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง กับการปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.731$, $p\text{-value}<0.001$) ปัจจัยทางการบริหาร มีความสัมพันธ์ระดับสูง กับการปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.753$, $p\text{-value}<0.001$) ทั้งนี้ ตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวแปรคือ ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลา สุนทรียทักษะผู้นำด้านทักษะในการสอนงาน ปัจจัยทางการบริหารด้านวัสดุอุปกรณ์ มีผลและสามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ร้อยละ 62.1 ($R^2=0.621$, $p\text{-value}<0.001$)

คำสำคัญ: สุนทรียทักษะผู้นำ; ปัจจัยทางการบริหาร; การปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหาร

* นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** นักศึกษาปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

^a Corresponding author: สุรัชย์ พิมหา Email: suraphi@kku.ac.th

รับบทความ: 21 เม.ย. 66; รับบทความแก้ไข: 28 พ.ค. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 28 พ.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 18 มิ.ย. 66

Leadership Soft Skill and Administrative Factors Affecting the Food Sanitation Performance of Public Health Officers in Local Government Organizations Khon Kaen Province

Supattra Nunthanchaoen^{*}, Surachai Phimha^{**a}, Chanaporn Pinsuwan^{***}

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to investigate the effects of leadership soft skills and administrative factors of 134 of public health officers in local government organization, Khon Kaen province. Research instruments were consisted of questionnaires and in-depth interview forms. The questionnaire's content validity was approved by 3 experts with consistency index of all questions of greater than 0.50 and overall validity of the questionnaire was 0.98. Data collection was implemented from February 28, 2022 to March 13, 2023. Descriptive statistics included frequencies, percentages, means, standard deviations, medians, minimums, maximums, and quartiles. Inferential statistics were performed using Pearson's product moment correlation coefficients with significance level of 0.05.

It was found that the samples' overall leadership soft skills ($\bar{X}=4.01$, $SD=0.68$), administrative factors ($\bar{X}=3.98$, $SD=0.65$) and food sanitation performance ($\bar{X}=3.85$, $SD=0.80$) were at a high level. Additionally, leadership soft skills were found significantly associated at a medium level with the food sanitation performance of public health officers ($r=0.731$, $p\text{-value}<0.001$). Administrative factors were also found to be significantly associated at a high level ($r=0.753$, $p\text{-value}<0.001$). The three independent variables including administrative factors on time, leadership soft skills on coaching, administrative factors on management, were found to be collaboratively effective for the forecasting of the food sanitation performance of public health officers in local government organizations Khon Kaen province at 62.1 ($R^2=0.621$, $p\text{-value}<0.001$).

Keywords: Leadership soft skills; Administrative factors; Food sanitation performance

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

^{**} Assistant Professor, Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

^{***} Doctoral Student, Doctor of Public Health Program, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

^a Corresponding author: Surachai Phimha Email: suraphi@kku.ac.th

Received: Apr. 21, 23; Revised: May 28, 23; Accepted: May. 28, 23; Published Online: Jun. 18, 23

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 มุ่งเน้นการวางรากฐานให้คนไทยมีสุขภาพแข็งแรง สามารถสร้างความเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศทั้งในทางตรงและทางอ้อม ซึ่งหลักการที่สำคัญ คือ มุ่งพัฒนาระบบสุขภาพไทยให้เข้มแข็ง มีลักษณะเป็นเอกภาพ เพื่อให้คนไทยสุขภาพดีสร้างประเทศให้มั่นคง⁽¹⁾ ให้ความสำคัญกับการเสริมสร้าง สนับสนุน และการประสานงานให้เกิดการมีส่วนร่วมในทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน นักวิชาการ และภาคประชาคม ในการอภิบาลและพัฒนาระบบสุขภาพไทยให้เข้มแข็ง รองรับกับบริบทของการเปลี่ยนแปลงในอนาคต⁽²⁾ กระทรวงสาธารณสุขได้เห็นชอบต่อการการจัดทำยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ที่มุ่งเน้นการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมต่อสุขภาพ โดยสร้างความเข้มแข็งระบบ การบริหารจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อเป็นรากฐานโครงการพัฒนาในระยะยาว เสริมสร้างขีดความสามารถของบุคลากร และองค์กรที่เกี่ยวข้อง⁽³⁾ ยุทธศาสตร์การพัฒนาเขตสุขภาพที่ 7 มีการจัดการเขตสุขภาพด้วยภาวะการนำเชิงยุทธศาสตร์การบริหารจัดการความรู้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล เสริมสร้างความเข้มแข็ง ต่อเนื่องจากมีมาตรฐาน คุณภาพ พัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยี นวัตกรรมสุขภาพเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของพื้นที่และประเทศ ให้ประชาชนเข้าถึงและพึงพอใจ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นได้จัดทำแผนกลยุทธ์ที่ 1 การระดมพลังภาคีทุกภาคส่วน ทุกระดับ ร่วมสร้างเมืองนิเวศน์สุขภาพชุมชนที่เข้มแข็ง เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพทุกกลุ่มวัย จัดทำโครงการ “อาหารปลอดภัยผู้บริโภคปลอดภัย” เพื่อพัฒนาระบบคุ้มครองผู้บริโภคและความปลอดภัยทางด้านอาหาร ปลอดภัยสารปนเปื้อนด้านสถานที่ผลิตและจำหน่ายอาหารด้านเรื่องร้องเรียนได้รับการจัดการตามเวลาที่กำหนด⁽⁴⁾

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเป็นหน่วยงานที่ใกล้ชิดกับประชาชนในการตอบสนองและแก้ไขปัญหาโดยตรง เจ้าหน้าที่จึงมีบทบาทสำคัญตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ให้มีบทบาทรับผิดชอบ เพื่อส่งเสริมการดำรงชีวิตที่ดีของประชาชน โดยการปฏิบัติงานด้านสุขาภิบาลอาหารสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกอบด้วยกิจกรรม 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรับรองสถานประกอบกิจการด้านอาหาร 2) ด้านการพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการ ผู้สัมผัสอาหารและเจ้าหน้าที่ 3) ด้านกระบวนการร้องเรียน สถานประกอบกิจการ 4) ด้านการเฝ้าระวังด้านสุขาภิบาลอาหาร และ 5) ด้านการสื่อสารสาธารณะด้านสุขาภิบาลอาหาร⁽⁵⁾ เพื่อให้ประชาชนได้รับพิทักษ์สิทธิประโยชน์ด้านบริการและบริโภคอาหารที่มีความปลอดภัย ตามกระบวนการคุ้มครองผู้บริโภค

เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นนอกจากจะต้องทำตามขั้นตอน กฎระเบียบ หรือวิธีการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องแล้ว ในการพัฒนาบุคลากรให้มีความสามารถทางด้านอาชีพและด้านสังคมได้อย่างเหมาะสม จำเป็นต้องอาศัยหลักสุนทรียทักษะผู้นำเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะทำให้องค์กรประสบความสำเร็จในการทำงาน ประกอบไปด้วย 8 ทักษะ ได้แก่ 1) ทักษะในการทำงานเป็นทีม 2) ทักษะในการติดต่อสื่อสาร 3) ทักษะในการคิดริเริ่ม 4) ทักษะความสามารถในการเป็นผู้นำ 5) ทักษะในการสอนงาน 6) ทักษะในการพัฒนาตนเอง 7) ทักษะในการวางแผนและจัดการองค์กร และ 8) ทักษะในการนำเสนอ⁽⁶⁾

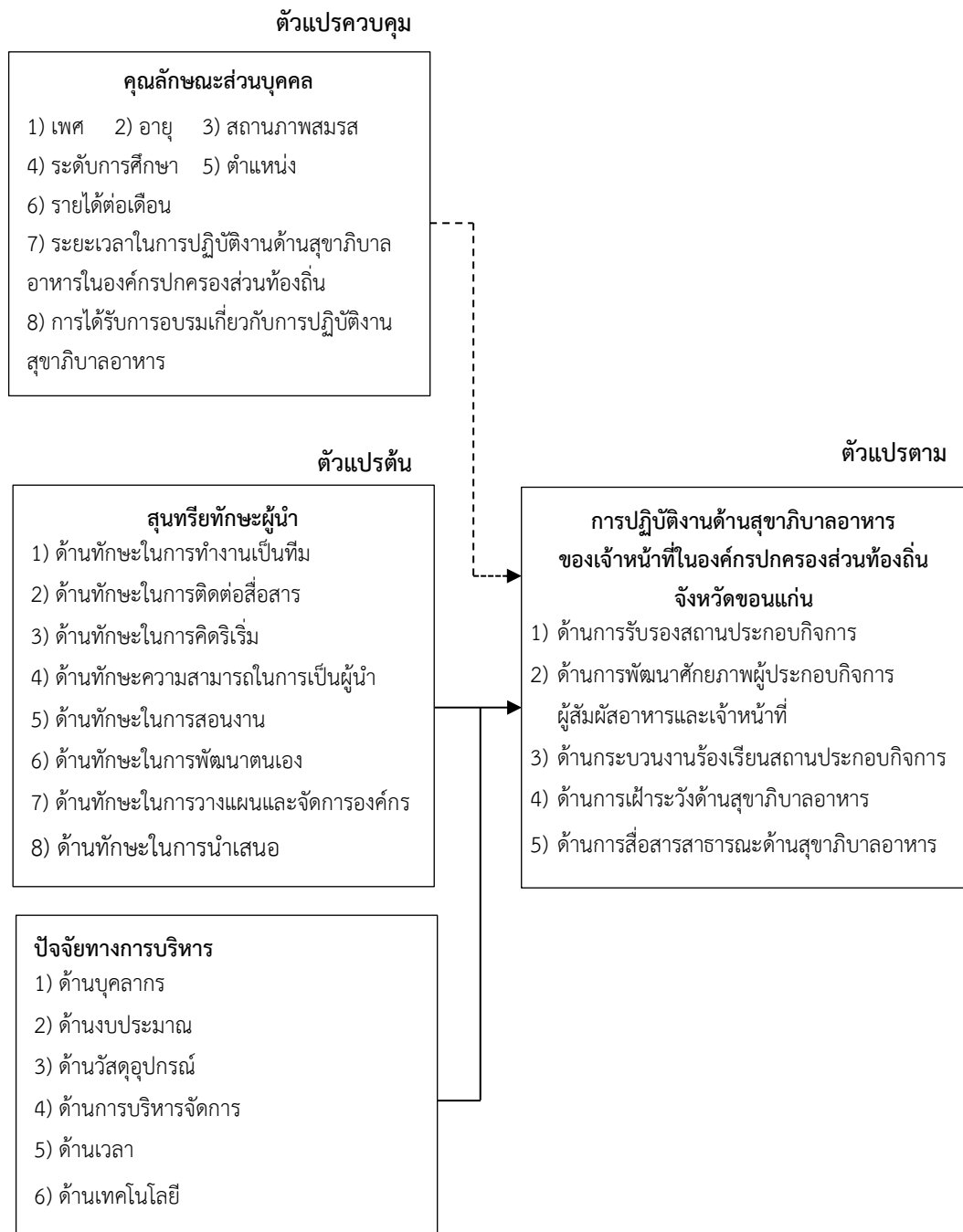
การดำเนินการปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ เพื่อประโยชน์แก่ประชาชนให้ได้บริโภคอาหารที่ปลอดภัยจากแหล่งผลิตหรือสถานประกอบการที่เป็นไปตามมาตรฐาน โดยอาศัยปัจจัยทางการบริหาร ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านบุคลากร 2) งบประมาณ 3) ด้านวัสดุอุปกรณ์ 4) ด้านการบริหารจัดการ 5) ด้านเวลา 6) ด้านเทคโนโลยี⁽⁷⁾

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดขอนแก่นมีจำนวนทั้งหมด 223 แห่ง ประกอบด้วยองค์การเทศบาลเมือง 6 แห่ง เทศบาลตำบล 77 แห่งและองค์การบริหารส่วนตำบล 140 แห่ง⁽⁸⁾ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ได้นำรูปแบบการบริหารงานยุทธศาสตร์เข้ามาใช้ในการบริหารจัดการองค์การอย่างต่อเนื่อง และได้มีการศึกษา ปรับปรุง พัฒนาระบบบริหารยุทธศาสตร์ที่จะตอบสนองต่อนโยบายสุขภาพในระดับเขตสุขภาพที่ 7 สำนักงานปลัดกระทรวง และกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้การดำเนินงานพัฒนาองค์กรทั้งนี้ การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ยังไม่ได้ดำเนินการจนเกิดผลสัมฤทธิ์ตามที่พึงประสงค์ โดยมีการสุ่มตรวจตรวจมีผู้ประกอบการ มีผู้สัมผัสอาหาร ในเขตสุขภาพที่ 7 พบว่ามีผู้ประกอบการบางส่วนยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินด้วยสภาพแวดล้อมในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญต่อการดำเนินงานของสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นเพิ่มขึ้นรวมทั้งสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลต่อการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร เช่น การควบคุมการป้องกันโรครายในตลาด การปิดตลาดสด การทำความสะอาดตลาดการสื่อสารกับผู้ประกอบการ เพื่อให้ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรค⁽⁹⁾ การปฏิบัติงานด้านสุขาภิบาลอาหารในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นการคุ้มครองประชาชนจากการดำเนินชีวิตในสภาพแวดล้อมที่ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ การบริโภคอาหารปลอดภัย ปราศจากเชื้อโรค สิ่งเจือปน เพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชนในพื้นที่

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยสนใจศึกษาว่าสุนทรียทักกะผู้นำและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น รวมถึงทราบปัญหาอุปสรรคตลอดจนข้อเสนอแนะ เพื่อนำผลการศึกษานำไปประยุกต์ใช้กับแผนงานที่เกี่ยวข้องตลอดจนเป็นแนวทางในการให้การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแก่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านสุขาภิบาลอาหารในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษารั้วนี้ ผู้วิจัยกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ประกอบด้วย สุนทรียทักกะผู้นำ ปัจจัยทางการบริหาร และการปฏิบัติงานด้านสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา

1. ระดับสุนทรียทักษะผู้นำ ระดับปัจจัยทางการบริหารและ ระดับการปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น
2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุนทรียทักษะผู้นำ ปัจจัยทางการบริหารและ การปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น
3. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น

สมมติฐานการวิจัย

สุนทรียทักษะผู้นำและปัจจัยทางการบริหารมีผลต่อการปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) เก็บรวบรวมข้อมูลแบบเชิงปริมาณร่วมกับเชิงคุณภาพเพื่อศึกษา สุนทรียทักษะผู้นำและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้านสุขาภิบาลอาหารในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น จำนวน 223 คน⁽⁸⁾

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้านสุขาภิบาลอาหารในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น จำนวน 223 คน ที่ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple linear regression analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานของ Cohen⁽¹⁰⁾ ดังนี้

เมื่อกำหนดให้

$R^2_{Y.A.B}$ คือค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Full model ซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้ได้นำค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปร จากการศึกษาปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น⁽¹¹⁾ ซึ่งเป็นลักษณะงานที่คล้ายคลึงกัน มีพื้นที่ทำการศึกษากว้างเคียงกันและใช้หน่วยในการวิเคราะห์เหมือนกัน ในการทำวิจัยครั้งนี้ ได้ค่า $R^2_{Y.A.B}=0.675$

$R^2_{Y.A.}$ คือค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Reduced model ($R^2_{Y.A.B} - R^2_{Y.B.}$) ได้ค่า $R^2_{Y.A.}=0.656$

$R^2_{Y.B.}$ คือค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุที่เปลี่ยนแปลง (R^2 Change) เมื่อไม่มีตัวแปรที่ต้องการทดสอบ $R^2_{Y.B.}=0.019$

λ คือ ค่าความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนตัวแปรอิสระและอำนาจการทดสอบ

w คือ จำนวนตัวแปรอิสระนอกเหนือจากตัวแปรที่ต้องการทดสอบ (เซต A)=0

u คือ จำนวนตัวแปรอิสระที่ต้องการทดสอบ (เซต B) เท่ากับ 12 ตัวแปร

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

จากการใช้สูตรในการคำนวณหาขนาดตัวอย่างได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 134 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม มีทั้งหมด 5 ส่วน ดังนี้ **ส่วนที่ 1** เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล **ส่วนที่ 2** เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับสุนทรียทัศนคติผู้นำที่ โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scales) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ⁽¹²⁾ (5, 4, 3, 2, 1) **ส่วนที่ 3** เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยทางการบริหาร โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ⁽¹²⁾ (5, 4, 3, 2, 1) **ส่วนที่ 4** เป็นแบบสอบถามการปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ⁽¹²⁾ (5, 4, 3, 2, 1) และ **ส่วนที่ 5** เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความ และแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

ชุดที่ 2 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยการนำข้อมูลจากการวิจัยเชิงปริมาณที่พบปัญหา แล้วนำประเด็นปัญหามาใช้สัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งในครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดประเด็นไว้ 4 ส่วน ดังนี้ **ส่วนที่ 1** เป็นคำถามเกี่ยวกับสุนทรียทัศนคติผู้นำ **ส่วนที่ 2** เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยทางการบริหาร **ส่วนที่ 3** เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น และ **ส่วนที่ 4** เป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ การปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น เป็นคำถามปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) เพื่อหาความสัมพันธ์โดยภาพรวมและรายด้านของสุนทรียทัศนคติผู้นำและปัจจัยทางการบริหารระหว่างการปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น และสถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple linear regression analysis) เพื่อหาสุนทรียทัศนคติผู้นำและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

ผู้วิจัยจะให้ความสำคัญและพิทักษ์สิทธิของบุคคลที่ร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ให้อาสาสมัครตัดสินใจโดยอิสระ และสามารถยกเลิกได้โดยไม่ได้รับผลกระทบ ข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ โดยเผยแพร่ข้อมูล ในลักษณะเป็นภาพรวมไม่ระบุถึงตัวบุคคลหรือสถานที่

ทำงาน หรือข้อมูลต่าง ซึ่งผู้วิจัยมีมาตรการในการรักษาความลับ โดยในแบบสอบถามไม่มีการระบุเพียงรหัส ชุดแบบสอบถามเท่านั้น และงานวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 21 มกราคม 2566 ลำดับที่ 4.3.01 : 43/2565 เลขที่ HE652226 และ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566 ถึงวันที่ 13 มีนาคม 2566

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 62.7 มีอายุระหว่าง 21-30 ปี มากที่สุด จำนวน 56 คน คิดเป็น 41.8 โดยมีอายุเฉลี่ย 34.37 ปี (SD=8.30 ปี) อายุต่ำสุด 22 ปี อายุสูงสุด 59 ปี มีสถานภาพสมรส จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 54.5 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับปริญญาตรี จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 70.1 ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 34.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 21,413.40 บาท (SD=9,534.07 บาท) และกลุ่มตัวอย่างไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการสุขาภิบาลอาหาร จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 56.7 โดยเคยฝึกอบรมน้อยกว่า 3 ครั้ง จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 81.0 มีค่ามัธยฐาน 2 ครั้ง (SD=1.62 ครั้ง)

2. ระดับสุนทรียทักษะผู้นำในการปฏิบัติงานสุขาภิบาลของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น

เมื่อพิจารณาระดับสุนทรียทักษะผู้นำ พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.01 (SD=0.68) หากพิจารณารายด้าน พบว่าด้านทักษะในการทำงานเป็นทีม มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.31 (SD=0.64) รองลงมา คือ ด้านทักษะในการวางแผนและจัดองค์กร อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.09 (SD=0.65) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านทักษะในการคิดริเริ่ม มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.84 (SD=0.72) รองลงมา คือ ด้านทักษะในการสอนงาน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.97 (SD=0.71)

3. ระดับปัจจัยทางการบริหารในการปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น

เมื่อพิจารณาระดับปัจจัยทางการบริหาร พบว่าภาพรวม อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.98 (SD=0.65) หากพิจารณารายด้าน พบว่าด้านเวลา มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.05 (SD=0.60) รองลงมา คือด้านงบประมาณ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากัน 4.00 (SD=0.61) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือด้านบุคลากร อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.94 (SD=0.70) รองลงมา คือ ด้านวัสดุอุปกรณ์ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.94 (SD=0.65)

4. ระดับการปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น

เมื่อพิจารณาระดับการปฏิบัติงาน พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.85 (SD=0.80) หากพิจารณารายด้าน พบว่าด้านการแก้ไขข้อร้องเรียนด้านสุขาภิบาลอาหาร มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยคือ 3.89 (SD=0.82) รองลงมา คือด้านการรับรองสถานประกอบการ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.87 (SD=0.81) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือด้านการพัฒนาศักยภาพ

ผู้ประกอบการ ผู้สัมผัสอาหาร อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.80 (SD=0.86) รองลงมา คือด้านการเฝ้าระวังด้านสุขาภิบาลอาหาร อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.83 (SD=0.87)

5. สุนทรียทักษะผู้นำและปัจจัยทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น

5.1 สุนทรียทักษะผู้นำ

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ภาพรวมสุนทรียทักษะผู้นำมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.731$, $p\text{-value}<0.001$) ส่วนสุนทรียทักษะผู้นำรายด้าน พบว่าทุกด้านมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ ด้านทักษะในการทำงานเป็นทีม ($r=0.476$, $p\text{-value}<0.001$) ด้านทักษะในการติดต่อสื่อสาร ($r=0.530$, $p\text{-value}<0.001$) ด้านทักษะในการคิดริเริ่ม ($r=0.622$, $p\text{-value}<0.001$) ด้านทักษะความสามารถในการเป็นผู้นำ ($r=0.667$, $p\text{-value}<0.001$) ด้านทักษะในการสอนงาน ($r=0.702$, $p\text{-value}<0.001$) ด้านทักษะในการพัฒนาตนเอง ($r=0.594$, $p\text{-value}<0.001$) ด้านทักษะในการวางแผนและจัดองค์กร ($r=0.705$, $p\text{-value}<0.001$) และทักษะในการนำเสนอ ($r=0.648$, $p\text{-value}<0.001$) ดังรายละเอียดตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างสุนทรียทักษะผู้นำกับการปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น

สุนทรียทักษะผู้นำ	การปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหาร		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
สุนทรียทักษะผู้นำ	0.731***	<0.001	สูง
1. ด้านทักษะในการทำงานเป็นทีม	0.476***	<0.001	ปานกลาง
2. ด้านทักษะในการติดต่อสื่อสาร	0.530***	<0.001	ปานกลาง
3. ด้านทักษะในการคิดริเริ่ม	0.622***	<0.001	ปานกลาง
4. ด้านทักษะความสามารถในการเป็นผู้นำ	0.667***	<0.001	ปานกลาง
5. ด้านทักษะในการสอนงาน	0.702***	<0.001	ปานกลาง
6. ด้านทักษะในการพัฒนาตนเอง	0.594***	<0.001	ปานกลาง
7. ด้านทักษะในการวางแผนและจัดองค์กร	0.705***	<0.001	ปานกลาง
8. ด้านทักษะในการนำเสนอ	0.648***	<0.001	ปานกลาง

*** ระดับนัยสำคัญที่ 0.001

5.2 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ปัจจัยทางการบริหาร

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ภาพรวมปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.753$, $p\text{-value}<0.001$) ส่วนปัจจัยทางการบริหารรายด้าน พบว่า ด้านที่มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการ ($r=0.710$, $p\text{-value}<0.001$) และด้านเวลา ($r=0.722$, $p\text{-value}<0.001$) และด้านที่มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ ด้านบุคลากร ($r=0.588$, $p\text{-value}<0.001$) ด้านงบประมาณ ($r=0.640$, $p\text{-value}<0.001$) ด้านวัสดุอุปกรณ์ ($r=0.684$, $p\text{-value}<0.001$) และด้านเทคโนโลยี ($r=0.658$, $p\text{-value}<0.001$) ดังรายละเอียดตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยทางการบริหารกับการปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น

ปัจจัยทางการบริหาร	การปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหาร		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยทางการบริหาร	0.753***	<0.001	สูง
1. ด้านบุคลากร	0.588***	<0.001	ปานกลาง
2. ด้านงบประมาณ	0.640***	<0.001	ปานกลาง
3. ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.684***	<0.001	ปานกลาง
4. ด้านการบริหารจัดการ	0.710***	<0.001	สูง
5. ด้านเวลา	0.722***	<0.001	สูง
6. ด้านเทคโนโลยี	0.658***	<0.001	ปานกลาง

*** ระดับนัยสำคัญที่ 0.001

6. สุนทรียทักษะผู้นำและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น

ผลการวิเคราะห์ผลการวิเคราะห์ พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น ที่ถูกเลือกเข้าสมการ คือ ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และตัวแปรอิสระที่ไม่ได้ถูกเลือกเข้าสมการคือตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการเรียงลำดับ ดังนี้ ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลา ($p\text{-value}=0.019$) สุนทรียทักษะผู้นำด้านทักษะในการสอนงาน ($p\text{-value}=0.001$) และปัจจัยทางการบริหารด้านวัสดุอุปกรณ์ ($p\text{-value}=0.016$)

จากผลการศึกษาได้สมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรงซึ่งเป็นสมการทำนายในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

$$Y = -0.889 + (0.508) (\text{ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลา}) + (0.417) (\text{สุนทรียทักกะผู้นำด้านทักษะในการสอนงาน}) + (0.259) (\text{ปัจจัยทางการบริหารด้านวัสดุอุปกรณ์})$$

ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อคะแนนตัวแปรปัจจัยทางการบริหารด้านเวลา สุนทรียทักกะผู้นำด้านทักษะในการสอนงาน และปัจจัยทางการบริหารด้านวัสดุอุปกรณ์ เพิ่มขึ้น 1 หน่วยทำให้คะแนนการปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น เพิ่มขึ้น 0.508, 0.417 และ 0.259 ตามลำดับ ค่าคงที่ของการทำนายเท่ากับ -0.889 โดยตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวแปรสามารถร่วมกันพยากรณ์และมีผลต่อการปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 62.1 ดังรายละเอียดตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเชิงเส้นแบบขั้นตอนของปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น

ตัวแปร	B	Beta	T	p-value	R	R ²	R ² adj	R ² change
1. ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลา	0.508	0.380	4.764	<0.001	0.722	0.521	0.518	0.512
2. สุนทรียทักกะผู้นำด้านทักษะในการสอนงาน	0.417	0.289	3.390	0.001	0.777	0.604	0.598	0.082
3. ปัจจัยทางการบริหารด้านวัสดุอุปกรณ์	0.259	0.209	2.434	0.016	0.788	0.621	0.612	0.017
ค่าคงที่ -0.889, F=70.976, p-value<0.001, R=0.788, R ² =0.621, R ² adj=0.612								

7. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าในการปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น ยังมีข้อจำกัดในการจัดลำดับความสำคัญในการดำเนินงาน เนื่องจากองค์กรบางแห่งยังไม่มีตำแหน่งที่ปฏิบัติงานด้านสุขาภิบาลโดยตรงทำให้มีการบริหารจัดการลำดับความสำคัญของงานไม่เป็นไปตามแผน การจัดสรรวัสดุอุปกรณ์ยังไม่เพียงพอต่อการใช้งานทำให้การออกตรวจกิจการร้านอาหารยังไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร ประชาชนขาดความมั่นใจในการใช้บริการร้านอาหาร ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดลำดับความสำคัญของงานให้เหมาะสมแก่เจ้าหน้าที่สุขาภิบาลอาหารในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานทำให้การดำเนินการมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และสนับสนุนการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอและเหมาะสมให้สอดคล้องกับความต้องการของเจ้าหน้าที่สุขาภิบาลอาหารในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

8. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยภาพรวมข้อมูลจากแบบสอบถามปลายเปิดจากจำนวนทั้งหมด 134 ฉบับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้เสนอปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะทั้งหมด 19 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 14.1 โดยปัญหาอุปสรรคส่วนใหญ่คือการปฏิบัติงานด้านสุขาภิบาลอาหารด้านการรับรองสถานประกอบกิจการ ร้อยละ 78.9 พบว่า สถานประกอบกิจการบางแห่งยังไม่มีใบรับรองสถานประกอบกิจการ เนื่องจากไม่ทราบกระบวนการเปิดร้านประกอบกิจการอาหารที่ถูกต้อง โดยมีข้อเสนอแนะให้มีการประชาสัมพันธ์ ชี้แจงแก่ผู้ประกอบการและลงพื้นที่เพื่อสร้างความเข้าใจให้กับผู้ประกอบการ รองลงมาคือ การปฏิบัติงานด้านสุขาภิบาลอาหารด้านการสื่อสารสาธารณะด้านสุขาภิบาลอาหาร ร้อยละ 73.6 พบว่าบางแห่งยังไม่ได้จัดตั้งฝ่ายการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานรัฐและผู้ประกอบการโดยตรง โดยมีข้อเสนอแนะให้มีการจัดประชุมกำหนดบทบาทแต่ละหน่วยงานให้ชัดเจน

การอภิปรายผล

1. สุนทรียทักษะผู้นำและปัจจัยทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.1 สุนทรียทักษะผู้นำ จากผลการศึกษา พบว่า สุนทรียทักษะผู้นำมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.731$, $p\text{-value}<0.001$) เนื่องจากสุนทรียทักษะผู้นำมีความสำคัญต่อการในการส่งเสริมกระตุ้นให้คนในองค์กรเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานของบุคคล ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กร ทำให้การดำเนินงานนั้นมีประสิทธิภาพ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่าภาพรวมสุนทรียทักษะผู้นำมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข⁽¹³⁾

1.2 ปัจจัยทางการบริหาร จากผลการศึกษา พบว่าปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.753$, $p\text{-value}<0.001$) เนื่องจากการปฏิบัติงานในบทบาทหน้าที่ต่างๆ จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากปัจจัยทางการบริหาร ไม่ว่าจะเป็นทรัพยากรทางการบริหาร และการสนับสนุนจากผู้บริหารซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่าภาพรวมปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข^(13,16)

2. ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น โดยใช้การวิเคราะห์หาค่าถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ได้แก่ ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลา สุนทรียทักษะผู้นำด้านทักษะในการสอนงาน และปัจจัยทางการบริหารด้านวัสดุอุปกรณ์ ตัวแปรอิสระ

ทั้ง 3 ตัวแปร มีผลและสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 62.1 โดยสอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่าปัจจัยทางการบริหารด้านเวลา มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข⁽¹⁷⁾ สนทรียทักษะผู้นำด้านทักษะในการสอนงานมีผลต่อการปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข^(13,18,19) และปัจจัยทางการบริหารด้านวัสดุอุปกรณ์มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข^(15,20)

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรมีการสำรวจวัสดุอุปกรณ์การดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารและจัดหา รวมทั้งสนับสนุนให้มีพร้อม เพียงพอต่อการดำเนินงานในพื้นที่
2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ควรมีการบรรจุงานสุขาภิบาลอาหารลงในแผนการปฏิบัติงานและจัดลำดับความสำคัญของงานให้ชัดเจน เพื่อความเข้าใจอันส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรผู้รับผิดชอบ
3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรมีการจัดหลักสูตรหรือสนับสนุนให้บุคลากรผู้รับผิดชอบงานสุขาภิบาลอาหาร ได้รับการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะที่จำเป็น อย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาร่วมกันและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานด้านสุขาภิบาลอาหาร ของนักวิชาการสาธารณสุขหรือผู้รับผิดชอบงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
2. ควรมีการศึกษาแนวทางการกำหนดแนวปฏิบัติหรือรูปแบบในการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารที่เป็นภารกิจตามระเบียบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความเมตตาและกรุณาอย่างดียิ่งจากบุคคลสำคัญหลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผศ. ดร.สุรัชย์ พินหา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางตลอดการวิจัย ให้คำชี้แนะให้งานวิจัยนี้มีความสมบูรณ์และ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ตลอดจนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่นทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบสอง พ.ศ. 2560-2565. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2560.
2. กระทรวงสาธารณสุข. การมีส่วนร่วมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพภาคประชาชน. กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ จำกัด; 2559.

3. กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. แผนปฏิบัติการภายใต้แผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระราชูปถัมภ์; 2562.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. ยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นประจำปี 2562. (เอกสารอัดสำเนา). ขอนแก่น: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น; 2562.
5. สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย. คู่มือการปฏิบัติงานด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำสำหรับสาธารณสุขอำเภอ. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
6. Crosbie R. Learning the soft skills of leadership. Industrial and Commercial Training. 2005;37(1):45-51.
7. ประจักษ์ บัวผัน. หลักการบริหารสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2558.
8. สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดขอนแก่น. รายชื่อ อบท. 225 แห่ง [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 เม.ย. 23]. เข้าถึงได้จาก: http://www.kklocal.go.th/public_center
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. ยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นประจำปี 2564. (เอกสารอัดสำเนา). ขอนแก่น: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น; 2564.
10. Cohen J. Statistical power analysis for behavior science. 2nd ed. New York: Academic; 1988.
11. ปราบดา เรืองรัตน์, สุวิทย์ อุดมพานิชย์. ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2561;11(2):110-22.
12. Likert R. The Human Organization: Its management and values. New York: McGraw-Hill; 1967.
13. กฤษณะ อุณหะโคตร, ประจักษ์ บัวผัน, สุรัชย์ พิมพ์หา. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและสุนทรียทักขะผู้นำต่อการประเมินโครงการของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2562;12(2):7-18.
14. ศรีณยา พันธุ์โยธา, ประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยทางการบริหารและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2564;21(2):152-65.
15. นิกร บาที, ชนะพล ศรีฤๅชา. ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2563;13(1): 585-94.

16. สุวิชัย งามกุลเลิศ, ประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2561;25(1):23-34.
17. อรวรรณ สีนคำ, ชนะพล ศรีฤๅชา. ปัจจัยทางการบริหารและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2563;13(1):613-22.
18. นิรุบล ดีพลกรัง, ประจักษ์ บัวผัน, สุรัชย์ พิมพ์า. สุนทรียทักษะภาวะผู้นำและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2563;20(2):72-83.
19. มณีนรัตน์ ช่างไม้, ชนะพล ศรีฤๅชา. คุณลักษณะส่วนบุคคลและสุนทรียทักษะผู้นำที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามเกณฑ์มาตรฐานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2561;11(4):65-72.
20. ภูมิฤทัย จุริณณะ, สุวิทย์ อุดมพานิชย์. ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงในการปฏิบัติงานตามพันธกิจที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดของนักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารวิจัย มข.(ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2563;20(3):158-66.

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองโดยใช้ยา姑療法ทางการแพทย์

สลักจิต วรรณโกษิตย์, พ.บ.*^a, จิตติมา การินทร์, ภ.บ.**

บทคัดย่อ

บทนำ: ปัจจุบันยา姑療法ได้ถูกนำมาใช้ในทางการแพทย์มากขึ้น หลายงานวิจัยกล่าวถึงประโยชน์ในการใช้ยา姑療法 โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น ผู้ป่วยที่ต้องการรักษา แบบประคับประคอง (Palliative care) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีคุณภาพชีวิตทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งมีอาการเจ็บปวดจากโรค จึงมีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยใช้ยา姑療法เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการ มีผลข้างเคียงน้อย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์: ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระยะประคับประคองโดยใช้ยา姑療法ทางการแพทย์

วัสดุและวิธีการ: การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) ประเมินคุณภาพชีวิตหลังได้รับยา姑療法ในผู้ป่วยระยะประคับประคองที่คลินิกกึ่งุษาทางการแพทย์ โรงพยาบาลละหานทรายตั้งแต่ ธันวาคม 2562–มีนาคม 2565 จำนวน 21คน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L และติดตามอาการข้างเคียง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test

ผล: ผู้ป่วยระยะประคับประคองที่ได้รับยา姑療法 จำนวน 21 ราย พบว่า มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ร้อยละ 70.6 ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลง Pain score ลดลงจาก 7.6 เป็น 4.3 ($p\text{-value} < 0.000$) อาการข้างเคียงของยา姑療法ที่พบเป็นอาการเล็กน้อย คือ ปากแห้ง/คอแห้ง ร้อยละ 9.5 ใจสั่น คิดเป็นร้อยละ 4.8 วิงเวียน ร้อยละ 4.8

สรุป: การใช้ยา姑療法ในผู้ป่วยระยะประคับประคองสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิต และไม่พบผลข้างเคียงจากการใช้ยาที่รุนแรง

คำสำคัญ: ผู้ป่วยระยะประคับประคอง; ยา姑療法; คุณภาพชีวิต

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม) โรงพยาบาลละหานทราย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

** เกษตรกรชำนาญการ โรงพยาบาลละหานทราย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

^a Corresponding author: สลักจิต วรรณโกษิตย์ Email: salakjit.w21@gmail.com

รับบทความ: 18 พ.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 30 พ.ค. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 30 พ.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 14 มิ.ย. 66

Developing Palliative Care Services for Patients Using Medical Cannabis

Salakjit Wannakosit^{*a}, Jittima Karin^{**}

Abstract

Introduction: Currently, cannabis is being used more in medicine. Many research studies have mentioned the benefits of using cannabis, especially for patients who are suffering from illnesses that cannot be treated with conventional medicine, such as those who require palliative care. This group of patients often experience physical and mental distress, as well as pain from their illness, thus there has been an effort to develop care for these patients using cannabis to provide them with better access to services and improve their quality of life with fewer side effects.

Objective: To study quality of life in palliative care with medical cannabis.

Method: The study design was a retrospective descriptive study that reviewed the quality of life in palliative patients at the medical cannabis clinic in Lahansai hospital between December 2019 and March 2022. Twenty-one patients were recorded for quality of life, discomfort symptoms using the EQ-5D-5L, and side effects after receiving medical cannabis. Data were analyzed using percentages, means, standard deviations and paired t- test.

Result: After receiving medical cannabis, among 21 palliative care patients, 70.6% experienced an increase in quality of life, report relief of pain by using visual analog scale with score reduced from 7.6 to 4.3 (p -value<0.000). The side effects from medical cannabis were dry mouth (9.5%), palpitations (4.8%) and dizziness (4.8%).

Conclusion: Medical cannabis can improve quality of life in palliative care, with minimal serious side effects.

Keywords: Palliative care; Medical cannabis; Quality of life

* Medical Physician, Senior Professional Level, Lahansai Hospital, Buri Ram Provincial Public Health Office

** Pharmacist, Professional Level, Lahansai Hospital, Buri Ram Provincial Public Health Office

^a Corresponding author: Salakjit Wannakosit Email: salakjit.w21@gmail.com

Received: May 18, 23; Revised: May 30, 23; Accepted: May 30, 23; Published Online: Jun. 14, 23

บทนำ

ปัจจุบันยาสมุนไพรได้ถูกนำมาใช้ในการแพทย์มากขึ้น หลายงานวิจัยกล่าวถึงประโยชน์ในการใช้ยาสมุนไพรดังกล่าว อีกทั้งนโยบายยาสมุนไพรทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขที่สนับสนุนการใช้กัญชา โดยมีข้อแนะนำการใช้ยาสมุนไพรทางการแพทย์จากกรมการแพทย์ และกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เกี่ยวกับสารสกัดกัญชาทางการแพทย์แต่ละประเภท หรือตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ สารสำคัญที่พบในกัญชามีหลายร้อยชนิด สามารถแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ตามโครงสร้างทางเคมี ดังนี้ 1) แคนนาบินอยด์ (Cannabinoids), 2) เทอพินอยด์ (Terpenoids) และ 3) ฟลาโวนอยด์ (Flavonoids) โดยสารที่พบกลุ่มใหญ่คือ Cannabinoid มีสารออกฤทธิ์ที่มีการศึกษาไว้มากมาย คือ Delta-9-THC ซึ่งปัจจุบันมีสารสังเคราะห์ชื่อ Dranabinol โดยเป็นไอโซเมอร์ของ Delta-9-THC ซึ่งทั้ง Delta-9-THC และ Dranabinol มีฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ส่วนสารธรรมชาติอีกชนิดหนึ่งคือ CBD ไม่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท⁽¹⁻²⁾ ด้วยคุณสมบัติของสารสำคัญกลุ่มแคนนาบินอยด์ที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย จึงนำมาใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์โรคและบรรเทาอาการของโรคหลายชนิดในหลายประเทศ ซึ่งหนึ่งในข้อแนะนำการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ที่ได้ประโยชน์เนื่องจากมีหลักฐานทางวิชาการที่มีคุณภาพสนับสนุนชัดเจน ได้แก่ การเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองหรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต (End of life)⁽³⁻⁴⁾ ซึ่งผู้ป่วยในระยะนี้ เป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้คาดหวังผลการรักษาโรคให้หายขาด แต่เพียงเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากการรักษาโรค เพิ่มความสุขสบาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า ทั่วโลกต้องการการดูแลระยะท้ายแบบประคับประคองร้อยละ 40-60 โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพด้วยโรคที่คุกคามชีวิต เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 38.5 โรคมะเร็ง ร้อยละ 34.0 โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง ร้อยละ 10.3 โรคเอดส์ ร้อยละ 5.0 โรคเบาหวาน ร้อยละ 4.6⁽⁵⁾ ผู้ป่วยในระยะท้ายนั้น จะมีความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ครอบครัว สังคม เช่น ความเจ็บปวด กระวนกระวาย ซึมเศร้า หายใจลำบาก ท้องผูก และอาการไม่สุขสบายอื่นๆ ดังนั้นจึงมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยลดความทรมานในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งต้องอาศัยการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างเข้าใจและเข้าถึงความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างแท้จริง ข้อมูลสถิติอำเภอละหานทราย โรงพยาบาลละหานทราย มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนดูแลแบบประคับประคอง ปี 2562 จำนวน 98 ราย ปี 2563 จำนวน 88 ราย ปี 2564 จำนวน 82 ราย และปี 2565 จำนวน 77 ราย รวม 4 ปี ย้อนหลังจำนวน 345 ราย โดยพบอันดับ 1 คือกลุ่มโรคมะเร็ง ร้อยละ 54.75

นโยบายกระทรวงสาธารณสุข หลังจากมีการแก้ไขพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522⁽⁶⁾ เพื่อเปิดโอกาสให้สามารถนำกัญชาและพืชกระท่อม มาทำการศึกษาวิจัยและพัฒนาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ โรงพยาบาลละหานทราย จึงมีการดำเนินการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ตั้งแต่ ธันวาคม 2562 แบ่งเป็นเข้ารับบริการกัญชาแผนปัจจุบัน 297 ครั้ง กัญชาแผนไทย 117 ครั้ง โดยมีอาการที่เข้ารับบริการมากที่สุด 5 ลำดับแรก คือ 1) นอนไม่หลับ ร้อยละ 58.2, 2) ปวดกล้ามเนื้อ ร้อยละ 13.0,

3) มะเร็ง ร้อยละ 11.8, 4) พาร์กินสัน ร้อยละ 4.8 และ 5) สะเก็ดเงิน ร้อย 4.5 โดยได้รับการสนับสนุนยาการศึกษาทางการแพทย์สูตร THC oil, CBD : THC (1:1), CBD และน้ำมันกัญชา จึงมีแนวคิดในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองโดยใช้ยาการศึกษา เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ อีกทั้งผู้วิจัยต้องการศึกษาประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาการศึกษา ในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง เพื่อเป็นแนวทางและเป็นทางเลือกในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะประคับประคองให้มีการผสมผสานความรู้ พัฒนารูปแบบเข้าถึงบริการง่ายและมีความปลอดภัย ซึ่งนำไปสู่การเพิ่มคุณภาพชีวิตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระยะประคับประคองที่ได้รับยาการศึกษาทางการแพทย์
2. ศึกษาผลการใช้ยาการศึกษาทางการแพทย์ และผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นหลังได้รับยาการศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่เข้ารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการโรงพยาบาลละหานทราย จำนวน 21 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยระยะประคับประคองที่เข้ารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการโรงพยาบาลละหานทรายในช่วง 1 ตุลาคม 2562 ถึง 31 มีนาคม 2565

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ

1. ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะประคับประคอง
2. ผู้ป่วยยินยอมรับบริการจากคลินิกกัญชาทางการแพทย์
3. มีข้อบ่งชี้ของยาการศึกษาทางการแพทย์ เช่น ผู้ป่วยระยะประคับประคอง ผู้ป่วยมีภาวะปวดกระดูกสันหลังอักเสบจากเคมีบำบัด มีอาการอื่นๆ เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ

1. มีข้อห้ามในการใช้ยาการศึกษา เช่น ตั้งครรภ์ ให้นมบุตร มีประวัติแพ้สารสกัดกัญชา ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenia) และโรคทางจิตเวช อื่นๆ
2. แบบบันทึกข้อมูลกัญชาทางการแพทย์ C-MOPH ที่มีข้อมูลผู้ป่วยที่ไม่สมบูรณ์

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

$$\text{โดยใช้สูตร } n = \frac{\times^2 Np(1-p)}{e^2(N-1) + \times^2 p(1-p)}$$

- กำหนดให้ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
 N = ขนาดของประชากร
 e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้
 X^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95 % ($X^2=3.841$)
 P = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด $p=0.5$)

เมื่อแทนค่าในสูตร คำนวณขนาดตัวอย่างเท่ากับ 21 ราย แต่เนื่องจากโรงพยาบาลมีผู้ป่วยระยะ
ประคับประคองจำนวนไม่มาก ผู้วิจัยจึงใช้ผู้ป่วยทั้งหมดในช่วงระยะเวลาดังกล่าวเพื่อเก็บข้อมูลนำมาวิเคราะห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ยาแก้ปวดทางการแพทย์ประกอบด้วย
 - 1.1) THC 1.7% W/V (5ml)
 - 1.2) THC: CBD 1:1 THC 2.7%w/v: CBD 2.5% w/v
 - 1.3) CBD 10%W/V (CBD 100 mg/ml)
 - 1.4) น้ำมันกัญชา (สูตรหมอเดชา)
2. แบบบันทึกข้อมูลกัญชาทางการแพทย์ C-MOPH ประเมินความปวดด้วยมาตรระดับความปวด
Visual analogue scale และ Palliative Performance Scale (PPS)
3. แบบประเมินและติดตามอาการไม่สบายต่างๆ โดยใช้ Edmonton Symptom Assessment
System (ESAS) ซึ่งมีจำนวน 10 อาการ ได้แก่ อาการปวด เหนื่อย/อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ชีพเสว้า วิดกกังวล
ง่วงซึม เบื่ออาหาร ความไม่สบายกายและใจ เหนื่อยหอบ และการนอนหลับ
4. แบบประเมินคุณภาพชีวิต โดยใช้ EQ-5D-5L ซึ่งแสดงออกมาเป็นค่าอรรถประโยชน์ที่เพิ่มขึ้น
 - 1) ความสามารถในการเคลื่อนไหว
 - 2) การดูแลตนเอง
 - 3) การทำกิจวัตรประจำวัน
 - 4) ความเจ็บปวดหรืออาการ
ไม่สบายตัว
 - 5) ความวิตกกังวล/ความชีพเสว้า และติดตามการรักษาเป็น ดีขึ้น แย่ลง และไม่เปลี่ยนแปลง
5. แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาแก้ปวด
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้เป็นไปตามมาตรฐานของขั้นตอนการรับบริการ
ทางการแพทย์ (Medical cannabis clinic) ในสถานพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาการให้บริการทางการแพทย์⁽⁷⁾

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1. **ขั้นเตรียมการ** อบรมความรู้เรื่องยาแก้ปวดทางการแพทย์และชี้แจงนโยบายผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วย
ระยะประคับประคอง
แพทย์ 1คน/ทันตแพทย์ 1 คน/แพทย์แผนไทย 2 คน: อบรมหลักสูตรและสอบใบอนุญาตการใช้ยา
กัญชาทางการแพทย์
สหวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาล 2 คน นักจิตวิทยา 1 คน: จัดอบรมให้ความรู้เรื่องการใช้ยาแก้ปวด
ทางการแพทย์ในผู้ป่วยระยะประคับประคอง
เภสัชกร 1คน: จัดหายากัญชา อบรมหลักสูตรการใช้ยาแก้ปวด

2. ขั้นตอนปฏิบัติการ กำหนดกิจกรรมตามบทบาท

1) รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะประคับประคอง ให้คำแนะนำและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ

2) ผู้ป่วยได้รับการประเมินการใช้ยาัญชา โดยแบบประเมิน C-moph และคัดกรองสุขภาพจิต โดยแบบประเมิน 2Q&9Q โดยพยาบาลสุขภาพจิต ประเมินคุณภาพชีวิตด้วยแบบประเมิน EQ-5D-5L ครั้งแรก ที่เข้ารับบริการ และหลังรับบริการ

3) ผู้ป่วยได้รับยาัญชาทางการแพทย์โดยแพทย์พิจารณาสั่งจ่ายยาด้วยช่องทางพิเศษในกรณีจำเป็น สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย (Special Access Scheme: SAS) โดยแนะนำวิธีการใช้ยา การปรับขนาดยา ด้วยตนเอง โดยยาที่ใช้ คือ 0.5 THC, THC : CBD (1:1), CBD, น้ำมันหอมระเหย โดยเริ่มทดลองหยดและสังเกต อาการ 30 นาที หากไม่มีภาวะแทรกซ้อนให้เพิ่มจำนวนด้วยตัวเองทุก 1-3 วัน ครั้งละ 0.5-1 หยด (0.5 mg/drop)

4) ประเมินคุณภาพชีวิตหลังใช้ยาัญชาด้วยแบบประเมิน EQ-5D-5L ติดตามอาการข้างเคียง จากการใช้ยาผู้ป่วย พร้อมทั้งมีการบันทึกการติดตามอาการอาการไม่สุขสบายต่างๆ ด้วยแบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ในวันที่ 1 3 และ 7 หลังรับบริการโดยเภสัชกร

5) เก็บข้อมูลการใช้ยาัญชาทางการแพทย์ จาก

ส่วนที่ 1 ได้จากแบบบันทึกข้อมูล C-MOPH ผู้ป่วยคลินิกัญชาทางการแพทย์โดยพยาบาลวิชาชีพ ประเมินคุณภาพชีวิตด้วยแบบประเมิน EQ-5D-5L 1) ความสามารถในการเคลื่อนไหว 2) การดูแลตนเอง 3) การทำกิจวัตรประจำวัน 4) ความเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัว 5) ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า

ส่วนที่2 ได้จากข้อมูลในเวชระเบียนและแฟ้มประวัติการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย ประกอบด้วยข้อมูล การรักษา การติดตามการรักษา และติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา ติดตามการรักษาโดยเภสัชกร ในวันที่ 1, 3, และ 7 ประเมินระดับความปวดด้วย pain score ทุกครั้งที่มารับการรักษาและบันทึก ระดับความปวดแต่ละราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย นำเสนอด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลระดับความปวด ใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบ ระดับความรุนแรงของความปวดด้วย Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ และเปิดโอกาสให้ตัดสินใจเข้าร่วมโดยอิสระโดยไม่มีผล ต่อการรักษาที่ได้รับอยู่ มีมาตรการเก็บรักษาและทำลายข้อมูลตามมาตรฐานโรงพยาบาล (10 ปี) และโครงการ ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดบุรีรัมย์เอกสารรับรองเลขที่ BRO2000-054 วันที่รับรอง 22 พฤษภาคม 2565

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่เข้ารับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562-31 มีนาคม 2565 จำนวน 21 ราย มีอายุเฉลี่ย 64.7 ปี (SD=12.9) เป็นเพศชาย 13 ราย ร้อยละ 61.9 เพศหญิง 8 ราย ร้อยละ 38.1 BMI ส่วนใหญ่ ต่ำกว่าเกณฑ์ (<18.5 kg/m²) 11 ราย ร้อยละ 52.4 ตามเกณฑ์ (18.5-22.9 kg/m²) 5 ราย ร้อยละ 23.8 ผู้ป่วยทุกรายมีผู้ดูแล เป็นผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยมะเร็งระยะสุดท้าย 20 ราย ร้อยละ 95.2 และไม่ใช่มะเร็ง 1 ราย ร้อยละ 4.8 โรคมะเร็ง 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) มะเร็งลำไส้ 5 ราย ร้อยละ 25, 2) มะเร็งปอด 4 ราย ร้อยละ 20, 3) มะเร็งท่อน้ำดี 3 ราย ร้อยละ 15 กลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง คือ Parkinson ขอบังคับในการใช้ยาที่พบมากที่สุด คือบรรเทาอาการปวด 18 ราย ร้อยละ 85.7 และ เครียด 10 ราย ร้อยละ 46.7 มีประสบการณ์การใช้กัญชามาก่อน 4 ราย ร้อยละ 19 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มี Palliative performance scale อยู่ในช่วง 1-30 จำนวน 10 ราย ร้อยละ 47.6 มีการใช้ยาแก้ปวด Morphine ร่วมด้วย 11 ราย ร้อยละ 52.4 สูตรยาที่ผู้ป่วยได้รับ THC 12 ราย ร้อยละ 57.1 THC : CBD=1 : 1 5 ราย ร้อยละ 23.5 CBD 2 ราย ร้อยละ 9.5 และน้ำมันหอมระเหย 2 ราย ร้อยละ 9.5 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่ได้รับยาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ	64.7 ± 12.9	
เพศ		
ชาย	13	61.9
หญิง	8	38.1
BMI		
<18.5	11	52.4
18.5-22.9	5	23.8
23.0-24.9	4	19.0
25.0-30.0	1	4.8
ครอบครัว		
อยู่ลำพังคนเดียว	0	0
มีผู้ดูแล	21	100
โรคมะเร็ง	20	95.2
โรคอื่นที่ไม่ใช่มะเร็ง	1	4.8

ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่ได้รับยา姑息療法ทางการแพทย์

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ข้อบ่งชี้ในการใช้ยา姑息療法		
บรรเทาอาการปวด	18	85.7
นอนไม่หลับ	0	0
คลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด	0	0
เบื่ออาหาร	0	0
เครียด	10	46.7
ประสบการณ์การใช้ยา姑息療法		
เคยใช้	4	19.0
ไม่เคยใช้	17	81.0
Palliative performance scale		
1-30	10	47.6
31-60	7	33.3
60 ขึ้นไป	4	19.0
การใช้ Morphine ร่วมกับยา姑息療法		
ใช้	11	52.4
ไม่ใช้	10	47.6
สูตรยา姑息療法		
THC	12	57.1
THC : CBD 1:1	5	23.8
CBD	2	9.5
น้ำมันหอมระเหย	2	9.5

การติดตามประสิทธิผลด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับยา姑息療法จากแบบประเมิน EQ-5D-5L โดยผู้ป่วยจะได้รับการประเมินครั้งแรกที่มาใช้บริการ และติดตามหลังได้รับยา姑息療法ในวันที่ 3, 7 และ 1 เดือน คุณภาพชีวิตก่อนรับยา姑息療法จากแบบประเมิน EQ-5D-5L แยกเป็น 5 ด้าน พบว่าผู้ป่วย 21 ราย มีปัญหาด้านความเจ็บปวดมากที่สุด ร้อยละ 85.5 และมีปัญหาด้านวิตกกังวลน้อยที่สุด ร้อยละ 47.7 ด้านสามารถในการเคลื่อนไหว ไม่มีปัญหา ร้อยละ 19.0 มีปัญหาเล็กน้อย ร้อยละ 19.0 มีปัญหามาก ร้อยละ 19.0 มีปัญหามาก ร้อยละ 14.3 มีปัญหามากที่สุด ร้อยละ 28.6 ด้านการดูแลตนเอง ไม่มีปัญหา ร้อยละ 33.3 มีปัญหาเล็กน้อย ร้อยละ 4.8 มีปัญหามาก ร้อยละ 14.3 มีปัญหามาก ร้อยละ 19.0 มีปัญหามากที่สุด ร้อยละ 28.6 ด้านการทํากิจวัตรประจำวัน ไม่มีปัญหา ร้อยละ 28.3 มีปัญหาเล็กน้อย ร้อยละ 14.3

มีปัญหาปานกลาง ร้อยละ 14.3 มีปัญหาหนัก ร้อยละ 14.3 มีปัญหาหนักที่สุด ร้อยละ 33.3 ด้านความเจ็บปวด ไม่มีปัญหา ร้อยละ 14.3 มีปัญหาเล็กน้อย ร้อยละ 4.5 มีปัญหาปานกลาง ร้อยละ 28.6 มีปัญหาหนัก ร้อยละ 23.8 มีปัญหาหนักที่สุด ร้อยละ 28.6 ด้านวิตกกังวล ไม่มีปัญหา ร้อยละ 52.4 มีปัญหาเล็กน้อย ร้อยละ 23.8 มีปัญหาปานกลาง ร้อยละ 4.8 มีปัญหาหนัก ร้อยละ 14.3 มีปัญหาหนักที่สุด ร้อยละ 4.8 การติดตามประสิทธิผลด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวดจากแบบประเมิน EQ-5D-5L หลังได้รับยาแก้ปวดทั้ง 4 สูตร พบว่ามีคุณภาพชีวิตดีขึ้นโดยประเมิน จากคะแนนอรรถประโยชน์ที่เพิ่มขึ้น จำนวน 12 ราย ร้อยละ 70.6 เท่าเดิม 5 ราย ร้อยละ 29.4 แยกเป็นตาม 5 ด้าน พบว่าด้านความเจ็บปวดดีขึ้นมากที่สุด ร้อยละ 62.5 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การติดตามคุณภาพชีวิตจากแบบประเมิน EQ-5D-5L (n=16)

คุณภาพชีวิตตาม EQ-5D-5L	ดีขึ้น (%)	เท่าเดิม (%)	แย่ลง (%)
ความสามารถในการเคลื่อนไหว	0 (0)	16 (100)	0 (0)
การดูแลตนเอง	0 (0)	16 (100)	0 (0)
การทํากิจวัตรประจำวัน	1 (6.3)	15 (93.7)	0 (0)
ความเจ็บปวด	10 (62.5)	6 (37.5)	0 (0)
ความวิตกกังวล	3 (18.7)	13 (81.3)	0 (0)

การติดตามประสิทธิผลด้านการลดความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่มารับบริการยาแก้ปวด วัดระดับอาการปวดโดยใช้ Visual analog score เปรียบเทียบก่อนและหลังการรับยาแก้ปวด พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาระงับปวดเช่น Morphine ไม่ได้ปรับลดหรือเพิ่มขนาดยา Morphine ($p < 0.000$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การติดตามระดับความปวด

Pain score	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	p-value
ค่าเฉลี่ย	7.6 ± 1.5	4.3 ± 2.1	0.00

ในด้านความปลอดภัย ผู้ป่วยมาติดตามการรักษาใช้การประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากยาด้วย พบผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาแก้ปวดจำนวน 4 ราย (ร้อยละ 19.0) อาการที่พบมากที่สุดคือ ปากแห้ง คอแห้ง 2 ราย (ร้อยละ 9.5) ใจสั่น 1 ราย (ร้อยละ 4.8) ผู้ป่วยทั้ง 4 รายสามารถใช้ต่อได้โดยการลดปริมาณการใช้ลง ไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์ในระดับรุนแรง คือ Cannabis-induced psychosis ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาแก้ปวด (n=21)

อาการไม่พึงประสงค์	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	16	76.2
ปากแห้ง คอแห้ง	2	9.5
ใจสั่น	1	4.8
วิงเวียน	1	4.8
Cannabis-induced psychosis	0	0

อภิปรายผล

สืบเนื่องมาจาก การที่ยาแก้ปวดถือเป็นยาเสพติดให้โทษในประเทศไทยมาเป็นระยะเวลานาน ทำให้การใช้ยาแก้ปวดทางการแพทย์ยังไม่แพร่หลาย การศึกษานี้จึงได้จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาแก้ปวด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้หวังผลการรักษาจากโรค ให้หายขาด เช่น ผู้ป่วยระยะประคับประคองเป็นต้น เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากการศึกษาพบว่า หลังใช้ ยาแก้ปวด ผู้ป่วยระยะประคับประคองมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น อาการปวดลดลง สามารถลดอาการปวดในกลุ่มที่ใช้ ยาระงับปวดมอร์ฟีน โดยไม่ต้องเพิ่มขนาดยา และไม่มีอาการข้างเคียงที่รุนแรงจากการใช้ยาแก้ปวด สูตรของ ยาแก้ปวดในการศึกษานี้มีทั้งหมด 4 สูตร คือ THC oil 1.7% 0.5 mg/drop, THC : CBD 1 : 1, CBD และน้ำมันหอมระเหย พิจารณาการใช้ยาแก้ปวดตามอาการสำคัญของผู้ป่วย และประวัติการใช้ยาแก้ปวดเดิม ในขนาดเริ่มต้น Micro dose และขนาดมากที่สุดในกลุ่มอาการปวดจากโรคมะเร็ง 1 mg (2 drop) พบว่า มีประสิทธิภาพในการลดปวด โดยไม่มีอาการข้างเคียงที่รุนแรง

ด้านประสิทธิภาพการลดปวดและเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระยะประคับประคองหลังได้รับยาแก้ปวด พบว่าการใช้ยาแก้ปวดในผู้ป่วยระยะประคับประคอง สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตได้เช่นเดียวกับการศึกษาของ Bar-Lev Schleider et al.⁽⁸⁾ ซึ่งทำการศึกษาแบบ Prospective ผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะประคับประคอง ในประเทศ อิสราเอล นำยาแก้ปวดมาใช้บรรเทาอาการปวด อ่อนเพลีย คลื่นไส้ รับประทานอาหารไม่ได้ พบว่ามีอาการดีขึ้น ร้อยละ 95 ด้านประสิทธิภาพในการลดปวดและบรรเทาอาการไม่สบายของผู้ป่วยระยะประคับประคองด้วย ยาแก้ปวดสามารถลดอาการปวดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาของ กิตติวัฒน์ กันทะ และคณะ⁽⁹⁾ พบว่าระดับการปวดลดลงโดยใช้ Visual analogue scale จากคะแนน 8.9 เหลือ 2.95 (p-value<0.008) และมีอาการไม่พึงประสงค์ระดับ Major 1 ราย คือ Cannabis-induced psychosis

ด้านความปลอดภัยการศึกษานี้พบอาการไม่พึงประสงค์จากยาแก้ปวด ร้อยละ 19.0 อาการที่พบมากที่สุดคือ ปากแห้ง คอแห้ง 2 ราย (ร้อยละ 9.5) ใจสั่น 1 ราย (ร้อยละ 4.8) ผู้ป่วยทั้ง 4 รายสามารถใช้ต่อได้ โดยการลดปริมาณการใช้ลง สามารถนำมาใช้ร่วมกับ Morphine ได้โดยไม่เพิ่มขนาดยา และไม่พบผลข้างเคียง ที่รุนแรง อย่างไรก็ตามการใช้ยาแก้ปวดในสูตรต่างๆ ต้องใช้ด้วยความระมัดระวังและยังต้องอาศัยข้อมูลเพิ่มเติม และการติดตามระยะเวลาที่เหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วยระยะประคับประคองในการศึกษานี้เข้ามารับบริการ

ด้วยความสนใจและส่วนใหญ่อยู่ในระยะท้าย ไม่ได้หวังผลการรักษาที่ตัวโรค ใช้ยาแก้ยาเป็นทางเลือก ร่วมกับยาบรรเทาอาการไม่สบายอื่นๆ มีระยะติดตามการใช้ยาแก้ยาในแต่ละรายไม่นาน และระยะเวลาไม่เท่ากัน

การศึกษาในคลินิกกัญชา โรงพยาบาลละหานทราย ไม่พบ Cannabis-induced psychosis อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะการติดตามค่อนข้างสั้น บางรายเสียชีวิตภายใน 7 วัน และการใช้ยาแก้ยาปรับสูตรยาตามอาการไม่สบายของผู้ป่วยและเริ่มยาในขนาดน้อยที่สุด พบว่า Cannabis induced psychosis พบในการศึกษาที่ใช้ THC และ THC : CBD = 1 : 1 ในกลุ่มของ THC จากการศึกษาของ กิตติวัฒน์ กันทะ และคณะ⁽⁹⁾ พบ Cannabis-induced psychosis 1 ราย และ ปิยวรรณ เหลืองจิรโณทัย และคณะ⁽¹⁰⁾ ศึกษาในผู้ป่วยระดับประคับประคองจำนวน 85 พบ Cannabis-induced psychosis 1 ราย และ ในกลุ่ม THC : CBD การศึกษาของ อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ และคณะ⁽¹¹⁾ ซึ่งศึกษาประสิทธิภาพของการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ชนิด THC : CBD (1:1) ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายของประเทศไทย จำนวน 14 ราย พบว่า มีอาการหิวแหว่ ประสาทหลอน ภายใน 3 วัน จำนวน 1 ราย โดยวิเคราะห์ว่าผู้ป่วยที่มีอาการหิวแหว่ ประสาทหลอนอาจเกิดจากการกระจายของมะเร็งไปที่ระบบประสาทและสมอง เมื่อลดขนาดหรือหยุดใช้ สารสกัดกัญชาพบว่าอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นดีขึ้นหรือหายไป

ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองโดยใช้ยาแก้ยาดังกล่าวต้องอาศัยการบูรณาการจากสหวิชาชีพ ความรู้เรื่องโรคและยาแก้ยาจากแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งการให้ความรู้แก่ ผู้ป่วย และญาติ ถึงวัตถุประสงค์ของการใช้ยาแก้ยาทางการแพทย์ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็ง การใช้ยาแก้ยาจึงไม่ได้มุ่งหวังด้านการรักษาโรคมะเร็ง แต่เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านอื่น เช่น ความเจ็บปวด การนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร เป็นต้น การจัดตั้งคลินิกดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและกัญชาทางการแพทย์ จึงสามารถลดความทุกข์ทรมาน ความไม่สบายต่างๆ ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ การศึกษาประสิทธิภาพการใช้ ยาแก้ยาและผลข้างเคียงความปลอดภัยจากการศึกษานี้ จะทำให้การบุคลากรทางการแพทย์ให้บริการ ด้วยความมั่นใจและเพิ่มการเข้าถึงยาแก้ยาทางการแพทย์มากขึ้นในระดับอำเภอ และระดับจังหวัดต่อไป

ความสำเร็จที่เกิดขึ้นจึงเกิดจากการสนับสนุนนโยบายจากผู้บริหารด้านการจัดตั้งคลินิกกัญชา แพทย์ และสหวิชาชีพที่ได้รับการอบรมถ่ายทอดองค์ความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยระยะประคับประคองได้เข้าถึงยาแก้ยา ทางทางการแพทย์ ปัจจุบันแม้ว่าการใช้ยาแก้ยาจะแพร่หลายมากขึ้น แต่ควรอยู่ภายใต้การดูแลกำกับของแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์ และเกิดผลข้างเคียงน้อยที่สุด

สรุปผลการวิจัย

การพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองโดยใช้ยาแก้ยาในผู้ป่วยระยะประคับประคอง สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิต มีประสิทธิภาพในการลดอาการปวด และไม่พบผลข้างเคียงจากการใช้ยาที่รุนแรง สามารถนำยาแก้ยาทางการแพทย์ สูตรต่างๆ มาปรับใช้และเป็นทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยระยะ ประคับประคองได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการส่งเสริมการให้ความรู้ การดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองและกัญชาทางการแพทย์ให้มากขึ้น รวมทั้งแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และสหวิชาชีพต่าง และบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ ให้มีความรู้ความเข้าใจและมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการในระดับปฐมภูมิได้ ซึ่งจะช่วยให้การประสานงานและการดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง ไม่ได้ควบคุมตัวแปรที่อาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพและระยะเวลาในการติดตามการรักษาแต่ละบุคคลให้เท่ากันทุกครั้ง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการประเมินคุณภาพชีวิตและผลข้างเคียงของการใช้ยาได้
3. การทำวิจัยเพิ่มเติม ผู้วิจัยควรออกแบบการวิจัย แบบ Prospective descriptive study และสุ่มตัวอย่างเพื่อลดอคติและตัวแปรกวน เพื่อให้คุณภาพการวิจัยที่เที่ยงตรงมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลละหานทราย สหวิชาชีพโรงพยาบาลละหานทรายทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้ และได้ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง อีกทั้งยังสละเวลาเข้าร่วมกิจกรรมการดำเนินการวิจัยจนสิ้นสุดทุกกระบวนการ และขอขอบคุณผู้ป่วยระยะประคับประคองและครอบครัวทุกท่าน ที่ทุกท่านได้ให้ความร่วมมือด้วยดี ให้ความกรุณาด้านข้อมูลอันเป็นประโยชน์ ตลอดจนการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ทำให้งานวิจัยสำเร็จลงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานจัดการกัญชาและกระท่อมทางการแพทย์แผนไทย. คู่มือการปรุงยาเฉพาะรายตำรับกัญชาทางการแพทย์แผนไทย(ส่วนที่ไม่ใช่ยาเสพติดให้โทษ) สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข. นนทบุรี: กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข; 2564: 2-21.
2. กรมการแพทย์. คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
3. กรมการแพทย์. คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2564: 3-5.
4. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 พ.ค. 5]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.karunruk.org/wp-content/uploads/2021/06/11.-มาทำความเข้าใจกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย.pdf>
5. World Health Organization. Planning and Implementing Palliative Care Service: Guide for program manager. Geneva: World Health Organization; 2016.

6. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข.ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภทที่ 5 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562.ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 136 ตอนพิเศษ 218ง 2562; 2562: 1-3.
7. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. รูปแบบคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารเสพติดกัญชาทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2565 พ.ศ. 7]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.kanpho.go.th/new/downloads/1.รูปแบบคลินิกกัญชาทางการแพทย์.pdf>
8. Bar-Lev Schleider L, Mechoulam R, Lederman V, Hilou M, Lencovsky O, Betzalet O, Shbiro L, Novack V. Prospective analysis of safety and efficacy of medical cannabis in large unselected population of patients with cancer. Eur J Intern Med. 2018 Mar;49:37-43. doi: 10.1016/j.ejim.2018.01.023.
9. กิตติวัฒน์ กันทะ, สมบัติ กาศเมฆ, นิภาพร ใจบาน. ผลการพัฒนาศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และกัญชาทางการแพทย์โรงพยาบาลจุน จังหวัดพะเยา. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก. 2564;8(3):41-56.
10. ปิยวรรณ เหลืองจิรโณทัย, ศิริพร ปาละวงศ์, ทศนีย์ กามล. ประสิทธิภาพของสารสกัดกัญชา คลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลลำปาง. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2564;19(1):19-33.
11. อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ, สมชาย ชนะสิทธิชัย, อรุณี ไทยะกุล, สุริพร คนละเอียด, วรนุต อรุณรัตน์โชติ, ชนะรัตน์ อัมสุวรรณศรี, และคณะ. ผลของการใช้ยาสกัดกัญชาชนิด THC เค้นในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. วารสารกรมการแพทย์. 2563;45(4):208-14.

ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

สิริพร จงมีศิลป์*, นครินทร์ ประสิทธิ์**a, สุรัชย์ พิมหา**, นพรัตน์ เสนาฮาต **,
สุพัฒน์ กองศรีมา ***, พิทยา ธรรมวงศา***, ศรีณยา พันธุ์โยธา****, ณัฐพล โยธา*****

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ ประชากรที่ศึกษาคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคของในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 156 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 138 คน และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 และค่าความเที่ยงของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.95 เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 15 ธันวาคม 2565 ถึง 31 มกราคม 2566 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษา พบว่าภาพรวม ปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับสูงและปัจจัยแห่งความสำเร็จมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ ($r = 0.747$, $p\text{-value} < 0.001$ และ $r = 0.707$, $p\text{-value} < 0.001$) ตามลำดับ และปัจจัยแห่งความสำเร็จการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ ปัจจัยทางการบริหารด้านบุคลากร และปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับมีแผนงานสนับสนุนมีผลและสามารถร่วมพยากรณ์ การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ร้อยละ 75.9 ($R^2 = 0.759$)

คำสำคัญ: ปัจจัยทางการบริหาร; ปัจจัยแห่งความสำเร็จ; การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค;
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

* นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** อาจารย์ สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

**** นักศึกษาปริญญาเอก คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***** นักวิชาการสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น

a Corresponding author: นครินทร์ ประสิทธิ์ Email: Nakapr@kku.ac.th

รับบทความ: 23 พ.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 6 มิ.ย. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 6 มิ.ย. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 24 มิ.ย. 66

Administrative Factors and Key Success Factors Affecting Tuberculosis Control Performance of Health Personnel at Sub-District Health Promoting Hospitals in Kalasin Province

Siriporn Jongmeesi*, Nakarin Prasit**^a, Surachai Phimha**,
Nopparat Senahad**, Supat Kongsrima***, Pittaya Thammawongsa***,
Saranya Phanyotha****, Nuttapol Yotha*****

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study administrative factors and key success factors affecting tuberculosis control performance among health personnel at sub-district health promoting hospitals in Kalasin province. Population of this study was 156 health professionals responsible for tuberculosis control in sub-district health promoting hospitals in Kalasin province. Samples were 138 health professionals randomly selected from the population. Research instruments were questionnaires tested for content validity by three experts for reliability yielding Cronbach's alpha coefficient of 0.95. Data collection was administered during December 15, 2022 and January 31, 2023. The data were analyzed using both descriptive and inferential statistics. Significant level was set at $p=0.05$.

Results showed that overall administrative factors were at high relationship level ($r=0.747$; $p\text{-value}<0.001$) and key success factors were at a middle relationship level ($r=0.707$, $p\text{-value}<0.001$) with the tuberculosis control performance. Five variables consisted of key success factors: collaborations between sub-district health promoting hospitals and node hospitals, administrative factors: management, key success factor: image development of health care facilities, administrative factors: personnel management, and key success factors: related agencies at all levels have supporting plans affected and could jointly predict tuberculosis control performance among health personnel at sub-district health promoting hospitals in Kalasin at 75.9 percent ($R^2=0.759$, $p\text{-value}<0.001$).

Keywords: Administrative factors; Key success factors; Tuberculosis control performance; Health personnel

* Master of Public Health Candidate, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

** Lecturer, Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

*** Public Health Technical Officer, Udon Thani Provincial Public Health Office

**** Doctoral Student, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

***** Public Health Technical Officer, Khon Kaen Provincial Administrative Organization

^a Corresponding author: Nakarin Prasit Email: Nakapr@kku.ac.th

Received: May 23, 23; Revised: Jun. 6, 23; Accepted: Jun. 6, 23; Published Online: Jun. 24, 23

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค มีเป้าหมายลดอุบัติการณ์วัณโรคให้ต่ำกว่า 10 ต่อแสนประชากรโลกภายในปี พ.ศ. 2578⁽¹⁾ ประเทศไทยจึงกำหนดให้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค เพื่อให้การดำเนินงานป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรคของประเทศเป็นไปอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บท และแผนปฏิบัติการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย เป็นแนวทางหลักในการขับเคลื่อนแผนงานวัณโรคให้บรรลุตามเป้าหมายของแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค เป้าหมายยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนที่กำหนดไว้

การดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้น ทุกคนต้องมีความรู้ ความสามารถปฏิบัติงานได้ เป็นบทบาทหน้าที่อีกด้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งจะต้องดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกันวัณโรคตามมาตรฐานและแนวทางการควบคุมวัณโรคแห่งประเทศไทย โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรค จะต้องเป็นผู้มีความรู้ความเข้าใจ ในหลักการดำเนินงานเพื่อนำไปปฏิบัติในการป้องกันการเกิดโรค การแพร่กระจายของโรค และที่สำคัญไม่ให้เกิดความสูญเสียขึ้น โดยเน้นการให้บริการประชาชนผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ซึ่งยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในการให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานทางด้านสุขภาพของประชาชนผู้รับบริการ เน้นการป้องกันโรค เน้นการลดปัญหาที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งมีองค์ประกอบในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีทั้งหมด 5 ด้าน คือ 1) ด้านการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ 2) ด้านการป้องกันและควบคุมโรค 3) ด้านการรักษาและติดตามเยี่ยมบ้าน 4) ด้านการให้สุขศึกษา และ 5) ด้านการนิเทศงานและฝึกอบรม⁽²⁾

สำหรับการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งเป็นหัวใจหลักในการเฝ้าระวังการเกิดโรคในพื้นที่รับผิดชอบในการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดผลสำเร็จและบรรลุเป้าหมาย จะสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลได้นั้น มีการนำปัจจัยทางการบริหารมาใช้ในการปฏิบัติงาน ซึ่งมีองค์ประกอบ คือ 1) ด้านบุคลากร 2) ด้านงบประมาณ 3) วัสดุอุปกรณ์ 4) ด้านการบริหารจัดการ 5) ด้านเทคโนโลยี และ 6) ด้านเวลา⁽³⁾ นอกจากนี้ปัจจัยทางการบริหารแล้วนั้น ยังมีอีกหนึ่งปัจจัยที่สนับสนุนให้การดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและเกิดผลงานตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ นั่นคือปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ 1) ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม 2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน 3) การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม 4) การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ 5) การพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ 6) ความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย⁽⁴⁾ ซึ่งเป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่เป้าหมายการดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จ

รายงานสถานการณ์วัณโรคในจังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2563 พบว่าอัตราความสำเร็จของการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ร้อยละ 85.3 ความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 81.6 อัตราการเสียชีวิตระหว่างการรักษา ร้อยละ 7.8 อัตราการขาดนัดรับยา ร้อยละ 1.5 อัตรา

การโอนออก ร้อยละ 0.5 และกำลังรักษา ร้อยละ 4.9 โดยส่งผลให้มีปัญหาที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตอยู่ในระหว่างการรักษา 2) ผู้ป่วยบางส่วนขาดนัดรับยาอย่างต่อเนื่อง และ 3) ไม่มีการติดตามประเมินผลการรักษาผู้ป่วยบางส่วน ซึ่งส่งผลให้อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคของต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 90⁽⁵⁾ เพื่อให้การดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ เกิดผลสำเร็จ โดยการเร่งค้นหาค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ ลดความล่าช้าในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคอย่างต่อเนื่อง โดยดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายในพื้นที่ และให้การช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจและสังคม นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคลเพื่อกำกับติดตาม และประเมินผลการรักษา และสร้างเครือข่ายหรือศูนย์กลางประสานการส่งต่อและติดตามผลจากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าจะสามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ ไปประยุกต์ใช้และเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนางานป้องกันควบคุมวัณโรค อีกทั้งยังสามารถส่งเสริมการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จนเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาระดับปัจจัยทางการบริหาร ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ และระดับการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัย เชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานป้องกัน ควบคุมวัณโรค ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 156 คน⁽⁶⁾

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ มีขั้นตอนการคำนวณขนาดตัวอย่าง ในกรณีทีทราบจำนวนประชากรและสำหรับการสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple linear regression analysis) โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างของ Cohen⁽⁷⁾ ดังนี้

$$N = \frac{\lambda(1 - R_{Y.A,B}^2)}{R_{Y.A,B}^2 - R_{Y.A}^2} + w$$

กำหนดให้

$R_{Y.A,B}^2$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Full Model ซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้ได้นำค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปร จากการศึกษาปัจจัยการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น⁽⁸⁾ ซึ่งเป็นลักษณะงานที่คล้ายคลึงกันและมีพื้นที่เดียวกันในการทำวิจัยครั้งนี้ ซึ่งได้ค่า $R_{Y.A,B}^2 = 0.664$

$R_{Y.A}^2$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Reduce Model ($R_{Y.A,B}^2 - R_{Y.B}^2$) ซึ่งได้ค่า $R_{Y.A}^2 = 0.645$

$R_{Y.B}^2$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุที่เปลี่ยนแปลง (R^2 Change) เมื่อไม่มีตัวแปรที่ต้องการทดสอบ $R_{Y.B}^2 = 0.019$

λ คือ ค่าความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนตัวแปรอิสระและอำนาจการทดสอบ

w คือ จำนวนตัวแปรอิสระนอกเหนือจากตัวแปรที่ต้องการทดสอบ (เซต A)=0 (เซต B)=11

u คือ จำนวนตัวแปรอิสระที่ต้องการทดสอบ (เซต B) เท่ากับ 1 ตัวแปร

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

จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวน 138 คน โดยการสุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาค้างนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยในครั้งนี้ มีทั้งหมด 4 ส่วน รายละเอียด ได้แก่ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) ตำแหน่ง 4) ระดับการศึกษา 5) ระยะเวลาการปฏิบัติงาน 6) การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรค ส่วนที่ 2 ปัจจัยทางการบริหารในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านบุคลากร 2) ด้านงบประมาณ 3) ด้านวัสดุอุปกรณ์ 4) ด้านการบริหารจัดการ 5) ด้านเวลา และ 6) ด้านเทคโนโลยี โดยใช้แนวคิดของ ประจักษ์ บัวผัน⁽³⁾ ส่วนที่ 3 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย 1) ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตามประเมินผล 2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน 3) การลงมือ

ปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสนใจในการมีส่วนร่วม 4) การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ 5) การพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ และ 6) การเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยใช้แนวคิดของ ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ⁽⁴⁾ ส่วนที่ 4 การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ 2) ด้านการป้องกันและควบคุมโรค 3) ด้านการรักษาและติดตามเยี่ยมบ้าน 4) ด้านการให้สุศึกษา และ 5) ด้านการนิเทศงานและฝึกอบรม ใช้แนวคิดของกระทรวงสาธารณสุข⁽²⁾ โดยส่วนที่ 2-4 เป็นคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5) มาก (4) ปานกลาง (3) น้อย (2) และ น้อยที่สุด (1)

โดยการดำเนินการสร้างและพัฒนาแบบสอบถามในการศึกษาครั้งนี้ มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item objective congruence: IOC) พบว่า ทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้อง มากกว่า 0.50 และการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ไปทดลองใช้ (Try-out) กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรค ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีลักษณะสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานคล้ายคลึงกันและมีพื้นที่ใกล้เคียงกันกับการวิจัยครั้งนี้จำนวน 30 คน การวิเคราะห์ค่า Cronbach's alpha coefficient พบว่าด้านปัจจัยทางการบริหาร มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96 ด้านปัจจัยแห่งความสำเร็จ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 ด้านการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98 และเมื่อรวมแบบสอบถามทั้งชุด มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.95

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและสถิติในการวิเคราะห์ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สถิติอนุमान ใช้สถิติสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณขั้นตอน

การแปลผล

การแปลผลคะแนนระดับปัจจัยทางการบริหาร ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ และระดับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยนำมาจัดระดับเป็น 5 ระดับ ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ของ Likert⁽⁹⁾ มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5) มาก (4) ปานกลาง (3) น้อย (2) และ น้อยที่สุด (1) และแปลผลโดยนำมาจัดระดับ 5 ระดับ ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยได้ โดยใช้เกณฑ์ของ สำเร็จ จันทรสวรรณ และ สวรรณ บัวทวน⁽¹⁰⁾ การปฏิบัติงานระดับมากที่สุด ช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 การปฏิบัติงานระดับมาก ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 การปฏิบัติงานระดับปานกลาง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 การปฏิบัติงานระดับน้อย ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 การปฏิบัติงานระดับน้อยที่สุด ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49

สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) โดยใช้เกณฑ์ของ Elifson et al⁽¹¹⁾ มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง +1 แบ่งระดับดังนี้ ไม่มีความสัมพันธ์ ($r=0$) ความสัมพันธ์ต่ำ ($r=\pm 0.01$ ถึง ± 0.30) ความสัมพันธ์ปานกลาง ($r=\pm 0.31$ ถึง ± 0.70) ความสัมพันธ์สูง ($r=\pm 0.71$ ถึง ± 0.99) และความสัมพันธ์โดยสมบูรณ์ ($r=\pm 1$)

การเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

ผู้วิจัยนำส่งแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในการทำวิจัยให้กับสาธารณสุขอำเภอบึงสามพันในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 18 อำเภอ มอบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างแต่ละอำเภอ โดยจ่ายแบบสอบถาม จากกลุ่มตัวอย่าง 138 คน ให้ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคติดต่อประจำสาธารณสุขอำเภอบึงสามพันแต่ละแห่งเป็นผู้ประสานงานกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รวมทั้งนัดหมาย วัน เวลา ในการส่งแบบสอบถามกลับคืนเมื่อ ครบกำหนด 20 วัน โดยผู้วิจัยเตรียมซองจดหมายและจำหน่ายซองจดหมายให้ผู้วิจัย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสะดวกในการส่งกลับแบบสอบถามเมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้นและส่งถึงผู้วิจัยโดยตรง โดยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 15 ธันวาคม 2565 ถึง 31 มกราคม 2566

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

ผู้วิจัยจะให้ความสำคัญและพิทักษ์สิทธิของบุคคลที่ร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยยึดหลัก 3 ประการ คือ 1) หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) คือ เคารพในการขอความยินยอมโดยให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนและให้อาสาสมัครตัดสินใจ เคารพในความเป็นส่วนตัวของอาสาสมัคร เคารพในการเก็บรักษาความลับของข้อมูลส่วนตัวของอาสาสมัคร และเคารพในความเป็นผู้อ่อนด้อย เพราะบาง 2) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (Beneficence) คือการประเมินความเสี่ยง หรืออันตรายที่อาจเกิดจากการวิจัย ได้แก่ อันตรายต่อร่างกาย จิตใจ สถานะทางสังคม และฐานะทางการเงิน และทางกฎหมาย การประเมินการให้คุณประโยชน์ (Benefit) ได้แก่ ประโยชน์ทางร่างกาย ประโยชน์ทางด้านจิตใจ ประโยชน์ทางด้านเศรษฐกิจ และประโยชน์ต่อวงการวิทยาศาสตร์/สังคม 3) หลักยุติธรรม (Justice) คือการให้ความเป็นธรรม ประเมินจาก การเลือกอาสาสมัคร การจัดอาสาสมัครเข้ากลุ่มศึกษา มีความอิสระในการตัดสินใจ ไม่บังคับขู่เข็ญ หรือทำให้เกรงใจ และการตัดสินใจจะไม่ส่งผลกระทบต่องานปัจจุบันรวมถึงอนาคตข้างหน้า และข้อมูลที่ได้จากผู้วิจัยเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ โดยเผยแพร่ข้อมูลในลักษณะเป็นภาพรวมไม่ระบุถึงตัวบุคคลหรือสถานที่ทำงาน หรือข้อมูลต่าง ซึ่งผู้วิจัยมีมาตรการในการรักษาความลับ โดยในแบบสอบถามไม่มีการระบุเพียงรหัสชุดแบบสอบถามเท่านั้น และก่อนการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่นเรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2565 ลำดับที่ 4.3.04:34/2565 เลขที่ HE652175

ผลการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

คุณลักษณะส่วนบุคคลของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 138 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 63.0 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 40.6 มีอายุเฉลี่ย 35.20 ปี (SD=8.92 ปี) อายุต่ำสุด 21 ปี อายุสูงสุด 59 ปี ส่วนใหญ่มีตำแหน่งเป็นนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 39.9 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 85.5 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ปฏิบัติงาน 1-5 ปี จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 39.1 ระยะเวลาประสบการณ์ต่ำสุด 1 ปี และ ระยะเวลาประสบการณ์สูงสุด 30 ปี การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับงานวินโรค ต่ำสุด 1 ครั้ง การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับงานวินโรค สูงสุด 11 ครั้ง

ระดับปัจจัยทางการบริหารของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

เมื่อพิจารณาระดับปัจจัยทางการบริหาร พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.29 (SD=0.25) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าปัจจัยทางการบริหารด้านวัสดุอุปกรณ์มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.35 (SD=0.39) ส่วนรองลงมาคือ ปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.35 (SD=0.40) ส่วนปัจจัยทางการบริหารที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านเทคโนโลยี มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.21 (SD=0.35) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลระดับปัจจัยทางการบริหารของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

ระดับปัจจัยทางการบริหารในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	Mean	SD	แปลผล
1. ด้านบุคลากร	4.24	0.46	มาก
2. ด้านงบประมาณ	4.28	0.44	มาก
3. ด้านวัสดุอุปกรณ์	4.35	0.39	มาก
4. ด้านการบริหารจัดการ	4.35	0.40	มาก
5. ด้านเวลา	4.33	0.42	มาก
6. ด้านเทคโนโลยี	4.21	0.35	มาก
ภาพรวม	4.29	0.25	มาก

ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

เมื่อพิจารณาระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.26 (SD=0.28) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตามประเมินผล มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.31 (SD=0.31) รองลงมา คือด้านการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.30 (SD=0.38) ส่วน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.21 (SD=0.29) ตามลำดับ โดยแปลผลค่าเฉลี่ยทั้ง 6 ด้าน รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค	Mean	SD	แปลผล
1. ด้านผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตามประเมินผล	4.31	0.31	มาก
2. ด้านหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน	4.23	0.42	มาก
3. ด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม	4.24	0.39	มาก
4. ด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ	4.24	0.38	มาก
5. ด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ	4.21	0.29	มาก
6. ด้านการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย	4.30	0.38	มาก
ภาพรวม	4.26	0.28	มาก

ระดับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

เมื่อพิจารณาระดับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.26 (SD=0.31) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคด้านการป้องกันและควบคุมโรค มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.30 (SD=0.37) รองลงมาคือด้านการให้สุศึกษา มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.28 (SD=0.38) ส่วนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือด้านการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.17 (SD=0.41) ตามลำดับ โดยแปลผลค่าเฉลี่ยทั้ง 5 ด้าน มีอยู่ในระดับรายละเอียด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลระดับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์	Mean	SD	แปลผล
1. ด้านการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่	4.17	0.41	มาก
2. ด้านการป้องกันและควบคุมโรค	4.30	0.37	มาก
3. ด้านการรักษาและติดตามเยี่ยมบ้าน	4.26	0.36	มาก
4. ด้านการให้สุขศึกษา	4.28	0.38	มาก
5. ด้านการนิเทศงานและฝึกอบรม	4.28	0.37	มาก
ภาพรวม	4.26	0.31	มาก

ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

ภาพรวม ปัจจัยทางการบริหาร มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับ การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.747$, $p\text{-value}<0.001$) ในส่วนรายด้านพบว่า ทุกด้านมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับ การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยทางการบริหารด้านบุคลากร ($r=0.314$, $p\text{-value}<0.001$) ปัจจัยทางการบริหารด้านงบประมาณ ($r=0.419$, $p\text{-value}<0.001$) ปัจจัยทางการบริหารด้านวัสดุอุปกรณ์ ($r=0.635$, $p\text{-value}<0.001$) ปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการ ($r=0.649$, $p\text{-value}<0.001$) ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลา ($r=0.316$, $p\text{-value}<0.001$) และปัจจัยทางการบริหารด้านเทคโนโลยี ($r=0.458$, $p\text{-value}<0.001$) และภาพรวมปัจจัยแห่งความสำเร็จ มีความสัมพันธ์ในระดับระดับปานกลางกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.707$, $p\text{-value}<0.001$) ในส่วนรายด้าน พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตามประเมินผล ($r=0.386$, $p\text{-value}<0.001$) ด้านหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน ($r=0.519$, $p\text{-value}<0.001$) ด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม ($r=0.570$, $p\text{-value}<0.001$) ด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ ($r=0.471$, $p\text{-value}<0.001$) ด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ ($r=0.473$, $p\text{-value}<0.001$) และ พบว่ามีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ ($r=0.741$, $p\text{-value}<0.001$) ดังรายละเอียดตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

ปัจจัยทางการบริหาร และปัจจัยแห่งความสำเร็จ	การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน	p-value	ระดับ ความสัมพันธ์
ภาพรวมปัจจัยทางการบริหาร	0.747**	< 0.001	สูง
1. ด้านบุคลากร	0.314**	< 0.001	ปานกลาง
2. ด้านงบประมาณ	0.419**	< 0.001	ปานกลาง
3. ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.635**	< 0.001	ปานกลาง
4. ด้านบริหารจัดการ	0.649**	< 0.001	ปานกลาง
5. ด้านเวลา	0.316**	< 0.001	ปานกลาง
6. ด้านเทคโนโลยี	0.458**	< 0.001	ปานกลาง
ภาพรวมปัจจัยแห่งความสำเร็จ	0.707**	< 0.001	ปานกลาง
1. ด้านผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุน และติดตามประเมินผล	0.386**	< 0.001	ปานกลาง
2. ด้านหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับมี แผนงานสนับสนุน	0.519**	< 0.001	ปานกลาง
3. ด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความ พร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม	0.570**	< 0.001	ปานกลาง
4. ด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้ เกิดความร่วมมือ	0.471**	< 0.001	ปานกลาง
5. ด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถาน บริการ	0.473**	< 0.001	ปานกลาง
6. ด้านการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ ข่าย	0.741**	< 0.001	สูง

หมายเหตุ ** ระดับนัยสำคัญ<0.001

ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

พบว่า ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) โดยเลือกตัวแปร ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์เข้าสู่การวิเคราะห์เพื่อหาตัวแปรอิสระที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ที่จะถูกเลือกเข้าสมการคือตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า 0.05 ซึ่งตัวแปรที่เลือกเข้าในสมการที่สามารถการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ปัจจัยแห่งความสำเร็จการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย (p-value<0.001) ปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการ (p-value<0.001) ปัจจัยแห่งความสำเร็จการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ (p-value<0.001) ปัจจัยทางการบริหารด้านบุคลากร (p-value<0.001) และปัจจัยแห่งความสำเร็จหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน (p-value<0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 5 ได้สมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรงซึ่งเป็นสมการทำนายในรูปคะแนนดิบดังนี้

$$Y = 0.003 + (0.370) (\text{ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย}) + (0.290) (\text{ปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการ}) + (0.146) (\text{ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ}) + (0.085) (\text{ปัจจัยทางการบริหารด้านบุคลากร}) + (0.102) (\text{ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน})$$

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยทางการบริหาร และปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

ตัวแปร	B	Beta	T	p-value	R	R ²	R ² adj	R ² change
1.ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย	0.370	0.453	8.769	<0.001	0.740	0.548	0.545	-
2.ปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการ	0.290	0.378	7.918	<0.001	0.838	0.703	0.699	0.155

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยทางการบริหาร และปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

ตัวแปร	B	Beta	T	p-value	R	R ²	R ² adj	R ² change
3.ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ	0.146	0.139	2.798	0.006	0.855	0.732	0.726	0.029
4.ปัจจัยทางการบริหารด้านบุคลากร	0.085	0.128	2.887	0.005	0.863	0.745	0.737	0.013
5.ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับที่มีแผนงานสนับสนุน	0.102	0.138	2.699	0.008	0.871	0.759	0.749	0.014

ค่าคงที่ 0.003, F=82.35, p-value<0.001, R=0.871, R²=0.759, R²adj=0.749

อภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อ การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple linear regression analysis) คือปัจจัยแห่งความสำเร็จการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ ปัจจัยทางการบริหารด้านบุคลากร และปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน สามารถร่วมกันพยากรณ์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ร้อยละ 75.9 ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

ปัจจัยทางการบริหารด้านบุคลากรในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งบุคลากรหรือทรัพยากรมนุษย์เป็นทรัพยากรทางการบริหารที่มีความสำคัญที่สุดเป็นหัวใจในการดำเนินงานให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายขององค์กรซึ่งบุคคลจะปฏิบัติงานตามความสามารถอย่างเต็มที่นั้นต้องอาศัยกระบวนการในการพัฒนาทรัพยากรบุคคลที่มีประสิทธิภาพพร้อมด้วย ดังนั้นจึงต้องมีการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพมนุษย์ให้มีคุณค่าต่อการบริหารองค์การอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่าปัจจัยทางการบริหารด้านบุคลากร มีผลต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข^(8,12) แต่ในบางพื้นที่

ได้รับสนับสนุนจากองค์การด้านบุคลากรที่ไม่เพียงพอ และผู้ปฏิบัติงานไม่มีความเข้าใจในการปฏิบัติหน้าที่ จะส่งผลกระทบต่อการทำงานป้องกันควบคุมโรค จึงทำให้ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัย ซึ่งมีผู้ศึกษาไว้แล้ว จึงทำให้ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัย ซึ่งมีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่าปัจจัยทางการบริหารด้านบุคลากร ไม่มีผลต่อการทำงาน^(13,14)

ปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ ถือได้ว่ามีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานขององค์การ ให้ประสบความสำเร็จและบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์การ ซึ่งองค์การต้องนำกระบวนการบริหารเข้ามาใช้ในการบริหารงาน ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน การจัดงบประมาณ การจัดองค์การ การประสานงาน การบริหารงาน บุคคล การควบคุม และการรายงานผล ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัย ที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่าปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการ มีผลต่อการทำงานป้องกันควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข^(12,13) การไม่มีการวางแผน กำหนดบทบาทหน้าที่ การติดต่อประสานงาน ที่ไม่เพียงพอ อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานควบคุมป้องกันโรค ทำให้ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัย ซึ่งมีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่าปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการ ไม่มีผลต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข⁽¹⁴⁾

ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่ายในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการส่งเสริมและสนับสนุนในการพัฒนาระบบงานที่ผสมผสานมีการประสานงานสามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วยกันและกับโรงพยาบาลแม่ข่าย มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินการปฏิบัติงานหรือโครงการต่างๆ ในบริหารจัดการให้สำเร็จตามเป้าหมายที่องค์กรได้กำหนดไว้ อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ดังนั้นการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วยกันและกับโรงพยาบาลแม่ข่ายจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เป็นตัวกำหนด ทิศทางและโอกาสความสำเร็จในการปฏิบัติงานให้ลุล่วง ดังนั้นหากได้รับการสนับสนุนส่งเสริมในด้านการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วยกันและกับโรงพยาบาลแม่ข่าย จะทำให้การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย มีผลต่อการทำงานป้องกันควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข^(8,15) ทั้งนี้ในแต่ละพื้นที่ย่อมมีสภาพปัญหาและข้อจำกัดในการปฏิบัติงานที่ต่างกันออกไป ทำให้ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานในแต่ละแห่งแตกต่างกัน จึงทำให้ผลการวิจัยในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่ายไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล⁽¹⁶⁾

ด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งหมายถึงการพัฒนาคุณภาพการรักษายาบาล ระบบการบริการป้องกันควบคุมโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการทำงานนั้นถือเป็นสิ่งสำคัญสำหรับหน่วยงานปทุมภูมิที่จะต้องพัฒนาอยู่เสมอเพราะเป็นด่านหน้าของการรักษาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ดังนั้นหากประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบมีปัญหาสุขภาพก็สามารถเข้ารับบริการได้อุ่นใจ ใกล้บ้านและมีคุณภาพเนื่องจากระบบการดูแลได้รับการพัฒนาคุณภาพการรักษายาบาล และมีภาพลักษณ์ในการทำงานที่ได้อย่างสม่ำเสมอ ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการมีผลต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข^(15,16) และผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาคุณภาพการรักษายาบาลและภาพลักษณ์ของสถานบริการ ไม่มีผลต่อการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล⁽¹⁷⁾

ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีแผนสนับสนุนการดำเนินงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ มีการจัดทำแผนสนับสนุนการดำเนินงาน โดยมีการกำหนดวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติงาน กำหนดรูปแบบการปฏิบัติงาน กำหนดทรัพยากรในการส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติงาน กำหนดวิธีการควบคุมกำกับกับการปฏิบัติงาน และประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องมีแผนสนับสนุนการดำเนินงานที่มีผลต่อการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล^(17,18) ทั้งนี้ในแต่ละหน่วยงานย่อมมีความแตกต่างกันในการกำหนดรูปแบบ วิธีการในการกำหนดแผนสนับสนุนการดำเนินงาน ด้วยปัจจัยแวดล้อมภายนอกที่อาจไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในระบบการปฏิบัติงานตามมาตรฐานที่วางไว้ได้ ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีแผนสนับสนุนการดำเนินงาน ไม่มีผลต่อการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล⁽¹⁵⁾

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีการสรรบุคลากรให้เพียงพอกับภาระของงานในการดำเนินงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และควรมีการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากร เพื่อทดแทน กรณีมีการย้าย ลาออก หรือเกษียณอายุ เพื่อส่งผลการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีการส่งเสริมหรือกระตุ้นให้มีการควบคุมกำกับกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผนงานและกิจกรรมที่กำหนดไว้ อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรให้ความสำคัญกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกวิชาชีพอย่างเท่าเทียมกัน เพื่อสร้างคุณค่าและให้กำลังใจกับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน เพื่อส่งเสริมให้ทุกวิชาชีพมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรส่งเสริมปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการในเครือข่ายเดียวกัน โดยการให้การสนับสนุนและพัฒนาระบบการให้บริการและสามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพตลอดจนสามารถแก้ปัญหาการให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชา ให้ความเมตตา อบรมสั่งสอนให้ความรู้ในการศึกษาตลอดหลักสูตร และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2021. Geneva, Switzerland: WHO; 2021.
2. กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560-2564 (เพิ่มเติม พ.ศ. 2565). กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.
3. ประจักษ์ บัวผัน. หลักการบริหารสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2558.
4. ชูชัย ศุภวงศ์, สมศักดิ์ ชุณหรัศม์, ลัดดา ดำริการเลิศ, สุพัตรา ศรีวณิชชากร, เกษม เวชสุนทรานนท์. คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพฯ: องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัย; 2553.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. รายงานสรุปผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค ปี 2564. กาฬสินธุ์: กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์; 2564.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. จำนวนบุคลากรเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปี 2564. กาฬสินธุ์: กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์; 2564.
7. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavior Sciences. 2nd ed. New York: Academic; 1988.
8. สุวิชัย ฤทธิกุล, ประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2561;25(1):23-34.

9. Likert R. The Human Organization: Its management and values. New York: McGraw-Hill; 1967.
10. สำเร็จ จันทรสวรรณ, สุวรรณ บัวทวน. ระเบียบวิจัยทางสังคมศาสตร์. ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
11. Elifson KW, Runyon RP, Haber A. Fundamentals of Social Statistics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 1990.
12. น้ำทิพย์ ศรีหนองกิจ, ชัญญา อภิบาลกุล. ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2561;11(2):555-66.
13. เพชรรัตน์ พันอัน, ชัญญา อภิบาลกุล. ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวินโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2561;11(2):624-34.
14. สมโภช ยอดดี, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ. ปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของบุคลากรสาธารณสุขใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสงขลา. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน. 2561;1(2):41-53.
15. ปณิธิย์ คำสมาน, มกรพันธ์ จูฑะรสก, ประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร. วารสารวิจัยมข.(ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2564;21(3): 65-77.
16. วิลาสินี วงศ์มาบุตร, ประจักษ์ บัวผัน. แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัย มข.(ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2564;21(3):186-99.
17. ณัฐพล โยธา, ประจักษ์ บัวผัน, สุรัชย์ พิมหา. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการทำวิจัยเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขของนักวิชาการสาธารณสุขใน โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2562;19(1):149-60.
18. อัมฤทัย ไชยมาตย์, ประจักษ์ บัวผัน. แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2564;21(3):172-85.

รูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอรวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

กัตติยานี เอกภูธร, ส.ม.^{*}, สงครามชัย ลีทองดีสกุล, พร.ด.^{**}, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์, ส.ด.^{***}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ศึกษาผลของรูปแบบการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ และศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างศึกษาแบบเจาะจง จำนวน 243 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลลักษณะทางประชากรทั่วไป ปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ คือด้านการรับรู้ การตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโควิด-19 ค่าเฉลี่ยรวม 3.38 อยู่ในระดับมากและได้ค่าเฉลี่ย 3.55 (SD=1.17) ปัจจัยที่อยู่ในระดับมาก คือ กลัวเข็มหรือกลัวการฉีดวัคซีนโควิด-19 การจัดกิจกรรม ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องการเข้ารับวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุประกอบด้วย 4 กิจกรรม ซึ่งพบประเด็นการไม่เข้ารับวัคซีนโควิด-19 โดยรวม 3 ประเด็น คือ ผู้สูงอายุกลัวผลข้างเคียงของวัคซีนโควิด-19 ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย และผู้สูงอายุไม่เชื่อมั่นว่าวัคซีนโควิด-19 จะสามารถป้องกันโรคโควิด-19 ได้ ความสำเร็จในการดำเนินงานจากผลการเข้ารับวัคซีนของผู้สูงอายุเพิ่ม 1 ก่อนทำวิจัย จำนวนผู้เข้ารับวัคซีนโควิด-19 จำนวน 540 คน คิดเป็นร้อยละ 44.92 หลังเข้าร่วมการจัดกิจกรรมส่งเสริมการเข้ารับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 มีผู้สูงอายุเข้ารับวัคซีนเพิ่มที่ 1 จำนวน 600 คน คิดเป็นร้อยละ 49.91

คำสำคัญ: การเข้าถึงวัคซีน; ไวรัสโคโรนา 2019; ผู้สูงอายุ

* นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

** รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

*** อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

^a Corresponding author: กัตติยานี เอกภูธร Email: kattiyaneeopo@gmail.com

รับบทความ: 12 พ.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 7 มิ.ย. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 7 มิ.ย. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 26 มิ.ย. 66

A Model to Promote Access to Vaccines Against Coronavirus 2019 Infection among Elderly in Thong Thani Sub-District, Thawat Buri District, Roi Et Province

Kattiyanee Aekwut, MPH^{*a}, Songkhamchai Leethongdissakul, Ph.D.^{**},
Surasak Thiabrithi, Dr.P.H.^{***}

Abstract

Objectives of this action research were to develop a model to improve access to COVID-19 vaccine among elderly, study the effects of the developed model, and study success factors of the model. Sample of 243 elderly were selected to the study using purposive sampling method. Data were collected using a questionnaire consisting of demographic information of the samples and success factors in model to improve access to COVID-19 vaccine among elderly. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics while qualitative data were analyzed with content analysis.

The study found that factors related to the access to COVID-19 vaccines among elderly was perception of the decision to get COVID-19 vaccine with overall mean at a high level of 3.38 (SD=1.17). Factor that rated as a very high level was fear of needles or fear of COVID-19 vaccination. Activities to promote knowledge and understanding on receiving COVID-19 vaccine among elderly included 4 activities. Three reasons for not getting COVID-19 vaccination included elderly's fear of side effects from COVID-19 vaccine, physical limitations among elderly, and elderly's lack of confidence that COVID-19 vaccine would prevent COVID-19. Before conducting research, there were 540 elderly (44.92%) receiving the first dose COVID-19 vaccine. After conducting activities to promote COVID-19 vaccination, number of elderly receiving the first dose of COVID-19 vaccine improved to 600 (49.91%).

Keywords: Access to COVID-19 vaccines; COVID-19, Elderly

^{*} Master of Public Health Candidate, Mahasarakham University

^{**} Associate Professor, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

^{***} Lecturer, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

^a Corresponding author: Kattiyanee Aekwut Email: kattiyaneeopo@gmail.com

Received: May 12, 23; Revised: Jun. 7, 23; Accepted: Jun. 7, 23; Published Online: Jun. 26, 23

บทนำ

การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด-19 (COVID-19) ได้เริ่มต้นเมื่อปลายปี พ.ศ. 2562 และลุกลามไปทั่วโลก สร้างความหวาดกลัวและส่งผลกระทบต่อสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจของประชากร เมื่อต้นเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 มีการระบาดใหญ่ (Pandemic) ซึ่งเป็นการติดเชื้อทั่วโลกอย่างรวดเร็ว ตามประกาศขององค์การอนามัยโลก เมื่อวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563⁽¹⁾ จากสถิติเมื่อวันที่ 15 เมษายน พ.ศ. 2563 ประชากรทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อ 1,982,939 คน และเสียชีวิต 126,761 คน โดย 5 ลำดับแรกของประเทศที่มีผู้ติดเชื้อสูงสุด ประเทศสหรัฐอเมริกา (609,516 คน) เป็นอันดับหนึ่ง

การฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ป้องกันการเจ็บป่วย และลดอัตราการเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน และยังช่วยสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ การฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการเพิ่มภูมิคุ้มกันให้กับสังคมและคนรอบข้างเพื่อลดการติดเชื้อโควิด-19 อย่างไรก็ตามการฉีดวัคซีน ถือว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพสูงมากสำหรับประชาชนส่วนใหญ่ในบางกรณีอาจมีผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แม้ว่าจะได้รับวัคซีนแล้วก็ตามอาจเป็นเพราะติดเชื้อก่อนที่จะฉีดวัคซีนจะออกฤทธิ์เมื่อวัคซีนออกฤทธิ์แล้ว ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายต้องการเวลาเพื่อตอบสนองต่อวัคซีนโดยอาจต้องใช้เวลานานถึง 14 วันและวัคซีน ของหลายบริษัทจำเป็นต้องฉีดโดยที่ 2 เพื่อกระตุ้นซ้ำอีกรอบ⁽²⁾

จากกลไกการทำงานของวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เมื่อร่างกายได้รับเชื้อก่อโรค จะสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อต่อสู้กับเชื้อโรคนั้นๆ และระบบภูมิคุ้มกันจะสามารถจดจำเชื้อโรคนั้นได้ เมื่อร่างกายได้รับ เชื้ออีกในอนาคตร่างกายที่ได้จดจำเชื้อโรคจะสร้างภูมิคุ้มกันมาต่อสู้กับเชื้อโรคได้ในเวลาอันรวดเร็ว วัคซีน โควิด-19 มีการพัฒนาเพื่อจำลองกระบวนการของร่างกายเวลาติดเชื้อโควิด-19 วัคซีนโควิด-19 ต้องฉีด 2 ครั้ง เพื่อกระตุ้นการสร้างภูมิคุ้มกันให้เพียงพอและอยู่นานโดยเว้นระยะห่างเข็มแตกต่างกัน แม้การฉีดวัคซีน โควิด-19 จะเกิดประโยชน์ต่อคนที่ได้รับวัคซีนโควิด-19 โดยตรง คือช่วยป้องกันโรคโควิด-19 แต่การฉีดวัคซีน โควิด-19 ยังสามารถปกป้องคนใกล้ชิดที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยรุนแรงได้อีกด้วย เช่น ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วย ที่มีโรคประจำตัว และการเสียชีวิต⁽³⁾

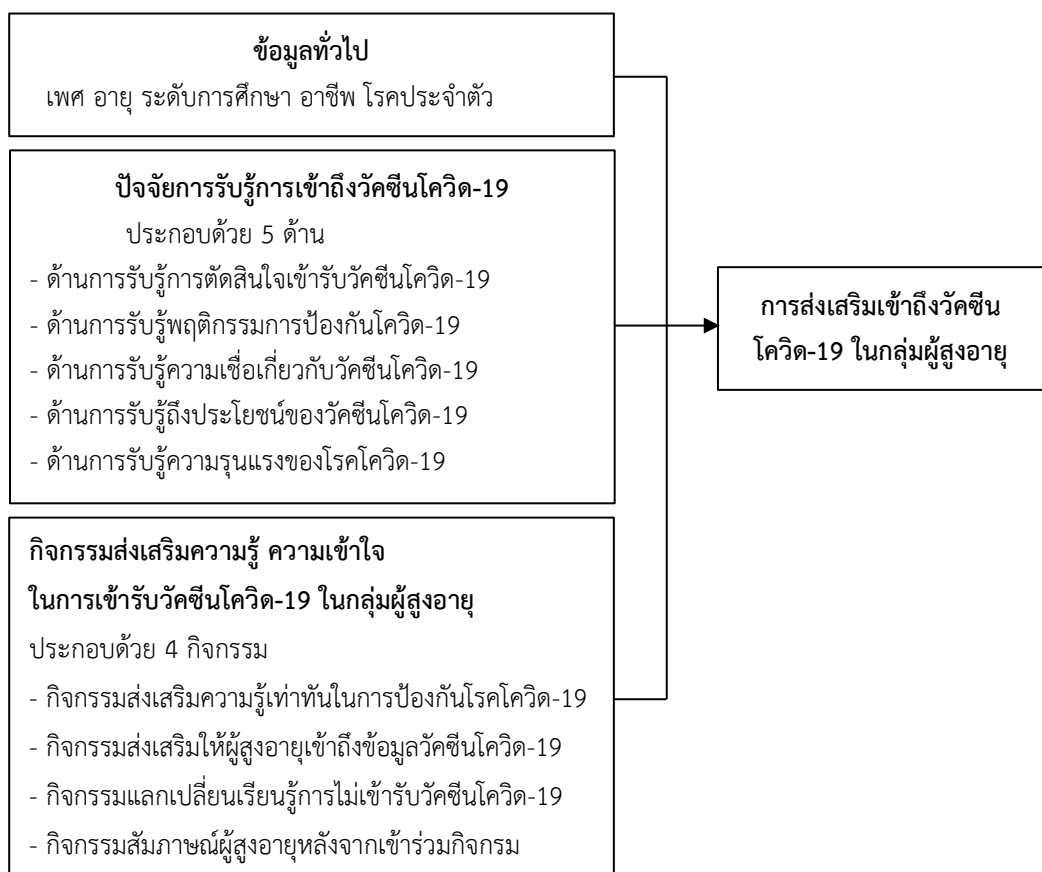
จากจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 1,202 คน ในเขตตำบลธงธานี อำเภอรวิชัยบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด แบ่งเป็น 10 หมู่บ้านตามเขตการรับผิดชอบของตำบลธงธานี อำเภอรวิชัยบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด จากสถานการณ์ การเข้าถึงวัคซีนในกลุ่มผู้สูงอายุตำบลธงธานี พบว่ามีการให้บริการวัคซีนตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2564 ซึ่งควรได้รับวัคซีนเป้าหมายมากกว่าร้อยละ 70.0 ได้รับวัคซีนเข็ม 1 จำนวน 540 คน คิดเป็นร้อยละ 44.92 โดยแยกผู้สูงอายุที่ได้รับวัคซีนเข็ม 2 จำนวน 422 คน คิดเป็นร้อยละ 35.10 และได้รับวัคซีนเข็ม 3 ขึ้นไป จำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 9.81 ซึ่งมีทั้งบริการเชิงรับและเชิงรุก โดยผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ยังไม่ได้รับวัคซีนมีจำนวน 662 คนคิดเป็นร้อยละ 55.07 ของจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป⁽⁴⁾

จากข้อมูลการเข้ารับวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่าการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ของกลุ่มผู้สูงอายุไม่ถึงร้อยละ 70.0 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการศึกษารูปแบบ การส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอรวิชัยบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด อันจะเกิดประโยชน์ ต่อการนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนรณรงค์การเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษาจะเป็นข้อมูลเพื่อนำไปสู่การเข้ารับวัคซีนในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี ให้ครอบคลุมต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดของการวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิด วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Acting) การสังเกต (Observing) และการสะท้อนผล (Reflecting) โดยขั้นตอนการวางแผน (Planning) เป็นประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ปัญหา การไม่เข้ารับวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ในขั้นตอนการปฏิบัติตามแผน (Acting) ผู้เข้าร่วมวิจัย ทำแบบสอบถามปัจจัยการรับรู้การเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ประกอบด้วย 5 ด้าน และผู้วิจัยจัดกิจกรรม ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องการเข้ารับวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ในขั้นตอน การสังเกต (Observing) ผู้วิจัยสังเกตการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องการเข้ารับวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ สังเกตปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ สำหรับขั้นตอน การสะท้อนผล (Reflecting) ผู้วิจัยร่วมหาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานและวางแผนในการแก้ไข ปัญหาในวงรอบต่อไป ดังแสดงในรูปภาพที่ 1 ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุตำบลธงธานี อำเภอรวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุตำบลธงธานี อำเภอรวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด
3. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุตำบลธงธานี อำเภอรวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

คำถามการวิจัย

รูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้เข้ารับวัคซีนเข็ม 1 ในเขตพื้นที่ตำบลธงธานี อำเภอรวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ควรเป็นอย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยค้นหากลุ่มประชากรโดยการเข้าถึงข้อมูลรายชื่อจากระบบ Hosxp 11064 เพื่อนำบัญชีรายชื่อผู้ที่ยังไม่เข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ช่วงอายุระหว่าง 60 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่หมู่บ้านในตำบลธงธานี อำเภอรวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด
2. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้รับผิดชอบในพื้นที่ และประสานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของหมู่บ้านนั้น ทำความเข้าใจ เตรียมความพร้อมเข้าดำเนินการวิจัย และกำหนดแผนนัดหมายวันและเวลา พร้อมแจกรายชื่อผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย
3. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้รับผิดชอบในพื้นที่ และประสานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของหมู่บ้านนั้น ให้นัดหมายกลุ่มตัวอย่างดำเนินการวิจัย เพื่อให้ความรู้ แนวทาง หลักการ เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และอธิบายวัตถุประสงค์ ชี้แจง การเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยในครั้งนี้ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ
4. ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้รับผิดชอบในพื้นที่ และประสานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
5. ผู้วิจัยประสานงานเพื่อรวบรวมแบบสอบถามกลับคืนเป็นระยะ โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 1 เดือน และนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปต่อไป

ประชากรเป้าหมาย

ประชากรบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาการส่งเสริมการเข้าถึง วัคซีนโควิด-19 จำนวน 24 คน และผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีนโควิด-19 ป้องกันเชื้อโรคโควิด-19 เข็ม 1 ที่มีทะเบียนบ้านอยู่ในตำบลธงธานี อำเภอรวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 662 คน จาก 10 หมู่บ้าน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และยอมให้มีความคลาดเคลื่อนได้ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 243 คน

เกณฑ์คัดเข้า

ผู้สูงอายุตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ยังไม่ได้รับวัคซีนโควิด-19 เข็ม 1 สามารถอ่านออก เขียนภาษาไทยได้ สม่ครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก

ผู้สูงอายุตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ที่มีภาวะติดเชื้อหรือเป็นโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้ และผู้สูงอายุไม่ยินยอมเข้ารับวัคซีนโควิด-19

การสุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้วิจัยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นตัวแทนของประชากรจากการคำนวณ โดยใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน Krejcie and Morgan⁽⁵⁾ ดังนี้

$$n = \frac{x^2 N p (1 - p)}{e^2 (N - 1) + x^2 p (1 - p)}$$

โดย	n	=	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
	N	=	ขนาดของประชากร
	E	=	ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้
	X	=	ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% (X ² = 3.841)
	p	=	สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด p = 0.5)

$$n = \frac{3.841 * 662 * 0.5 (1 - 0.5)}{.05^2 (662 - 1) + 3.841 * 0.5 * 0.5} = 243 \text{ คน}$$

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ จำนวน 6 ข้อ แบบสอบถามเกี่ยวกับ เพศ เชื้อชาติ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัวและอาชีพ ลักษณะของคำถามเป็นคำถามแบบเลือกตอบ (Check list) จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ของกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 30 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้าน ด้านละ 6 ข้อ ด้านที่ 1-4 มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 คำตอบ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ด้านที่ 5 มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 คำตอบ คือ ประจํา (5 คะแนน) บ่อยๆ (4 คะแนน) นานๆ ครั้ง (3 คะแนน) บางครั้ง (2 คะแนน) ไม่เคย (1 คะแนน) โดยแบบสอบถามทั้งสองชุดผ่านการตรวจสอบความตรง (Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน จากโรงพยาบาลธวัชบุรี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง Index of item objective congruence: IOC ระหว่าง 0.67-1.00 นำไปทดสอบ (Try out) กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าระหว่าง 0.63-0.78

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยการวิเคราะห์ข้อมูลทุกระยะของการเก็บข้อมูล นำข้อมูลที่ได้ออกมาเป็นหมวดหมู่ตั้งแต่ขั้นตอนการเตรียมการวิจัยจนกระทั่งสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล นำข้อมูลที่เกิดขึ้นในการดำเนินงานมาเชื่อมโยงกับแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและสรุปผลการดำเนินงานมา เป็นการเข้าถึงวัดขึ้นป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด และอธิบายถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ที่มีผลต่อการศึกษารูปแบบนั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลรูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 โดยเก็บรวบรวมข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่างเป็นสถิติที่ใช้ คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยผู้วิจัยขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยได้รับการพิจารณา ให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว เมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2565 เลขที่การรับรอง 339-309/2565 ซึ่งข้อมูลที่ได้ จากการเก็บรวบรวมจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและใช้เฉพาะการศึกษาเท่านั้น

1. ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือผู้เข้าร่วมวิจัยในการเข้าร่วมการวิจัย การยอมรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ โดยไม่มีผลกระทบที่พึงได้รับแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย
2. การเก็บข้อมูล ชื่อและนามสกุลจริงผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถาม ข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ เพื่อความปลอดภัยของข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัย
3. การรายงานผลการวิจัย ผู้วิจัยนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ปัญหาการไม่เข้ารับวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคลแสดงให้เห็นว่าผลการวิเคราะห์ ปัญหาในการไม่เข้ารับวัคซีนโควิด-19 พบว่า จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล นำเสนอข้อมูล ได้ดังต่อไปนี้

“.....อายุ 61 ปี มีโรคประจำตัวมีผู้ดูแล ปัจจุบันยังไม่เคยติดโควิด ยังไม่รับวัคซีนเลยตั้งแต่มีวัคซีนมา ญาติและผู้ดูแลไม่เห็นด้วยกับการฉีดวัคซีน ช่วงโควิดแรกๆ ที่มีการระบาดหนักๆ ญาติดูแลต่อเนื่อง แต่ตนเอง ไม่ค่อยใส่แมส จะใส่แมสเฉพาะเวลาที่อยู่จากบริเวณบ้าน” (สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ วันที่ 8 ตุลาคม 2565)

“.....อายุ 81 ปี ร่างกายสุขภาพแข็งแรงดี ไม่ค่อยป่วย ไม่ค่อยออกจากบ้าน ไม่มีโรคประจำตัว ยังไม่รับวัคซีนเข็มเพราะกลัววัคซีนโควิด กลัวเข็ม กลัวหมอ ไม่ค่อยไปโรงพยาบาลไม่เจ็บป่วยมาหลายปีแล้ว ถ้ามีอาการเจ็บป่วยลูกหลานจะซื้อยามาให้กินเองที่กิน รู้ว่าโควิดเป็นโรคประจำถิ่นแล้วจากการฟังข่าว แต่ยังไม่กลัวโควิดอยู่ รู้ว่าวัคซีนโควิดสร้างภูมิคุ้มกันได้แต่ไม่สนใจและไม่พร้อมที่จะฉีดวัคซีนโควิดเพราะตนไม่ได้ออกไปไหน” (สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ วันที่ 8 ตุลาคม 2565)

“.....อายุ 69 ปี มีโรคประจำตัว ยังไม่รับวัคซีนโควิด เคยติดเชื้อโควิด 1 ครั้ง ปรึกษาไปกินที่บ้านไม่ได้นอน รักษาตัวที่โรงพยาบาลรักษาตัวครบ 10 วัน ตรวจอีกครั้งปกติดี ตอนเป็นโควิดก็ไม่อยากรับวัคซีนป้องกันโควิด ลูกหลานก็ไม่อยากให้นัดวัคซีนโควิดไม่กลัวเข็มแต่กลัวสารในวัคซีนโควิด โควิดเป็นโรคประจำถิ่นแล้วก็ไม่อยากฉีดวัคซีน ไม่รู้จะฉีดวัคซีนป้องกันโควิดทำไมเผื่อเกินอะไรขึ้นกับตัวเองถึงชีวิต รับฟังข่าวสารประจำ ฟังเพื่อนบ้านระแวงเดียวกันพูดให้ฟังว่าคนที่ไปฉีดมาแล้ว บางคนอาการไม่ดีเท่าไร จะเป็นอะไรก็แล้วแต่ไม่อยากฉีดวัคซีนโควิด” (สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ วันที่ 9 ตุลาคม 2565)

“.....อายุ 74 ปี ไม่มีโรคประจำตัว ยังไม่รับวัคซีนโควิด ญาติพี่น้องฉีดวัคซีนโควิดทุกคนแล้วตนไม่ฉีดคนเดียวญาติพี่น้องไม่ว่าอะไร กลัวเข็ม ช่วงโควิดไม่ออกไปไหนอยู่บ้านตลอดไม่มีคนไม่หา ใส่แมสบ้างไม่ใส่ตลอดยังไม่ติดโควิด กลัวสารในวัคซีนโควิดฟังข่าวสารประจำ เวลามีการตรวจสุขภาพโดยใช้เข็มจะไม่ไปรับเข็มเข้าร่างกาย” (สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ วันที่ 9 ตุลาคม 2565)

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคลข้างต้น เป็นความรู้สึกร่วมกันในกลุ่มผู้สูงอายุบางราย โดยสรุปปัญหาการไม่เข้ารับวัคซีนโควิด-19 ดังนี้

บางรายฟังข่าวสารการรับรู้จากบุคคลอื่นที่ได้รับผลข้างเคียงของวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือคนใกล้ชิดที่หลังจากได้รับวัคซีนแล้วร่างกายผิดปกติไปจากเดิม เช่น แขนขาอ่อนแรง ทำให้เกิดความกังวลกลัวว่าจะเกิดกับสุขภาพตนเองและส่งผลกระทบต่อเป็นปัญหาของครอบครัวหรือบุคคลรอบข้าง มีความเชื่อมั่นในสุขภาพตนเองคิดว่าตนเองป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้ จึงไม่รับวัคซีนโควิด-19

บางรายเคยติดเชื้อแล้วอาการไม่รุนแรงสามารถรักษาที่บ้านได้ และได้รับยาจากโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษามาแล้ว มีการรักษาตัวครบ 10 วัน จึงไม่รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 บางรายไม่กลัวติดเชื้อโรคโควิด-19 เท่ากลัวสารในวัคซีนโควิด-19 เพราะดูจากข่าวสารทางวิทยุ โทรทัศน์ สื่อต่างๆ ที่นำเสนอผลกระทบเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ทำให้เกิดความวิตกกังวลมีความคิดว่าสามารถเกิดกับตนเองได้

บางรายมีความกังวลในเรื่องโรคประจำของตนเอง สุขภาพปัญหาของร่างกายที่ไม่เหมาะสมกับการรับวัคซีนโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างในบางรายตามวัยแม้ว่าสุขภาพร่างกายจะแข็งแรงดีแต่การรับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 เข้าไปอาจทำให้ร่างกายแย่ลงกว่าเดิมได้เพราะภูมิคุ้มกันของแต่ละคนไม่เท่ากัน กลุ่มตัวอย่างบางรายมีความกังวลที่จะใช้เข็มเข้าไปในร่างกายมากกว่ากลัวการติดเชื้อโรคโควิด-19

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษารูปแบบการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19

จากผลการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ 5 ด้าน พบว่า

1. ด้านการรับรู้การตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโรคโควิด-19 ค่าเฉลี่ยรวม 3.38 อยู่ในระดับมากและได้ค่าเฉลี่ย (Mean=3.55, SD=1.17) ระดับมาก คือ กลัวเข็มหรือกลัวการฉีดวัคซีนโควิด-19
2. ด้านการรับรู้พฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 ค่าเฉลี่ยรวม 3.35 ระดับปานกลางและได้ค่าเฉลี่ย (Mean=4.30, SD=1.98) ระดับมาก คือ หลีกเลี่ยงการเข้าไปในเขตชุมชนที่มีประชากรหนาแน่น มีความแออัด
3. ด้านการรับรู้ความเชื่อเกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19 ค่าเฉลี่ยรวม 3.17 อยู่ในระดับปานกลางและได้ค่าเฉลี่ย (Mean=3.63, SD=1.19) ระดับมากคือ การตัดสินใจเข้ารับวัคซีนจะช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกัน และการรับวัคซีนโควิด-19 จะช่วยกระตุ้นร่างกายให้สร้างภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19

4. ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของวัคซีนโควิด-19 ค่าเฉลี่ยรวม 2.93 อยู่ในระดับปานกลางและได้ค่าเฉลี่ย (Mean=3.17, SD=1.23) ระดับปานกลาง คือ ผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องรับวัคซีนโควิด-19

5. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ค่าเฉลี่ยรวม 2.62 อยู่ในระดับปานกลาง และได้ค่าเฉลี่ย (Mean=3.30, SD=1.34) อยู่ในระดับปานกลาง คือ การล้างมือเป็นประจำและสวมใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่ออยู่นอกเคหสถานจะลดโอกาสการติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้

จากผลการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 พบว่า ด้านการรับรู้การตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโรคโควิด-19 ค่าเฉลี่ยรวม 3.38 อยู่ในระดับมากและได้ค่าเฉลี่ย (Mean=3.55, SD=1.17) อยู่ในระดับมาก คือ กลัวเข็มหรือกลัวการฉีดยาวัคซีนโควิด-19 ซึ่งจากปัจจัยนี้เกี่ยวข้องกับการเข้ารับวัคซีนในกลุ่มผู้สูงอายุ และเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่ตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโควิด-19

จากการจัดกิจกรรม ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องการเข้ารับวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมความรู้เท่าทันในการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 กิจกรรมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าถึงข้อมูลวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การไม่เข้ารับวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ และกิจกรรมสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ หลังจากเข้าร่วมกิจกรรม ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องการเข้ารับวัคซีนโควิด-19 ซึ่งพบ 3 ประเด็น คือผู้สูงอายุกลัวผลข้างเคียงของวัคซีนโควิด-19 ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย และผู้สูงอายุไม่เชื่อมั่นว่าวัคซีนโควิด-19 จะสามารถป้องกันโรคโควิด-19 ได้

ส่วนที่ 3 ปัจจัยแห่งความสำเร็จการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ

จากผลการวิจัยรูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ หลังจากกลุ่มผู้สูงอายุ เข้าร่วมการจัดกิจกรรม ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องการเข้ารับวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม โดยมีผู้สูงอายุสนใจเข้ารับวัคซีนโควิด-19 เพิ่มขึ้นจากเดิม คิดเป็นร้อยละ 49.91 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด ที่ควรได้รับวัคซีนโควิด-19 เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 70.0 และด้านการรับรู้การตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโรคโควิด-19 พบว่า ผู้สูงอายุกลัวเข็มหรือกลัวการฉีดยาวัคซีนโควิด-19 ซึ่งการเข้ารับวัคซีนโควิด-19 ของกลุ่มผู้สูงอายุยังไม่บรรลุเป้าหมาย

การอภิปรายผล

การวิจัยเรื่องรูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด มีวัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด และเพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

ผลการศึกษาพบว่าภายหลังจากการที่ได้รับการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ 58.4 รองลงมาเพศหญิง จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 41.6 ผู้สูงอายุมีเชื้อชาติไทย จำนวน 243 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้สูงอายุมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา

จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 40.7 รองลงมาคือศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 95 คน ร้อยละ 39.1 ไม่ได้ศึกษาจำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 17.3 และศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 2.9 ตามลำดับ ผู้สูงอายุมีความดันโลหิตสูงเป็นโรคประจำตัว จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 23.9 รองลงมาคือโรคเบาหวาน จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 23.5 ไม่มีโรคประจำตัวจำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 13.6 โรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 11.9 โรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 11.5 โรคภูมิแพ้ จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 10.7 โรคภาวะซึมเศร้า จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3 และโรคมะเร็ง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.6 ตามลำดับผู้สูงอายุมีอาชีพเกษตรกร จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 28.8 รองลงมาคือ แม่บ้าน จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 28.0 อาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 19.8 อาชีพค้าขาย จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 16.0 อาชีพรัฐวิสาหกิจ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 3.7 และอาชีพราชการจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 3.7 ตามลำดับ

จากผลการเข้ารับวัคซีนของผู้สูงอายุเข็ม 1 ก่อนทำวิจัย จำนวนผู้เข้ารับวัคซีนโควิด-19 จำนวน 540 คน คิดเป็นร้อยละ 44.92 หลังเข้าร่วมการจัดกิจกรรมส่งเสริมการเข้ารับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีผู้สูงอายุเข้ารับวัคซีนเข็มที่ 1 จำนวน 600 คน คิดเป็นร้อยละ 49.91 ซึ่งพบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่ถึงร้อยละ 70.0 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด ซึ่งควรได้รับวัคซีนเป้าหมายมากกว่าร้อยละ 70.0 แต่มีผู้สนใจเข้ารับวัคซีนโควิด-19 เพิ่มขึ้นจากเดิมทำให้การดำเนินกิจกรรมสำเร็จไปได้ด้วยดี

สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความลังเลใจและความต้องการรับวัคซีนโควิด-19⁽⁶⁾ พบว่า จากกลุ่มตัวอย่างที่มีความลังเลใจในการรับวัคซีนโควิด 19 จำนวน 1,342 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.4 และเพศชาย ร้อยละ 41.6 มีอายุเฉลี่ย 57.2 ปี อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 45.5 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 45-60 ปี ร้อยละ 30.5 ด้านสถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.7 รองลงมาคือหม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 18.9 และโสด ร้อยละ 15.4 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 90.4 และระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 9.6 ด้านอาชีพอยู่บ้านไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 44.2 รองลงมาคือรับจ้าง/เอกชน ร้อยละ 20.6 เกษตรกร ร้อยละ 18.9 ค้าขาย ร้อยละ 13.2 และภาครัฐ ร้อยละ 3.2 ด้านภาวะสุขภาพมีสุขภาพดีไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 41.3 รองลงมาเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี ร้อยละ 34.8 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 23.8 ด้านลักษณะชุมชนอยู่นอกเขตอำเภอเมือง ร้อยละ 54.2 และในเขตอำเภอเมือง ร้อยละ 45.8 ความเชื่อมั่นในวัคซีนโควิด 19 พบว่าด้านความปลอดภัย เชื่อมั่นมากและมากที่สุด ร้อยละ 47.2 ด้านความรุนแรงของอาการข้างเคียง เชื่อมั่นมากและมากที่สุด ร้อยละ 41.7 ด้านความถี่ของอาการข้างเคียง เชื่อมั่นมากและมากที่สุด ร้อยละ 35.3 และด้านสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เชื่อมั่นมากและมากที่สุด ร้อยละ 45.3

สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 (COVID-19) ของประชากรในกรุงเทพมหานคร⁽⁷⁾ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง อยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ประกอบอาชีพพนักงานบริษัทเอกชน และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,000-20,000 บาท โดยระดับความคิดเห็นของปัจจัยแรงจูงใจในการป้องกันโรค โดยภาพรวมอยู่ในระดับความคิดเห็นมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.67, SD=0.292) และมีระดับความคิดเห็นการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกัน

โคโรนาไวรัส (COVID-19) โดยภาพรวมอยู่ในระดับความคิดเห็นมากที่สุด ($\bar{X}=4.46$, $SD=0.441$) ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ประชากรในกรุงเทพมหานครที่มี อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ย ต่อเดือนต่างกัน ทำให้การตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโคโรนาไวรัส (COVID-19) โดยภาพรวมต่างกัน และประชากรในกรุงเทพมหานครที่มี เพศ ต่างกันทำให้การตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโคโรนาไวรัส (COVID-19) โดยภาพรวมไม่ต่างกัน นอกจากนี้ ปัจจัยแรงจูงใจในการป้องกันโรค ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค และด้านความคาดหวังในประสิทธิภาพ ส่งผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโคโรนาไวรัส (COVID-19) ที่ระดับนัยสำคัญ ทางสถิติ 0.05

สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการป้องกันโรคโควิด-19 กับการเข้ารับ บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ⁽⁸⁾ พบว่าผลการวิจัยพบว่าระดับแรงจูงใจในการป้องกัน โรคโควิด-19 โดยรวมและรายด้าน คือ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ($\bar{X}=3.42$) ด้านความคาดหวังในประสิทธิภาพวัคซีนโควิด-19 ($\bar{X}=2.88$) และด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง ในการป้องกันโรคโควิด-19 ($\bar{X}=3.33$) อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โควิด-19 อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.30$) แรงจูงใจในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง ในการป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=9.002$, $p\text{-value}=0.004$)

สอดคล้องกับบทความเรื่อง วัคซีนโควิด-19 กับแผนการสร้าง "ภูมิคุ้มกันหมู่" ในประเทศไทย⁽⁹⁾ ที่เสนอว่า ประเทศไทยได้เตรียมการจัดหาวัคซีนให้กับประชาชนคนไทยมาตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2563 โดยมีคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญ โดยพิจารณาถึงคุณลักษณะของวัคซีน เช่น รูปแบบการวิจัยการจัดเก็บ และการขนส่งรัฐบาลได้วางแผนในระยะแรกที่จะจัดหาวัคซีน 63 ล้านโดส เพื่อจะฉีดให้ประชาชน ประมาณ 31.5 ล้านคน โดยจัดหาจากบริษัท AstraZeneca และ Sinovac Biotech โดยวางแผนจะฉีดในประชาชน กลุ่มเสี่ยงกลุ่มแรก ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขด่านหน้า ผู้มีโรคประจำตัว เช่น โรคทางเดิน หายใจเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และเจ้าหน้าที่ ควบคุมโรคและมีโอกาสสัมผัสผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากการวิจัยในครั้งนี้ สามารถนำผลการวิจัยรูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ของกลุ่มผู้สูงอายุไปวางแผนการส่งเสริมในอนาคตได้ โดยเน้นส่งเสริมให้ความรู้การเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ที่สามารถลดโอกาสการติดเชื้อโรคโควิด-19 และปัจจัยการรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19
2. จากการวิจัยในครั้งนี้พบว่า การรับรู้พฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มผู้สูงอายุ 3 อันดับแรก คือ มักจะหลีกเลี่ยงการเข้าไปในเขตชุมชนที่มีประชากรหนาแน่น มีความแออัด รองลงมาคือสวมหน้ากากอนามัยหรือสวมหน้ากากผ้าตลอดเวลาเมื่อต้องเดินทางออกนอกเคหสถาน และเว้นระยะหรือรักษาระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1-2 เมตรเป็นประจำ สามารถนำข้อมูลการรับรู้พฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 มาประกอบการให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 ในการเข้ารับวัคซีนโควิด-19 ของกลุ่มผู้สูงอายุ และนำมาใช้ในการให้คำแนะนำในการเข้ารับวัคซีนโควิด-19 อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษากลุ่มผู้สูงอายุ ในเขตตำบลธงธานี จึงทำให้ไม่สามารถทราบถึงการเข้าถึงวัคซีนในเขตตำบลอื่นได้ จึงควรขยายพื้นที่ให้ครอบคลุมพื้นที่อื่นในจังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อจะได้ทราบถึงการเข้าถึงวัคซีนได้อย่างชัดเจน และนำไปสู่การวางแผนการเข้ารับวัคซีนในระดับท้องถิ่นต่อไปได้
2. การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษากลุ่มผู้สูงอายุ ไม่ครอบคลุมกลุ่มประชากรในช่วงอายุอื่น จึงควรศึกษาในกลุ่มประชากรในช่วงอายุอื่น เนื่องจากแต่ละช่วงอายุมีการเลือกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงวัคซีนที่แตกต่างกัน เพื่อที่จะสามารถนำผลการวิจัยในช่วงอายุอื่นมาใช้สำหรับออกแบบรูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนโควิด 19 และนำไปสู่การวางแผนการเข้ารับวัคซีนในช่วงอายุที่กำหนดต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ในสถานการณ์การระบาด ปี 2564 ของประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 (มิถุนายน 2564). นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
3. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. คู่มือวัคซีนสุ่วโควิด ฉบับประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ; 2564.
4. โรงพยาบาลรพีบุรี. รายงานสถานการณ์ COVID-19 ตำบลธงธานี. ร้อยเอ็ด [ออนไลน์]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ต.ค. 20]. เข้าถึงได้จาก: Hos 11064.
5. อธิรุณี เอกะกุล. ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรม ศาสตร์และสังคมศาสตร์. อุบลราชธานี: สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี; 2543.
6. ชีโนรส ลีสวัสดิ์, เทิดศักดิ์ เดชคง, ลือจรรยา ธนภักดิ์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความลังเลใจและความต้องการรับวัคซีนโควิด 19. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2565;30(2):161-70.
7. ขนิษฐา ชื่นใจ, บุญภา ปันทุรอำพร. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ของประชากรในกรุงเทพมหานคร [ออนไลน์]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ต.ค. 20]. เข้าถึงได้จาก: <https://mmm.ru.ac.th/MMM/IS/twin-9/6214154037.pdf>
8. ไมลา อิศสระสงคราม. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการป้องกันโรคโควิด-19 กับการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี. 2564;19(2):56-67.
9. สุรัชย์ โชคครรชิตไชย. วัคซีนโควิด-19 กับแผนการสร้าง"ภูมิคุ้มกันหมู่" ในประเทศไทย (บรรณาธิการ แปลง). วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2564;11(1):ง.

ผลของการใช้แอปพลิเคชันไลน์ “COVID Check” ต่อความรู้ เรื่องโรคติดเชื้อโควิด-19 ในนักเรียนจำอากาศ ปีการศึกษา 2565

วัชรารณ เปาโรหิตย์^{*}, ชญาพัฒน์ ทองปากน้ำ^{*}, อนุกุล บำรุงวงศ์,
ประไพศรี ศุภางค์กร^{*}, เกกิงศักดิ์ จันมาทอง^{**}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แอปพลิเคชันไลน์ “COVID Check” ต่อความรู้ เรื่องโรคติดเชื้อโควิด-19 ของนักเรียนจำอากาศ ปีการศึกษา 2565 จำนวน 60 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (n=30) ได้รับความรู้จากแอปพลิเคชันไลน์ “COVID Check” ครั้งละ 20 นาที วันละครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุม (n=30) ได้รับข้อมูลความรู้จากข่าวสารประจำวันจากการประกาศตามปกติครั้งละ 20 นาทีต่อวัน เป็นเวลา 2 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ แอปพลิเคชันไลน์ “COVID Check” ในการให้ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อโควิด-19 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคติดเชื้อโควิด-19 ที่ผ่านการตรวจสอบดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) มีค่า 0.98 มีค่าความเชื่อมั่น 0.82 ดำเนินการทดลองในช่วงเดือนพฤศจิกายนและธันวาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ t ชนิดเป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) และสถิติทดสอบ t ชนิดไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test)

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคติดเชื้อโควิด-19 หลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X}=24.77$, $SD=0.57$, $\bar{X}=18.97$, $SD=3.15$, $t=6.26$, $p\text{-value}<0.05$) และกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X}=24.77$, $SD=0.57$, $\bar{X}=19.13$, $SD=1.07$, $t=3.07$, $p\text{-value}<0.05$) แสดงว่าการใช้แอปพลิเคชันไลน์ “COVID Check” มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของความรู้เรื่องโรคติดเชื้อโควิด-19 ในนักเรียนจำอากาศ

คำสำคัญ: แอปพลิเคชันไลน์; โรคติดเชื้อโควิด-19; ความรู้; นักเรียนจำอากาศ

^{*} อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ กองทัพอากาศ

^{**} พยาบาลวิชาชีพ โรงเรียนจำอากาศ กรมยุทธศึกษาทหารอากาศ กองทัพอากาศ

^a Corresponding author: วัชรารณ เปาโรหิตย์ Email: rtafnc1@gmail.com

รับบทความ: 10 มิ.ย. 66; รับบทความแก้ไข: 26 มิ.ย. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 26 มิ.ย. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 8 ก.ค. 66

Effects of “COVID Check” Line Application on Knowledge of COVID-19 among Air Technical Training Students, Academic Year 2022

Watcharaporn Paorohit*, Chayaphat Thongpaknum*, Anukul Bomrumwong*,
Prapaisri Supangphorn*, Takengsak Chanmathong**

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of “COVID Check” Line application on knowledge of COVID-19 among air technical training students in academic year 2022. Samples were randomly selected which consisting of 60 air technical training students. The samples were equally divided into an experimental group (n=30) that received knowledge of COVID-19 through “COVID Check” line application for 20 minutes 1 time a day during 2 weeks and a control group (n=30) receiving information of knowledge related to COVID-19 through daily announcement 20 minutes per day for 2 weeks. The research instruments included Line application “COVID Check”, a questionnaire containing questions on general information, knowledge regarding COVID-19 with content validity index of 0.98 and reliability of 0.82. The implementation and data collection were conducted from November to December 2022. Data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, independent t-test, and dependent t-test.

The results revealed that 1) COVID-19 knowledge mean score after the implementation ($\bar{X}$ =24.77, SD=0.57) was significantly higher that of before the implementation ($\bar{X}$ =18.97, SD=3.15) with $t=6.26$, $p\text{-value}<0.05$; and 2) COVID-19 knowledge mean score after the implementation among the experimental group ($\bar{X}$ =24.77, SD=0.57) was significantly higher than that of the control group ($\bar{X}$ =19.13, SD=1.07) with $t=3.07$, $p\text{-value}<0.05$. The study suggested that “COVID Check” Line application can increase knowledge related to COVID-19 among air technical training students.

Keywords: Line Application; COVID-19; Knowledge; Air Technical Training Student

* Instructor, Royal Thai Air Force Nursing College, Directorate of Medical Services, Royal Thai Air Force

** Registered Nurse, Air Technical Training School, Directorate of Education and Training, Royal Thai Air Force

^a Corresponding author: Watcharaporn Paorohit Email: rtafnc1@gmail.com

Received: Jun. 10, 23; Revised: Jun. 26, 23; Accepted: Jun. 26, 23; Published Online: Jul. 8, 23

บทนำ

โรคโควิด-19 (Corona Virus Disease, COVID-19) คือ โรคติดต่อซึ่งเกิดจากไวรัสโคโรนาเป็นโรคอุบัติใหม่ ที่ทำให้เกิดโรคระบบทางเดินหายใจ ตั้งแต่โรคหัดธรรมดาจนถึงปอดอักเสบ (Pneumonia) ที่มีอาการรุนแรง เช่น โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS) และโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันร้ายแรง (SARS)^(1,2) องค์การอนามัยโลก (WHO) ประกาศยกระดับโรคโควิด-19 เป็นการระบาดใหญ่ หรือระยะ Pandemic จากการแพร่ระบาดลุกลามไปทั่วโลก ทำให้อัตราการป่วยและเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ในวันที่ 21 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 พบผู้ติดเชื้อโควิด-19 ทั่วโลก 21,562,550 คน เสียชีวิต 1,607,781 คน⁽³⁾ และมกราคม พ.ศ. 2565 ในประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อสะสม 85,180 คน ต่อมากระทรวงสาธารณสุขออกประกาศ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 เป็นต้นไป ยกเลิกโควิด-19 จากการเป็นโรคติดต่ออันตราย และกำหนดให้เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง^(4,5) การแพร่ระบาดยังคงเกิดขึ้นเป็นระลอก จากสถานการณ์การรวมกลุ่มของประชาชน เช่น ช่วงเทศกาลสำคัญ และกิจกรรมที่มีการรวมกลุ่มของคนจำนวนมาก ได้แก่ งานรื่นเริงสังสรรค์ หรืองานประเพณีที่จัดขึ้นตามเทศกาล รวมทั้งการเรียนในชั้นเรียน

โรงเรียนจำอากาศ เป็นสถานการศึกษาที่ผลิตนายทหารชั้นประทวนให้กับกองทัพอากาศ จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ปี 2565 มีจำนวนนักเรียนจำอากาศป่วยเป็นโรคติดเชื้อโควิด-19 ทั้งสิ้น 346 คน จากนักเรียนจำอากาศ 941 คน เนื่องจากการพักอาศัยอยู่รวมกันจำนวนมาก การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างการฝึกวิชาทหาร การเรียน และการออกกำลังกายร่วมกัน แม้จะมีมาตรการรักษา ระยะห่าง แต่ทำได้ไม่ตึงเครียด ส่วนการล้างมือ การทำความสะอาดจุดสัมผัสร่วมกัน และการสวมหน้ากากอนามัย ยังคงให้นักเรียนจำอากาศปฏิบัติตามอย่างเข้มงวด แต่เนื่องจากการอยู่รวมกันจำนวนมาก มีการใช้ระบบสาธารณูปโภคร่วมกัน การให้ความรู้และความเข้าใจการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

การแพร่ระบาดในนักเรียนจำอากาศส่งผลกระทบต่อการศึกษาและการฝึกปฏิบัติงาน ปัจจุบันโรงเรียนจำอากาศมีแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 โดยการคัดกรองความเสี่ยง การดูแลและส่งเสริมสุขภาพ และการจัดการสิ่งแวดล้อม การจัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 วันละครั้ง ซึ่งอาจไม่เพียงพอ และสถิติการติดเชื้อแสดงให้เห็นว่านักเรียนจำอากาศยังขาดความรู้ความเข้าใจ และการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง ทำให้การแพร่ระบาดเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง การให้ความรู้โดยผ่านการประชาสัมพันธ์ มีระยะเวลา 10-20 นาทีต่อครั้ง ในรูปแบบการพูดในคนหมู่มาก หากมีข้อสงสัย การตอบคำถามอาจไม่ทั่วถึง ส่งผลให้นักเรียนจำอากาศเกิดความรู้ความเข้าใจและการนำไปใช้ในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 จำกัด ทำให้เกิดการเกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ในโรงเรียนจำอากาศเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว

ปัจจุบันมีการนิยมใช้แอปพลิเคชันไลน์ เพื่อการให้ความรู้และการสื่อสารในชีวิตประจำวันระหว่างบุคคลจำนวนมาก เนื่องจาก สามารถรองรับไฟล์ข้อมูลได้หลายรูปแบบ สื่อสารได้แบบสองทาง เลือกรูปแบบเป้าหมายได้อย่างเฉพาะเจาะจง ใช้เทคนิคการสนทนาที่สร้างความน่าสนใจได้ ไม่จำกัดเวลา ไม่จำกัด

สถานที่ จากงานวิจัยการศึกษาพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันไลน์ (Line application) เพื่อเป็นช่องทางการสื่อสารพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากพึงพอใจมาก⁽⁶⁾ เนื่องจากใช้งานง่าย⁽⁷⁾ และผลการจัดการเรียนการสอนโดยประยุกต์ใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อผลลัพธ์การเรียนรู้และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท มีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนอยู่ในระดับมาก⁽⁸⁾ และ การใช้สื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ต่อความรู้และความเข้าใจโรคเบาหวานของบุคลากรในสถานศึกษา พบว่า สามารถส่งเสริมความเข้าใจ จากการใช้สติ๊กเกอร์รูปการ์ตูน และมีข้อความที่เข้าใจได้ง่าย โดยไม่จำเป็นต้องใช้ประสบการณ์ในการตีความ และให้ความหมายมาก⁽⁹⁾ การใช้แอปพลิเคชันไลน์ยังได้รับความนิยมทุกช่วงอายุ⁽⁷⁾

ดังนั้นทางคณะผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์แอปพลิเคชันไลน์เพื่อให้ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อโควิด-19 แก่นักเรียนจำอาภาศ ปีการศึกษา 2565 เพื่อให้สามารถเรียนรู้ได้ทุกที่ทุกเวลา ทุกสถานที่ ตามความต้องการและสามารถสื่อสารได้สองทาง โดยใช้ข้อมูลหลายรูปแบบ เพื่อการป้องกันตนเองจากการแพร่ระบาดของของโรคติดเชื้อโควิด-19 ได้ดีขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

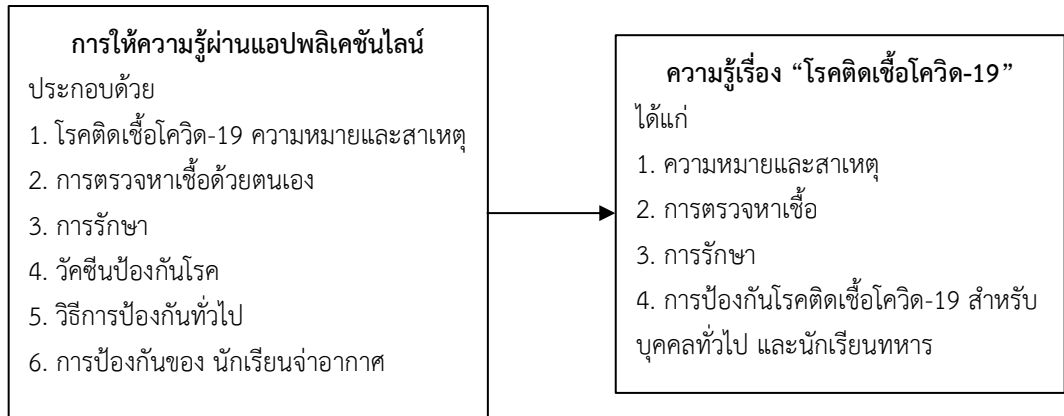
จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดและทฤษฎีของเอดการ์ เดล (Edgar Dale) ได้แบ่งประเภทของสื่อการสอนตามระดับประสบการณ์ของผู้เรียน ซึ่งได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างสื่อสัทธิทัศน์อุปกรณ์ต่างๆ แสดงเป็นขั้นตอนของประสบการณ์การเรียนรู้ เป็นพีระมิดแห่งการเรียนรู้ (Cone of learning) และแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

1. การเรียนรู้เชิงรับ (Passive learning) ได้แก่ การอ่าน การท่องจำ ทำให้ผู้เรียนมีผลการเรียนรู้ 10%, การฟังบรรยายเพียงอย่างเดียว ผู้เรียนไม่มีโอกาสได้ทำกิจกรรม ทำให้ผู้เรียนมีผลการเรียนรู้ 20%, การมีภาพประกอบการบรรยาย ทำให้ผู้เรียนมีผลการเรียนรู้ 30% และการจัดประสบการณ์ เช่น การให้รับชม คลิปวิดีโอ การสาธิต การทัศนศึกษา ทำให้ผู้เรียนมีผลการเรียนรู้ 50%
2. การเรียนรู้เชิงรุก (Active learning) ได้แก่ การให้ผู้เรียนมีบทบาทในการแสวงหาความรู้ มีปฏิสัมพันธ์ มีการร่วมอภิปราย จะทำให้ผู้เรียนมีผลการเรียนรู้ 70% และการจำลองสถานการณ์ การฝึกปฏิบัติ การนำเสนอ ทำให้ผู้เรียนมีผลการเรียนรู้ 90%

จากทฤษฎีการสอนด้วยสื่อตามแนวคิดของกาเย่ (Gagne) โดยยึดหลักการนำเสนอเนื้อหา และจัดกิจกรรมการเรียนรู้จากการมีปฏิสัมพันธ์ ต้องมีหลักการสอนและองค์ประกอบ 9 ประการ ได้แก่ การเร้าความสนใจ การตั้งคำถาม การบอกวัตถุประสงค์ การกระตุ้นความจำผู้เรียน การเสนอเนื้อหา การยกตัวอย่าง การฝึกปฏิบัติ การให้คำแนะนำเพิ่มเติม การสอบ และการนำไปใช้กับงานที่ทำ⁽¹⁰⁾

ตามแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องดังกล่าว คณะผู้วิจัยได้มองเห็นถึงความสำคัญของแอปพลิเคชันไลน์ว่าเป็นสื่อมัลติมีเดียชนิดหนึ่ง ที่กำลังเป็นที่นิยมในปัจจุบันสามารถส่งต่อข้อมูลได้ในรูปแบบที่หลากหลาย ผู้วิจัยได้นำหลักการนำเสนอเนื้อหาและจัดกิจกรรมการเรียนรู้จากการมีปฏิสัมพันธ์ 9 ประการ มาประยุกต์ใช้จัดทำเป็นชุดข้อมูลเรื่อง “โรคติดเชื้อโควิด-19” ส่งผลให้เป็นการส่งเสริมการเรียนรู้เชิงรุก ทำให้ผู้เรียนมีผลการเรียนรู้ถึง 70%

ของความรู้ทั้งหมด ทางคณะผู้วิจัยจึงได้นำชุดความรู้ดังกล่าว มาสร้างเป็นสื่อการให้ความรู้สำหรับนักเรียนจำ
ออากาศ ปีการศึกษา 2565 และได้สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยสามารถเขียนแสดง
ดังภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องโรคติดเชื้อโควิด-19 ก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชันไลน์ “COVID Check” ในนักเรียนจำอากาศของกลุ่มทดลอง ปีการศึกษา 2565
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคติดเชื้อโควิด-19 ระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้แอปพลิเคชันไลน์ “COVID Check” และกลุ่มควบคุมที่ได้รับข้อมูลข่าวสารตามปกติ หลังการใช้แอปพลิเคชันไลน์ “COVID Check”

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนความรู้เรื่องโรคติดเชื้อโควิด-19 ก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชันไลน์ “COVID Check” ในนักเรียนจำอากาศของกลุ่มทดลอง ปีการศึกษา 2565 สูงกว่าก่อนการใช้แอปพลิเคชันไลน์
2. คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคติดเชื้อโควิด-19 ในนักเรียนจำอากาศของกลุ่มทดลองหลังการใช้แอปพลิเคชันไลน์ “COVID Check” สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับข้อมูลข่าวสารตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคติดเชื้อโควิด-19 ก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชันไลน์ “COVID Check” ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในนักเรียนจำอากาศ ปีการศึกษา 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

นักเรียนจำอาภาศ จำนวน 941 คนที่กำลังศึกษาในโรงเรียนจำอาภาศ ปีการศึกษา 2565 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง พฤศจิกายน - ธันวาคม พ.ศ. 2565

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากโปรแกรม G*Power โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.05 และการกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) อ้างอิงมาจากการศึกษาผลของการเรียนรู้แบบร่วมมือโดยใช้วิธีการแข่งขันทีมเกมต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาความรู้รอบตัวทางการพยาบาลมารดาและทารกของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 ⁽¹¹⁾ ได้ขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.707 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ เท่ากับ 52 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงกำหนดค่าข้อมูลสูญหาย (Missing Value) เท่ากับ 15% (7.8 คน) คิดเป็น 8 คน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 60 คน โดยสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย จากนักเรียนจำอาภาศ ชั้นปีที่ 1 จำนวน 30 คน ชั้นปีที่ 2 จำนวน 30 คน และผู้วิจัยให้นักเรียนจำอาภาศ ชั้นปีที่ 1 เป็นกลุ่มควบคุม เนื่องจากมีการจำกัดเวลาในการใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ ชั้นปีที่ 2 เป็นกลุ่มทดลอง เพราะสามารถใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ได้ตลอดเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ แอปพลิเคชันไลน์ “COVID check” ในการให้ความรู้เรื่อง โรคติดเชื้อโควิด-19 ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ แนวคิดและทฤษฎีของเอดการ์ เดล (Edgar Dale) และจากทฤษฎีการสอนด้วยสื่อของกาเย่ (Gagne) ⁽¹⁰⁾ แอปพลิเคชันไลน์ “COVID check” ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของสื่อจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงการระบาดวิทยา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านโรคติดเชื้อ อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ และแก้ไขตามข้อเสนอแนะแล้วจึงนำไปใช้ โดย

1.1 กลุ่มทดลองได้รับความรู้เรื่อง โรคติดเชื้อโควิด-19 โดยแอปพลิเคชันไลน์ “COVID check” ครั้งละ 20 นาที วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์

1.2 กลุ่มควบคุม ได้รับข้อมูลความรู้เรื่อง โรคติดเชื้อโควิด-19 จากข่าวสารประจำวัน ตามปกติครั้งละ 20 นาทีต่อวัน เป็นเวลา 2 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ ระดับชั้นปี ระดับการศึกษา เกรดเฉลี่ย สถานะทางการเงิน ประวัติการเจ็บป่วย และประวัติการได้รับวัคซีนโควิด-19

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่อง โรคติดเชื้อโควิด-19 ชนิดสองตัวเลือกแบบใช่หรือไม่ จำนวน 25 ข้อ จัดทำเป็น 2 ชุด ใช้หลักการทำแบบสอบถามชนิดคู่ขนาน เพื่อใช้สอบถามก่อนและหลังการทดลอง โดยชุดก่อนทดลอง มีจำนวนข้อที่ตอบใช่ 12 ข้อ ตอบไม่ใช่จำนวน 13 ข้อ และชุดหลังเรียน มีจำนวนข้อที่ตอบใช่ 13 ข้อ ตอบไม่ใช่จำนวน 12 ข้อ โดยเนื้อหาแบบสอบถาม มีขอบเขต ดังนี้ ความหมายและสาเหตุ การตรวจหาเชื้อ การรักษา การป้องกัน โรคติดเชื้อโควิด-19 การปฏิบัติตัวของนักเรียนจำอาภาศ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19

3. การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคติดเชื้อโควิด-19 สำหรับนักเรียนจำอากาศ เป็นลักษณะการเลือกตอบแบบใช่หรือไม่ใช่ จำนวน 25 ข้อ โดยมีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้ ศึกษาเอกสารเพื่อสร้างแบบสอบถามความรู้ นำแบบสอบถามความรู้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยพิจารณาคำถามในแต่ละข้อว่ามีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้และความครอบคลุมของเนื้อหาของผู้เรียน มีค่าเฉลี่ยของ IOC = 0.98 นำแบบประเมินความรู้ จำนวน 25 ข้อไปทดสอบ (Try out) กับนักเรียนจำอากาศชั้นปีที่ 2 จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่น ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Coefficient) ที่ค่าระดับความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ เท่ากับ 0.82

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ โดยมีข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการให้ความรู้เรื่อง โรคติดเชื้อโควิด-19 ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Dependent t-test
3. เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่อง โรคติดเชื้อโควิด-19 ก่อนและหลังการใช้อุปกรณ์เคชั่นไลน์ “COVID Check” ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ศูนย์วิจัยและพัฒนาสิ่งประดิษฐ์คิดค้นทางการแพทย์ เอกสารรับรองโครงการวิจัย IRB No.69/65 พิจารณาโดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เมื่อ 12 กันยายน พ.ศ. 2565 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรักษาความลับ การนำเสนอผลการวิจัยในลักษณะภาพรวม มีการให้นักเรียนจำอากาศตอบรับว่ายินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจก่อน แล้วจึงให้ตอบแบบสอบถาม

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ภูมิลำเนาทางอากาศ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 30 ระดับการศึกษาสูงสุดคือ ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 54 คน ร้อยละ 90 สถานะทางการเงินเพียงพอในการใช้จ่ายจำนวน 47 คน ร้อยละ 78.33 ไม่มีโรคประจำตัว 59 คน ร้อยละ 98.33 และพบกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวจำนวน 1 คน ร้อยละ 1.67 ป่วยเป็นโรคภูมิแพ้ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติได้รับวัคซีนโควิด-19 2 เข็มจำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 86.70 และ 3 เข็ม จำนวน 8 คน ร้อยละ 13.30

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแหล่งที่กำลงศึกษา ระดับการศึกษาสูงสุด ผลการเรียนรู้เฉลี่ย สถานะทางการเงิน โรคประจำตัว และประวัติการได้รับวัคซีนโควิด-19 (n=60)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (30)		กลุ่มทดลอง (30)		รวม (60)	
	n	%	n	%	n	%
แหล่งอาหาร						
แหล่งอาหารสารวัตร	6	10.00	6	10.00	12	20.00
แหล่งอาหารอากาศโยธิน	6	10.00	6	10.00	12	20.00
แหล่งอาหารแพทย์	3	5.00	3	5.00	6	10.00
แหล่งอาหารช่างอากาศ	9	15.00	9	15.00	18	30.00
แหล่งอาหารต้นหน	6	10.00	6	10.00	12	20.00
ระดับการศึกษาสูงสุด						
มัธยมศึกษาปีที่ 6	27	45.00	27	45.00	54	90.00
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	2	3.33	3	5.00	5	8.33
การศึกษานอกระบบและ	1	1.67	—	—	1	1.67
การศึกษาตามอัธยาศัย						
ผลการเรียนเฉลี่ย						
2.00–2.50	3	5.00	1	1.67	4	6.67
2.51–3.00	14	23.33	1	1.67	15	25.00
3.01–3.50	16	26.67	2	3.33	18	30.00
3.51–4.00	9	15.00	14	23.33	23	38.33
สถานะทางการเงิน						
พอใช้	21	35.00	26	43.33	47	78.33
ไม่พอใช้	9	15.00	4	6.67	13	21.67
โรคประจำตัว						
ไม่มีโรคประจำตัว	29	48.33	30	50	59	98.33
โรคภูมิแพ้	1	1.67	—	—	1	1.67
ประวัติการได้รับวัคซีนโควิด-19						
2 เข็ม	26	43.33	26	43.33	52	86.70
3 เข็ม	4	6.67	4	6.67	8	13.30

การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนความรู้ของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีค่าเท่ากับ 18.97, SD=3.15 และหลังการทดลอง มีค่าเท่ากับ 24.77, SD=0.57 พบว่า สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=6.26$, $p\text{-value}<0.05$) คะแนนความรู้ของกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง มีค่าเท่ากับ 18.40, SD=4.37 และหลังการทดลอง มีค่าเท่ากับ 19.13, SD=1.07 พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=7.59$, $p\text{-value}>0.05$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คะแนนเฉลี่ยความรู้ เรื่องโรคติดเชื้อโควิด-19	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
กลุ่มทดลอง (n=30)	18.97	3.15	24.77	0.57	6.26	< 0.05
กลุ่มควบคุม (n=30)	18.40	4.37	19.13	1.07	7.59	> 0.05

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคติดเชื้อโควิด-19 ก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชัน “COVID Check” ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ก่อนการทดลอง ของกลุ่มทดลอง มีค่าเท่ากับ 18.97, SD=4.37 และกลุ่มควบคุม มีค่าเท่ากับ 18.40, SD=3.15 พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=1.58$, $p\text{-value}>0.05$) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้หลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง มีค่าเท่ากับ 24.77, SD=0.57 และกลุ่มควบคุม มีค่าเท่ากับ 19.13, SD=1.07 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคติดเชื้อโควิด-19 สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=3.07$, $p\text{-value}<0.05$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคติดเชื้อโควิด-19 ก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชันไลน์ “COVID Check” ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คะแนนเฉลี่ยความรู้ เรื่องโรคติดเชื้อโควิด-19	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนการทดลอง	18.97	4.37	18.40	3.15	1.58	> 0.05
หลังการทดลอง	24.77	0.57	19.13	1.07	3.07	< 0.05

การอภิปรายผล

ผลของการใช้แอปพลิเคชันไลน์ “COVID Check” ต่อความรู้ เรื่องโรคติดเชื้อโควิด-19 ในนักเรียนจำอาภาศ ปีการศึกษา 2565 สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1) คะแนนความรู้เรื่องโรคติดเชื้อโควิด-19 ก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชันไลน์ “COVID Check” ในนักเรียนจำอาภาศของกลุ่มทดลอง ปีการศึกษา 2565 สูงกว่าก่อนการใช้แอปพลิเคชันไลน์

ผลการวิจัยคะแนนความรู้ก่อนการทดลอง ($\bar{X}$ =18.97, SD=3.15) และหลังการทดลอง ($\bar{X}$ =24.77, SD=0.57) พบว่าคะแนนความรู้เรื่องโรคติดเชื้อโควิด-19 ในนักเรียนจำอากาศของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการใช้แอปพลิเคชันไลน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=6.26$, $p\text{-value}<0.05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจาก ผู้วิจัยได้ให้ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อโควิด-19 ประกอบด้วย ความหมายและสาเหตุ การตรวจหาเชื้อด้วยตนเอง การรักษา วัคซีนป้องกันโรค วิธีการป้องกันทั่วไป ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับโรค และความเจ็บป่วยที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย⁽¹²⁾ แอปพลิเคชันไลน์ “COVID Check” ยังมีภาพอินโฟกราฟฟิก การ์ตูนประกอบ และเสียงที่กระตุ้นความสนใจ การอธิบาย สาเหตุ การตรวจหาเชื้อด้วยตนเอง การรักษา วัคซีนป้องกันโรค วิธีการป้องกันทั่วไป ที่ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และความเข้าใจในเนื้อหามากขึ้น แอปพลิเคชันไลน์ “COVID Check” พัฒนาขึ้นภายใต้หลักการสอนตามแนวคิดของกาเย่ โดยยึดหลักการนำเสนอเนื้อหาและจัดกิจกรรมการเรียนรู้จากการมีปฏิสัมพันธ์ ต้องมีหลักการสอนและองค์ประกอบ 9 ประการ ได้แก่ การเร้าความสนใจ การตั้งคำถาม การบอกวัตถุประสงค์ การกระตุ้นความจำผู้เรียน การเสนอเนื้อหา การยกตัวอย่าง การฝึกปฏิบัติ การให้คำแนะนำเพิ่มเติม การสอบ และการนำไปใช้กับงานที่ทำ⁽¹⁰⁾ ส่งผลให้ผู้เรียน คือ นักเรียนจำอากาศ กลุ่มทดลอง เกิดความเข้าใจในเนื้อหาเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเรียน รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มเพื่อน และการโต้ตอบของผู้วิจัยผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ทางช่องทาง ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลที่สำคัญ การร่วมตอบปัญหาหรือข้อสงสัย เป็นการสร้างความรู้ความเข้าใจในเนื้อหามากขึ้น⁽¹³⁾

สมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 2) คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคติดเชื้อโควิด-19 ในนักเรียนจำอากาศของกลุ่มทดลอง หลังการใช้แอปพลิเคชันไลน์ “COVID Check” สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับข้อมูลข่าวสารตามปกติ หลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ =24.77, SD=0.57) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ =19.13, SD=1.07) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ที่สอดคล้องกับงานวิจัยของ บุชบา ทาธง พบว่า ผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลโดยรวมจากการประยุกต์ใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการจัดการเรียนการสอน มากกว่ากลุ่มควบคุม และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุจิตรา ภรณ์ทับครอง และคณะ ที่พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้าใจด้านโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานจากการใช้สื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁽⁹⁾ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมการเรียนรู้ที่ดีควรมีภาพประกอบ เพื่อส่งเสริมความเข้าใจในเนื้อหา การสร้างสื่อแอปพลิเคชันไลน์ “COVID Check” ของผู้วิจัยมีภาพประกอบ รูปการ์ตูนที่มีข้อความสั้นๆ เป็นประโยคที่เข้าใจง่าย และประกอบเสียงที่กระตุ้นความสนใจช่วยให้เกิดการจดจำได้ดี ซึ่งสนับสนุนการศึกษาของ กิตติยาพร สังฆศรีสมบัติ และคณะ ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่าน Application Line official account สำหรับมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่ารูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่าน Application Line official account ประกอบด้วยวิดีโอ 7 เรื่อง และแผ่นภาพอินโฟกราฟฟิกให้ความรู้มารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ฯ และช่องทางแชท ทำให้มารดามีความมั่นใจมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)⁽¹⁴⁾ และสอดคล้อง

กับการศึกษาของธีรพร สิริवंธ ที่พบว่า การใช้แอปพลิเคชันไลน์ เป็นช่องทางการสื่อสารในองค์กรที่ผู้ใช้งานมากพึงพอใจ สามารถให้ข้อมูลที่เฉพาะเหมาะกับกลุ่ม และเหมาะสมกับสถานการณ์ โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ยังมีการแพร่ระบาดของ COVID-19 การใช้แอปพลิเคชันไลน์ เป็นช่องทางการให้ความรู้กับคนในองค์กรที่มีความเหมาะสมมาก และทำให้ผู้ใช้เกิดความสะดวกและพึงพอใจต่อการเรียนรู้ และเป็นการส่งเสริมการเรียนรู้เชิงรุก ทำให้เกิดผลการเรียนรู้มากกว่า 70% ของความรู้ทั้งหมด⁽⁶⁾ ตามทฤษฎีของเอ็ดการ์ เดล จึงส่งผลให้ความรู้ของกลุ่มทดลองหลังจากการใช้แอปพลิเคชันไลน์ “COVID Check” เพิ่มมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ฟังการสรุปประเด็นความรู้สั้นๆ

ข้อเสนอแนะ

1. ประยุกต์ใช้แอปพลิเคชันไลน์กับการสื่อสารด้านสุขภาพภายในองค์กร เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่เหมาะสมกับกลุ่มโรค และช่วงวัย
2. ประยุกต์ใช้แอปพลิเคชันไลน์กับการบริหารจัดการ การประสานความร่วมมือ สำหรับการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ เช่น การให้ความรู้ การปรับทัศนคติ และการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับโรคและปัญหาสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ขอบคุณ พ.อ.อ. ธนเกียรติ ยงยุทธ พ.อ.อ. ยูนันท์ บัวใหญ่ พ.อ.อ. พรชัย อิทธิผล พ.อ.อ. กิตติชัย พางาม พ.อ.อ. ธิติพล แผ้วพลสง และ พ.อ.อ. วสุ จูมวงค์ และขอบคุณนักเรียนจำอากาศ ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย ทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. โรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019: Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
2. Kamps BS, Hoffman C. COVID Reference. Hamburg: Infektionsmedizinisches Centrum; 2021.
3. World Health Organization. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard [Internet]. 2020 [cited 2022 July 3]. Available from: <https://covid13.who.int/>
4. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ยกเลิกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563 พ.ศ. 2565 ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 139.
5. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2565. (2565, 20 กันยายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 139.
6. ธีรพร สิริवंธ. การศึกษาพฤติกรรมการใช้ไลน์ แอปพลิเคชัน (Line application) เพื่อเป็นช่องทางการสื่อสารการปฏิบัติงานในองค์กร [สารนิพนธ์การศึกษาระดับปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.

7. กฤษณี เสือใหญ่. พฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ความพึงพอใจและการนำไปใช้ประโยชน์ของคนในกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขานิติศาสตร์และนวัตกรรม]. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2558.
8. บุษบา ทาธง, ปริญดา ศรีธราพิพัฒน์, บุษกร แก้วเขียว. ผลของการจัดการเรียนการสอนโดยประยุกต์ใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อผลลัพธ์การเรียนรู้และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. 2562;11(1):155-68.
9. สุจิตรา ภรณ์ทับครอง, เพ็ญรุ่ง นวลแจ่ม, นิตยา วิโรจนะ, พางนา ดวงจันทร์. ผลของการใช้สื่อสุขภาพรูปแบบ แอปพลิเคชันไลน์ต่อความรู้และความเข้าใจโรคเบาหวานของบุคลากรในสถานศึกษา. Journal of Nursing, Siam University. 2561;19(36):78-87.
10. Miner MA, Mallow J, Theeke L, Barnes E. Using Gagne's 9 events of instruction to enhance student performance and course evaluations in undergraduate nursing course. Nurse educator. 2015;40(3):152-4.
11. ชนิดาภา ขอสุข, สุภาพักตร์ หาญกล้า, วรณัฐ ไซยวาน. ผลของการเรียนรู้แบบร่วมมือโดยใช้วิธีการแข่งขันทีมเกมต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาความรู้รอบตัวทางการแพทย์พยาบาลมารดาและทารกของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2562:216-25
12. Fisher JD, Fisher WA, Bryan AD, Misovich SJ. Information-motivation-behavioral skills model-based HIV risk behavior change intervention for inner-city high school youth. Health Psychology. 2002;21(2):177-186.
13. เพ็ญจันทร์ มีแก้ว, สุวรรณ จันทรประเสริฐ, นิสากร กรุงไกรเพชร. การติดตามประเมินสมรรถนะและการปฏิบัติบทบาทการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วารสาร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย บุรพา. 2558;26(3):12-22.
14. กิตยาพร สังขศรีสมบัติ, ชรินทร์พร มะชะรา, มนัสนันท์ พรหมศรี, นิรันดร์ ผาณิต. การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชัน ไลน์ออฟฟิเชียลแอดเดสสำหรับมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2022;16(2):623-41.

Review Article

Self-concept of Family Caregivers of Palliative Patients: A scoping review

Prapaisri Supangphorn, M.P.H.^{*a}, Anukul Bomrungwong, M.A.^{*}

Abstract

Self-concept refers to how someone perceives themselves, and it is important for the psychological well-being of an individual. Taking on the role of family caregivers for patients with palliative care becomes a challenge for some caregivers in various aspects and could affect their individual self-concept. This scoping review aims to systematically identify the characteristics of all relevant individual studies relating to self-concept of family caregivers of palliative patients. Relevant studies published from 2010 to 2023 were sought by searching online databases, including PubMed, Embase, and Google Scholar. The Jona Briggs Institute (JBI) scoping review protocol was applied for the methodological aspects of this study. A total of 643 references were identified, but only 14 studies were eligible to be included. The results reveal that when measuring self-concept among family caregivers of palliative patients, self-efficacy is the main major concern besides self-value, self-acceptance, and self-respect. Moreover, the result also shows factors that correlate to self-efficacy and supports the idea that self-efficacy contributes to the mental health of caregivers and the caregiver's and patient's quality of life.

Keywords: Self-concept; Family caregivers; Palliative care; Scoping review

^{*} Instructor, Royal Thai Air Force Nursing College, Directorate of Medical Services, Royal Thai Air Force

^a Corresponding author: Prapaisri Supangphorn Email: prapaisri.sup@rtafnc.ac.th

Received: Jun. 14, 23; Revised: Jun. 27, 23; Accepted: Jun. 27, 23; Published Online: Jul. 9, 23

Introduction

Palliative care aims to relieve the suffering of patients suffering from life-threatening illnesses and their families by addressing physical, psychological, social, and spiritual components⁽¹⁾. Cancer, cardiac disease such as congestive heart failure (CHF), chronic obstructive pulmonary disease (COPD), kidney failure, Alzheimer's disease, Parkinson's disease, Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS), and many other illnesses are among those that frequently require palliative care and as currently palliative care is also essential for patients with COVID-19⁽²⁾. According to WHO⁽¹⁾, Forty million people worldwide require palliative care, with 78% of those in need living in low and middle-income countries. Globally, patients who got palliative care had cardiovascular disease (39%), with cancer coming in second (34%)⁽¹⁾. However, the statistics shows that most palliative patients in Thailand are those who have cancer (55.56%)⁽³⁾.

Family caregivers of palliative patients play an active role as an intermediate between palliative patients and other health professionals⁽⁴⁾ and take part in increasing the quality of life when palliative patients are discharged from the hospital and go back home⁽⁵⁾. Family caregivers or “informal caregivers” are described as individuals who care for their family member of origin who living with limitations and could be the congregation, neighbors, close friends, or those who has a significant personal relationship with patient⁽⁶⁾. Taking the role of family caregiver tends to be time-consuming and energy-consuming⁽⁷⁾ and caring for a patient with palliative care becomes a challenge for some caregivers in various aspects; physical, emotional, psychological, and social well-being^(8,9), especially for those who have no caregiver experience before.

Self-concept refers to how someone thinks about, evaluates, or perceives themselves⁽¹⁰⁾. Evidence from quantitative and qualitative studies support the idea that self-concept is relevant to the psychological well-being of individuals and has an association with the quality of care that family caregivers provide to palliative patients^(11,12), and the self-concept also illustrates family caregivers' adaptation in various aspects⁽¹³⁾.

Although many studies have shown that self-concept is related to adaptation and contributes to the quality of care and quality of life of family caregivers, there are lack of systematic reviews on the self-concept of family caregivers of palliative patients. It is important to understand caregivers' perspectives on self-concept and explore what shapes the self-concept of caregivers of dying relatives under hospice care at home and what contributes to it. Therefore, this scoping review aims to systematically identify characteristics of all relevant individual studies relating to the self-concept of palliative care family caregivers.

Objective

The purpose of this scoping review is to systematically identify characteristics of all relevant individual studies and factors relating to the self-concept of palliative care family caregivers and the review question of this study is “What are the characteristics of the self-concept of palliative care family caregivers?”.

Method

The Jonna Briggs Institute (JBI) scoping review protocol was applied for the methodological aspects of this study.

Eligibility Criteria

PCC” is a mnemonic used to guide the review question of scoping review type.

Participants (P): The inclusion criteria of participants are articles focusing on family caregivers or informal caregivers such as spouses, children, family members, or relatives of palliative patients. The articles which focus on formal caregivers or caregivers who are paid for care will be excluded.

Concept (C): The core concept of this study is self-esteem. According to the concept analysis of self-esteem, the attributes are self-value, self-acceptance, self-efficacy, and self-respect. Therefore, inclusion criteria regarding concept are articles related to the attributes of self-concept mentioned above. Although articles consist of one attribute of self-esteem, they are eligible to be included in this scoping review.

Context (C): The context of included articles focusses on palliative care or hospice care.

Study Types & Search Strategy:

The study types that were included in this scoping review were descriptive quantitative studies qualitative studies, and reviews published in English between 2010 and 2023. PubMed, Embase, and Google Scholar were used to find the papers. The kinds of studies included were descriptive quantitative studies, qualitative studies, and reviews. Systematic Reviews were not included in this study. A three-step search strategy recommended by JBI is utilized for the search strategy in this study.

Study Selection & Data Extraction

All identified citations from data-based and Google Scholar were collated and uploaded into EndNote X9 then duplicate articles were removed. The titles and abstracts of identified articles were screened by two independent reviewers for assessment against the inclusion criteria for the review. The full texts of selected citations were assessed in detail against the inclusion

criteria by two independent reviewers. If a consensus was not reached at any stage of the selection procedure, a third reviewer was necessary to determine the choice. However, a third reviewer was not required because two reviewers reached agreement.

Data Synthesis

The extracted data were presented in a table with accompanying narrative, describing how the results relate to the review objectives and research question. The data were discussed in terms of aim, study design, underpin theory, and main finding relevant to self-concept of family caregivers.

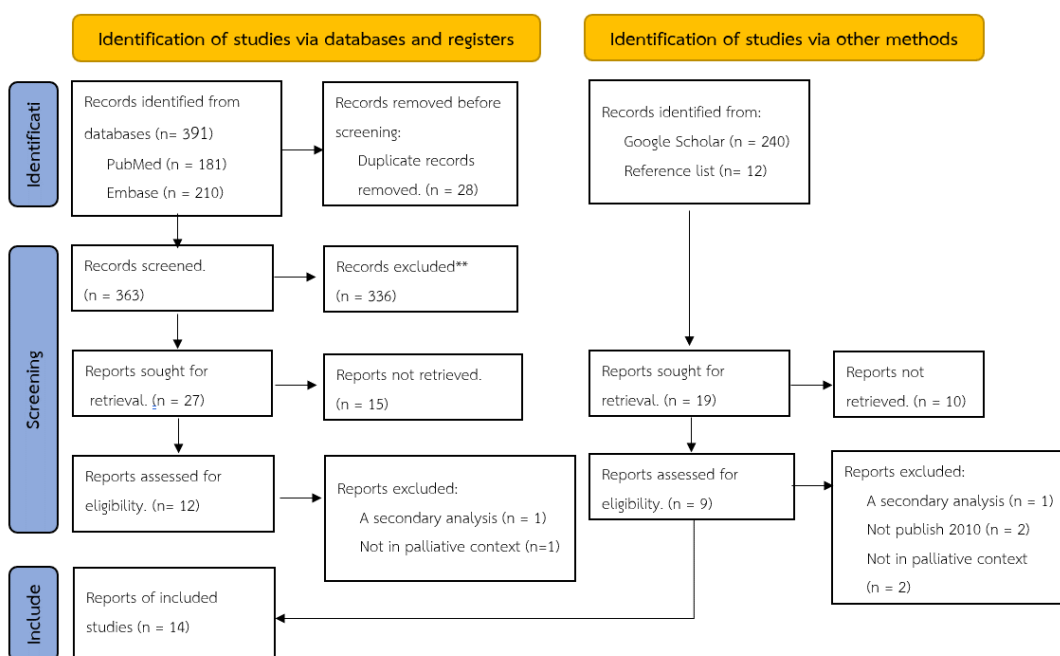


Figure 1 PRISMA Flow Diagram

Results

1. Study characteristics: A total of 643 references were identified, of which 28 duplicate records were removed and 594 were excluded by screening the title and abstract. Of the remaining 21 references, the full text was sought and 14 were retained. Characteristics of all included studies in this review were shown in Table 1.

2. Participant characteristics: Of the included articles, sample sizes ranged from 10 to 284, with the total sample of family caregivers in the studies being 1,530. The caregiver's age

ranged from 20 to 90 years old. As expected, there were more females (992; 64.84%) than males (528; 34.51%). Ten participants (0.65%) cannot indicate gender. There were fewer spousal/partner kinships (41.76%) than intergenerational kinships (56.67%) and there was no information about the relationship with palliative patients of 24 participants (1.57%).

3. Study measures: Of the 12 quantitative studies included in this review, there were several different self-concept measures adopted. Most studies measure self-efficacy ($n=11$) and one study measured self-esteem. The number of items ranges from 1-27 items. The most popular measure of domain-specific self-efficacy was the Revised Scale for Caregiving Self-efficacy scale ($n=2$)^(14,15) and the Caregivers' General Perceived Self-Efficacy Scale (GSE) ($n=2$)^(16,17). Seven research assessed task-specific aspects of self-efficacy^(11-15,17-19). Self-efficacy-obtaining respite (SE-OR) (measures caregivers' confidence to ask for assistance), self-efficacy-managing patients' disturbing behaviors (SE-DB) (caregivers' confidence to respond to the patient's behaviors effectively), and self-efficacy-controlling upsetting thoughts (SE-CU) (confidence of caregiver to get rid of the negative thinking associated with caregiving) are the task-specific domains most measured in studies^(14,15,17).

4. Relationships within and between studies: The findings also show that there are numerous elements that influence self-efficacy.

4.1 Self-efficacy and caregiver burden

Six of twelve quantitative studies investigated the relationship between self-efficacy and caregiver burden, and the findings support the notion that family caregiver self-efficacy has a negative significant connection with caregiver burden. However, only one of these six studies assessed specific self-efficacy in pain management.

4.2 Self-efficacy and caregiver anxiety

Four of twelve quantitative studies examined the correlation between self-efficacy and caregiver anxiety and the results of them are similar, self-efficacy of family caregivers has a negative significant correlation with caregiver anxiety.

4.3 Self-efficacy and caregiver depression

Three studies examined the correlation between self-efficacy and caregiver depression and the results of them are similar, self-efficacy of family caregivers has a negative significant correlation with caregiver depression.

Table 1 Studies included in this review

Authors (year)/ Country	Objectives	Population and Sample Size	Design/Analysis	Measurements Related Self-concept	Results/Conclusion
1. Leung et al. (2020) Hong Kong	To test the associations of two sources of social support (family and friends) and the mediating role of caregiving self-efficacy on caregiver burden and patient's quality of life	223 family caregivers Female=79 Male=144 Spouse=83 Others=140	A cross-sectional study/Structural equation modeling or Path Analysis	Chinese version of the Caregiving self-efficacy (C-CGI-18) (18 items) Cronbach's alpha range 0.85–0.90	Family support had a significant negative indirect effect on caregiver burden and a significant positive indirect effect on patient quality of life, whereas friend support had a significant positive direct effect on caregiver burden but a minimal effect on patient quality of life ⁽¹³⁾
2. Kizza & Mulira (2020) Uganda	To explore determinants of QoL among FCGs of adult cancer patients	284 family caregivers of adult cancer patients Female=208 Male=76 Spouse=57 Others=227	A cross-sectional study/Binary logistic regression	The modified Chronic Pain Self-Efficacy Scale (22 items) Cronbach's alpha 0.94	FCGs' knowledge and self-efficacy for cancer pain management were the most important drivers of overall QoL ⁽²⁰⁾
3. Duggleby et al. (2014) Canada	To determine factors influencing the hope of rural women caring for persons with advanced cancer, by examining relationship of hope with demographic variables, self-efficacy, guilt, and caregiver physical and mental health.	122 carers of persons with advanced cancer Female=122 Male=0 Spouse=80 Others=42	A cross-sectional/ Generalized linear modeling (GLM)	General Self-Efficacy Scale (GSES) (10 items) Reliability $r=0.76$ 0.90 and criterion related reliability $r=0.80$, $p<0.05$ ¹⁹ Cronbach's alpha $r=0.88$	Participants with greater hope ratings had better mental health, reduced perceptions of loss and grief, and stronger self-efficacy (confidence in one's ability to deal with tough situations) ⁽¹¹⁾

Table 1 (cont.) Studies included in this review

Authors (year)/ Country	Objectives	Population and Sample Size	Design/Analysis	Measurements Related Self-concept	Results/Conclusion
4. Mroz et al. (2018) United States	To investigate whether caregiver self-esteem moderates the association between relationship satisfaction and patient health outcomes	24 caregivers & 24 patients in a hospice home care program Female= 21 Male= 3 Spouse= NA Others= NA	A longitudinal study/ Multiple regression design	Single-Item Self-Esteem (SISE) Scale: "I have high self-esteem." Cronbach's alpha r=NA	Patient relationship satisfaction reduced significantly when the patient's physical health declined in patients with low self-esteem carers, but patient relationship satisfaction increased modestly in patients with high self-esteem caregivers ⁽²¹⁾
5. Mystakidou et al. (2013) Greek	1) to determine correlation between anxiety levels, self-efficacy and socio-demographic characteristics of caregivers of advanced cancer patients 2) to evaluate the effect of the various socio-demographic characteristics of caregivers and their self-efficacy on their state and trait anxiety	107 family caregivers of patients with advanced cancer Female=69 Male=38 Spouse=31 Others=76	A cross sectional, correlational design. /A multiple regression	The Caregivers' General Perceived Self-Efficacy Scale (GSE) (10 items) Cronbach's alpha of the Greek version=0.927	Self-efficacy is the most powerful predictor of trait anxiety (p=0.0005). Carers with poor self-efficacy are more likely to have greater anxiety levels than caregivers with high self-efficacy ⁽¹⁶⁾
6. Durmaz & Okanli (2014) Turkey	To determine the burden of care and the effect of self-efficacy on the burden of care	62 schizophrenia and their family caregivers Female=28 Male=34 Spouse=0 Others=62	A cross-sectional/ Pearson's correlation	The Self-efficacy Scale (17 items) Cronbach's alpha of the Turkish version=0.84 Reliability= 0.92	The burden of care decreases with the increasing level of self-efficacy in caregiver family members ⁽²²⁾

Table 1 (cont.) Studies included in this review

Authors (year)/ Country	Objectives	Population and Sample Size	Design/Analysis	Measurements Related Self-concept	Results/Conclusion
7. Cheng et al. (2013) Hong Kong	To test the effects of different self-efficacy beliefs on caregiver appraisals and depressive symptoms	99 family caregivers of Alzheimer patients Female=70 Male=29 Spouse=36 Others=63	A cross-sectional/ multiple regression	9 items from 15-item Revised Scale for Caring Self-Efficacy Cronbach's alpha range 0.75-0.92	When presented with more behavioral difficulties, family caregivers who had stronger self-efficacy in controlling upsetting thoughts experienced more positive gains and less strain. Self-efficacy in seeking respite had direct effects on burden and sadness, while self-efficacy in responding to disruptive behaviors had direct effects on positive gains but no moderating effects ⁽¹⁴⁾
8. Zhang et al. (2014) China	To compare the level of HRQoL between caregivers and the general population and to assess the role of caregiver self-efficacy in the relationship between social support and Health related Quality of Life (HRQoL)	205 family caregivers of dementia patients Female=123 Male=82 Spouse=137 Others=68	A cross-sectional/ multiple regression	The Self-Efficacy Questionnaire for Chinese Family Caregivers (SEQCFC) (27 items) Cronbach's alpha $r=$ 0.80	When matched for age and gender, caregivers' HRQoL was lower than that of the general population. Caregiver self-efficacy is a partial mediator between social support and HRQoL, as well as a partial mediator between BPSD and caregiver mental health ⁽¹²⁾
9. Yang et al. (2019) China	To test that caregiver self efficacy and social support were two chaining mediator variables on the paths for patient factors affecting caregiver burden,	112 family caregivers of PD patients Female=66 Male=46 Spouse=60 Others=52	A cross-sectional/ Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM)	The Generalized Self- Efficacy Scale (GSE) (15 items): Cronbach's alpha SE OR=0.89,	Caregiver self-efficacy was found to be a partial mediator of the effects of patient motor function on caregiver burden, anxiety, and sadness. Social support for carers was found to be a partial mediator

Table 1 (cont.) Studies included in this review

Authors (year)/ Country	Objectives	Population and Sample Size	Design/Analysis	Measurements Related Self-concept	Results/Conclusion
	caregiver anxiety, and depression			SE-DB=0.91 and SE CU=0.90.	of the effects of patient motor function on caregiver self-efficacy. Two chaining mediator factors on the pathway for patient motor function impacts on caregiver load and caregiver depression were caregiver social support and self-efficacy ⁽¹⁷⁾
10. Liu & Huang (2018) Taiwan	To explore caregiving self- efficacy as a mediator for the association between family functioning and caregiving appraisal of dementia family caregivers in Taiwan	115 family caregivers of people with dementia Female=76 Male=39 Spouse=30 Others=85	a cross-sectional correlational design/ Pearson's correlation, and Spearman correlation	The Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy (RS-CSE) (15 items): Cronbach's alpha SE OR=0.94, SE DB=0.96 and SE CU=0.96	The caregiver burden was substantially associated with family functioning, patients' activities of daily living score, Neuropsychiatric Inventory caregiver distress, and three dimensions of self-efficacy ⁽¹⁵⁾
11.Ugalde et al. (2014) Australia	To describe the prevalence of anxiety and distress in a sample of caregivers of people with advanced cancer and explore the relationship with self efficacy	94 family caregivers of people with advanced cancer Female=76 Male=18 Spouse=70 Others=24	a cross-sectional / Pearson's r correlation	Caregiver Self Efficacy Scale (CaSES) (21-items) Reliability=0.73–0.85 and Cronbach's alpha = 0.81 to 0.94	Caregivers had high anxiety and distress. Females had more distress and state anxiety than males. Only one self-efficacy scale, self-maintenance, correlated with distress. All STAI scores correlated with self-efficacy and self-maintenance had the strongest relationship. Caregivers with higher anxiety reported lower self-efficacy ⁽¹⁸⁾

Table 1 (cont.) Studies included in this review.

Authors (year)/ Country	Objectives	Population and Sample Size	Design/Analysis	Measurements Related Self-concept	Results/Conclusion
12. Semiatiin & O'Connor (2012) United States	To investigate the extent to which caregiver self-efficacy is related to positive aspects of caring among Alzheimer's disease caregivers.	57 family members caring for a loved one with Alzheimer's disease. Female=43 Male=14 Spouse=39 Others=18	a cross-sectional correlational design/ Pearson's correlations and multiple regression analysis	The RIS Eldercare Self Efficacy scale (RIS) (10-items) Cronbach's alpha=0.89	Self-efficacy accounted for a significant percentage of the variance in positive aspects of caregiving after controlling for other factors commonly associated with positive aspects of caregiving including caregiver demographics, care recipient neuropsychiatric symptoms, and caregiver depression ⁽¹⁹⁾
13.Soroka et al. (2018) United States	To elicit the views, feelings, and experiences of primary caregivers who provide unpaid care to dying family members in the home setting	16 family caregivers of palliative patients Female=11 Male=5 Spouse=10 Others=6	A cross-sectional, semi-structured, in- depth interviews with a narrative analysis	—	Caregivers' confidence is shaped by the terminal illness of the person for whom they care and caregivers' values and relationships. It is also influenced by their needs and the sources and strength of support they receive ⁽²³⁾
14. Carlander et al. (2011) Sweden	To explore situations in daily life that challenge caregivers' self image when caring for a dying family member at home	10 family caregivers who cared for a dying family member at home. Female=NA Male=NA Spouse=6 Others=4	Qualitative study. Interviews with interpretive description analysis	—	Caregivers' daily life in caring for a dying family member at home were characterized by three patterns: challenged ideals, stretched limits, and interdependence. Situations that questioned the caregivers' self-image were associated with 'forbidden thoughts,' closeness, and shrinking personal space ⁽²⁴⁾

4.4 Self-efficacy and caregiver's quality of life

Three of twelve quantitative studies examined the correlation between self-efficacy and caregiver quality of life and the results of them are similar, self-efficacy of family caregivers has a positive significant correlation with the quality of life.

4.5 Self-efficacy and family & social support

Two of twelve quantitative studies examined the correlation between self-efficacy and family support and the results of them are similar, family support has a positive impact on the self-efficacy of family caregivers. One of the two studies also indicates that family support had a significant positive indirect effect on patient's quality of life through caregiving self-efficacy.

Regarding social support, 2 of 12 quantitative studies examined the correlation between self-efficacy and social support, and the results of them are similar, social support has a positive impact on the self-efficacy of family caregivers and add more than self-efficacy was a partial mediator between social support and quality of life of family caregivers.

One of the two included qualitative studies also suggests that carers' self-efficacy is influenced by the level of assistance they receive.

There was just one study that revealed a correlation between self-esteem and relationship satisfaction and one qualitative study that showed self-image related to "forbidden thoughts," which was pertinent to the sub-domain of self-efficacy. Table 2 summarizes the data on the relationship between self-efficacy and other components.

Table 2 Summary of studies that examined correlations with self-efficacy

Correlates	Relationship with Self-efficacy*	
	Negative (—)	Positive (+)
Caregiver burden	1, 2, 6, 7, 9, 10	
Anxiety	6, 8, 9, 11	
Depression	7, 8, 9	
Quality of life		3, 8
Social Support		8, 9
Family Support		1, 2
Self-esteem		10
Positive aspect of caring		12

*Numbers in table indicate article shown in Table 1

Discussion

The primary finding of this scoping study highlights that self-efficacy is the main component that influences and affects the caregiver's quality of life among family carers of palliative care patients. According to the findings of this scoping review, self-efficacy has a considerable negative direct effect on caregiver burden and mental health issues such as depression and anxiety, which will ultimately contribute to caregiver quality of life. Aside from that, self-efficacy has a substantial positive effect on the quality of life of caregivers. Furthermore, family and social support contribute to the self-efficacy of palliative patient carers.

The result of this study also shows a similar direction to Roy Adaptation Model (RAM). The RAM mentioned that ineffective response in four adaptive modes contributes to the quality of life. The self-concept of family caregivers, one mode under the RAM, then effects their quality of life⁽¹⁰⁾. The result of this scoping review supports that self-efficacy, an element of self-concept, has a significant positive relationship with the quality of life of family caregivers of palliative patients. This means that for those family caregivers of palliative patients who have high self-efficacy, we can predict that they will have a higher level of quality of life, compared to those who have lower self-efficacy.

The result of this study shows that family support and social support have positive effects on self-efficacy which means that those family caregivers who have a high level of support of family or social, will have higher levels of self-efficacy as well. This result supports the Self-Concept Theory. Self-concept theory mentions that developing self-concept can be done in various ways: positive thoughts about yourself and others, improving the quality of interpersonal relationships, being proactive, maintaining the balance of life, and changing the way we communicate⁽²⁵⁾. Therefore, when creating interventions supporting adaptive responses in self-concept mode and quality of life in family caregivers of palliative patient groups, nurses should take these factors into account especially in terms of family and social support since these two factors have a significantly positive effect on self-efficacy and self-concept.

Limitation and future direction

There are limitations in the characteristics charting regarding the education level of family caregivers because some primary studies did not provide this information. The differences in study statistics used also lead to limitations to synthesis in statistics, so we cannot extend the result to meta-analysis. A greater number of primary research are required to be able to conclude the correlations between self-esteem and relationship satisfaction, as well as to support a

correlation with the positive aspect of caring, therefore, if there is more primary research related to these, the systematic review should be conducted again to support the finding.

Conclusion

This scoping review systematically identifies characteristics of all relevant individual studies relating to the self-concept of palliative care family caregivers. 14 studies were included and revealed that when measuring related to self-concept among family caregivers of palliative patients, self-efficacy is the major concern, besides self-value, self-acceptance, and self-respect. In addition, there are many factors that have correlated to self-efficacy, as well as the contribution of self-efficacy to the mental health of caregivers and caregivers and patients' quality of life. The review highlights the status of self-concept research in family caregivers in a palliative context and the methodological challenges concerning measurement in this area. This review might have clinical implications for intervention in supporting quality of life of both palliative patients and their caregivers.

References

1. World Health Organizaton. Palliative care 2020 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
2. GetPalliativeCare. What Is Palliative Care? 2022 [Available from: <https://getpalliativecare.org/whatis/>.
3. Department of Medical Service. Guidebook for palliative and hospice care (for healthcare professionals). Department of medical service: Ministry of Public Health; 2020.
4. Hagedoorn EI, Paans W, Jaarsma T, Keers JC, van der Schans C, Luttik ML. Aspects of family caregiving as addressed in planned discussions between nurses, patients with chronic diseases and family caregivers: a qualitative content analysis. BMC Nurs. 2017;16:37.
5. Kanchanachari O, Sirapo-ngam Y, Monkong S. Roles and needs of caregivers for patients with end of lifein a specific setting for palliative care. Ramathibodi Nursing 2017;23(3):323-43.
6. American Psychological Association. What Do Family Caregivers Do? 2022 [Available from: <https://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/faq/family>.
7. Adashek JJ, Subbiah IM. Caring for the caregiver: a systematic review characterising the experience of caregivers of older adults with advanced cancers. ESMO Open. 2020;5(5):e000862.

8. Williams AL, McCorkle R. Cancer family caregivers during the palliative, hospice, and bereavement phases: a review of the descriptive psychosocial literature. *Palliat Support Care*. 2011;9(3):315-25.
9. Keramatikerman M. A Systematic Review on Challenges Faced by Family Caregivers of Cancer Patients. *Open Access Journal of Biomedical Science*. 2020;2(4).
- 10.10. Roy C, Andrews H. *The Roy Adaptation Model 2*, editor. Stamford: Connecticut: Appleton&Lange; 1999.
11. Duggleby WD, Williams A, Holstlander L, Thomas R, Cooper D, Hallstrom LK, et al. Hope of rural women caregivers of persons with advanced cancer: guilt, self-efficacy and mental health. *Rural Remote Health*. 2014;14:2561.
12. Zhang S, Edwards H, Yates P, Li C, Guo Q. Self-efficacy partially mediates between social support and health-related quality of life in family caregivers for dementia patients in Shanghai. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2014;37(1-2):34-44.
13. Leung DYP, Chan HYL, Chiu PKC, Lo RSK, Lee LLY. Source of Social Support and Caregiving Self-Efficacy on Caregiver Burden and Patient's Quality of Life: A Path Analysis on Patients with Palliative Care Needs and Their Caregivers. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(15).
14. Cheng ST, Lam LC, Kwok T, Ng NS, Fung AW. Self-efficacy is associated with less burden and more gains from behavioral problems of Alzheimer's disease in Hong Kong Chinese caregivers. *Gerontologist*. 2013;53(1):71-80.
- 15.15. Liu HY, Huang LH. The relationship between family functioning and caregiving appraisal of dementia family caregivers: caregiving self-efficacy as a mediator. *Aging Ment Health*. 2018;22(4):558-67.
16. Mystakidou K, Parpa E, Panagiotou I, Tsilika E, Galanos A, Gouliamos A. Caregivers' anxiety and self-efficacy in palliative care. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2013;22(2):188-95.
17. Yang Z, Tian Y, Fan Y, Liu L, Luo Y, Zhou L, et al. The mediating roles of caregiver social support and self-efficacy on caregiver burden in Parkinson's disease. *J Affect Disord*. 2019;256:302-8.
18. Ugalde A, Krishnasamy M, Schofield P. The relationship between self-efficacy and anxiety and general distress in caregivers of people with advanced cancer. *J Palliat Med*. 2014;17(8):939-41.
19. Semiatin AM, O'Connor MK. The relationship between self-efficacy and positive aspects of caregiving in Alzheimer's disease caregivers. *Aging Ment Health*. 2012;16(6):683-8.

20. Kizza IB, Muliira JK. Determinants of quality of life among family caregivers of adult cancer patients in a resource-limited setting. *Supportive Care in Cancer*. 2020;28(3):1295-304.
21. Mroz EL, Poulin MJ, Grant PC, Depner RM, Breier J, Byrwa DJ, et al. Caregiver Self-Esteem as a Predictor of Patient Relationship Satisfaction: A Longitudinal Study. *J Palliat Med*. 2018;21(3):376-9.
22. Durmaz H, Okanlı A. Investigation of the effect of self-efficacy levels of caregiver family members of the individuals with schizophrenia on burden of care. *Arch Psychiatr Nurs*. 2014;28(4):290-4.
23. 23. Soroka JT, Froggatt K, Morris S. Family Caregivers' Confidence Caring for Relatives in Hospice Care at Home: An Exploratory Qualitative Study. *Am J Hosp Palliat Care*. 2018;35(12):1540-6.
24. Carlander I, Sahlberg-Blom E, Hellström I, Ternstedt BM. The modified self: family caregivers' experiences of caring for a dying family member at home. *J Clin Nurs*. 2011;20(7-8):1097-105.
25. Markus H, Wurf E. The Dynamic Self-Concept: A Social Psychological Perspective. *Annual Review of Psychology*. 1987;38(1):299-337.

บทความวิชาการ

ความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุ: การพยาบาลโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ธัญวาทิ โกวศลย์ดิลก*, พรรณงาม วรรณพฤกษ์**^a, พิสมัย เจริญวัย*, พัทธรา กะทุ่งกาง***

บทคัดย่อ

ความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุเป็นภาวะที่ผู้สูงอายุรับรู้ความมั่นใจในการทรงตัวและการเคลื่อนไหวของตนเองในระดับต่ำ ทำให้เกิดความไม่มั่นใจในการทำกิจกรรม เป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมเนื่องจากกลัวการหกล้มซ้ำ บางรายที่มีความกลัวการหกล้มมากเกินไปจะก่อให้เกิดการแยกตัวจากสังคม หลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการหกล้มซ้ำเป็นวงจร และสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหลังการหกล้มตามมา พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินความกลัวการหกล้ม และลดความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันผลกระทบจากความกลัวการหกล้ม บทความนี้ ผู้เขียนมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอปัญหาความรุนแรงของความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุ และนำเสนอการพยาบาลเพื่อป้องกันวงจรการหกล้มจากความกลัวการหกล้ม โดยนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้เพื่อลดความกลัวการหกล้ม และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุในการป้องกันการหกล้ม

คำสำคัญ: ความกลัวการหกล้ม; ผู้สูงอายุ; แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย

^a Corresponding author: พรรณงาม วรรณพฤกษ์ Email: panngam2772@gmail.com

รับบทความ: 1 พ.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 27 มิ.ย. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 28 มิ.ย. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 12 ก.ค. 66

Review Article

Fear of Falling in Older Adults: Nursing Care with Health Belief Model's Approach

Tanyawadee Kosundilok*, Panngam Wannapruerk**^a,
Pisamai Charoenvai*, Patchara Katungkang***

Abstract

Fear of falling in older adults is defined as a low self-confidence of balance and movement which can lead to a lack of confidence to do activities. It is a common geriatric syndrome that make anxiety and avoids doing activities because of fear. Excessive fear of falling in older adults can lead to isolation, decrease relationships between each other and further lead to depression. Moreover, the fear of falling in older adults can lead to falling and loss of medical expenses after a subsequent fall. Nurses have a crucial role in assessing and reducing fear to prevent the effects of fear of falling. In this article, the author aims to present the seriously fear of falling problem and invite nursing care to prevent falling in older adults which effect of fear by approach on health belief model to reduce fear and promote older adults to change their behaviors to prevent falling.

Keywords: Fear of falling; Older adults; Health Belief Model

* Instructor, Faculty of Nursing, Ratchathani University

** Instructor, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University

*** Instructor, Faculty of Nursing, College of Asian Scholars

^a Corresponding author: Tanyawadee Kosundilok Email: tanyawadee_k@hotmail.com

Received: May 31, 23; Revised: Jun. 27, 23; Accepted: Jun. 28, 23; Published Online: Jul. 12, 23

บทนำ

การหกล้มเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข ในประเทศไทยพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 30 เกิดการหกล้มทุกปี และการหกล้มในผู้สูงอายุเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองรองจากการเกิดอุบัติเหตุทางท้องถนน⁽¹⁾ การหกล้มทำให้เกิดอันตรายต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยทำให้ผู้สูงอายุเกิดการบาดเจ็บร้อยละ 68.20 สูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมทุกพลภาพ ต้องพึ่งพิงผู้อื่น แยกตัวจากสังคม หรือเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ยังต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาภายหลังการหกล้มจากการซื้อยามาใช้เองและการไปรักษาในสถานพยาบาลต่างๆ⁽²⁾ และทำให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจที่สำคัญตามมาเป็นวงจร คือมีความกลัวการหกล้มซึ่งนำไปสู่การหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมต่างๆ เนื่องจากสูญเสียความมั่นใจในการทรงตัว และการเดิน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการหกล้มซ้ำได้⁽³⁾

ความกลัวการหกล้มเป็นภาวะที่ผู้สูงอายุรับรู้ความมั่นใจในการทรงตัวและการเคลื่อนไหวของตนเองในระดับต่ำ ทำให้เกิดความไม่มั่นใจในการทำกิจกรรม เป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) ความกลัวการหกล้มเกิดขึ้นได้ในผู้สูงอายุทั้งที่มีประสบการณ์การหกล้มด้วยตนเอง และในผู้สูงอายุที่ไม่เคยหกล้ม ที่พบเห็นหรือรับรู้ประสบการณ์ของผู้อื่น⁽⁴⁾ โดยผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การหกล้มจะมีความกลัวมากกว่าผู้ที่ไม่เคยหกล้ม⁽⁵⁾ จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุในชุมชนมีความกลัวการหกล้มร้อยละ 93.33 โดยมีความกลัวการหกล้มในระดับมากร้อยละ 60 และระดับปานกลางร้อยละ 33.33⁽⁶⁾ ในการศึกษาผู้สูงอายุที่เคยหกล้ม พบว่ามีความกลัวการหกล้มร้อยละ 72.20⁽⁷⁾ และมีความกลัวการหกล้มในระดับมากร้อยละ 60.80⁽⁸⁾ และผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้ม เกิดการหกล้มอย่างน้อย 1 ครั้งในปีถัดไป⁽⁹⁾

ความกลัวการหกล้มทำให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำกัดกิจกรรมของตนเอง หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เคยทำเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม⁽¹⁰⁾ ขาดความมั่นใจในการทำกิจกรรมตลอดจนสูญเสียความมั่นใจในการเดิน เนื่องจากกลัวการหกล้มซ้ำ จนทำให้สูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง แยกตัวจากสังคม เกิดความเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงของผู้สูงอายุ⁽¹¹⁾ จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้มจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางกายในด้านการเดินได้น้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีความกลัวการหกล้ม⁽¹²⁾ และความกลัวการหกล้มมีความสัมพันธ์กับการหกล้มซ้ำ⁽³⁾ และมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตที่มากกว่า⁽¹³⁾

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินความกลัวการหกล้ม และลดความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันผลกระทบจากความกลัวการหกล้ม บทความนี้ผู้เขียนมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอปัญหาความรุนแรงของความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุ และนำเสนอการพยาบาลเพื่อป้องกันวงจรการหกล้มจากความกลัวการหกล้ม โดยนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้เพื่อลดความกลัวการหกล้ม และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุในการป้องกันการหกล้มได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อุบัติการณ์ความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุ

ความกลัวการหกล้มเป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การหกล้มและไม่เคยมีประสบการณ์การหกล้มมาก่อน⁽¹⁴⁾ การศึกษาในประเทศไทยพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนชนเมืองเชียงใหม่มีความกลัวการหกล้มร้อยละ 76.10 และมีประสบการณ์การหกล้มอย่างน้อย 1 ครั้งในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 32.60 โดยมีผู้สูงอายุได้รับบาดเจ็บจากการหกล้มมากถึงร้อยละ 67.40⁽¹⁵⁾ การศึกษาในชุมชนจังหวัดชลบุรีพบว่าผู้สูงอายุมีความกลัวการหกล้มร้อยละ 93.33 โดยมีความกลัวการหกล้มในระดับมาก ร้อยละ 60 เนื่องจากสภาพความเสื่อมถอยของร่างกายทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวและการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นช้าลง และสูญเสียความมั่นใจในความสามารถของตนเอง⁽⁶⁾ การศึกษาในชุมชนจังหวัดอุบลราชธานีพบว่าผู้สูงอายุมีความกลัวการหกล้มสูงถึงร้อยละ 93.10⁽¹⁶⁾ และมีการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีความกลัวการหกล้ม ร้อยละ 84.10⁽¹⁷⁾

ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ

ความกลัวการหกล้มเป็นผลกระทบด้านจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่มั่นใจในการทำกิจกรรม เกิดได้จากหลายปัจจัยเสี่ยง ดังนี้

1. **ลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ** ได้แก่ อายุ เพศ และการอาศัยอยู่ลำพัง เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น จะมีการเปลี่ยนแปลงและมีความเสื่อมตามวัย ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีความเสื่อม อีกทั้งยังมีการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุ จึงส่งผลทำให้ความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุลดลง ความกลัวการหกล้มพบมากขึ้นในผู้ที่อายุมากขึ้น^(11,18) อายุสามารถทำนายความกลัวการหกล้มได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁹⁾ และอายุมีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้ม^(20,21) โดยพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีความกลัวการหกล้มมากกว่าเพศชาย⁽¹¹⁾ ส่วนลักษณะการอยู่อาศัย พบว่าการอาศัยอยู่ลำพังมีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มจากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การหกล้มมากกว่า 1 ครั้ง อาศัยอยู่ตามลำพัง⁽²²⁾ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีอัตราการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคนอื่น 2-2.25 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีการหกล้มได้รับบาดเจ็บ และมีภาวะแทรกซ้อนจากการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้อื่นอาศัยอยู่ด้วย⁽²³⁾ และมีการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีความกลัวการหกล้ม ร้อยละ 84.10⁽¹⁷⁾ และการอาศัยอยู่ตามลำพังของผู้สูงอายุในชุมชนสามารถทำนายความกลัวการหกล้มได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽²⁴⁾

2. **ประสบการณ์การหกล้ม** ผู้สูงอายุที่มีประวัติหกล้มมาก่อนจะมีความมั่นใจในการทำกิจกรรมน้อย ทำให้กลัวการหกล้มซ้ำ^(11,16) และประสบการณ์การหกล้มมีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง⁽¹⁷⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนครั้งของการหกล้มมีผลต่อระดับความกลัวการหกล้มที่แตกต่างกันในผู้สูงอายุอีกด้วย จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีประวัติการหกล้มมากกว่า 1 ครั้ง มีความกลัวการหกล้มมากกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติการหกล้มเพียง 1 ครั้ง และผู้ที่มีประวัติการหกล้ม 1 ครั้ง มีความกลัวการหกล้มมากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์การหกล้มมาก่อน⁽²²⁾

3. สุขภาพทางกาย ได้แก่ โรคประจำตัว หรือภาวะสุขภาพ และความสามารถในการทรงตัว

โรคประจำตัว ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพไม่ดีจะมีความกลัวการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี⁽¹¹⁾ โดยผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมักจะมี ความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่างๆ น้อย ทำให้เกิดความกลัวการหกล้มมากขึ้น⁽¹⁶⁾ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีความกลัวการหกล้มในระดับมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะปลายประสาทเสื่อมร่วมด้วย ทำให้ประสบกับความรู้สึกที่เท้าผิดปกติ มีอาการชา และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและข้อเท้าลดลง ความสามารถในการเดินลดลง ทำให้เกิดความกลัวการหกล้มเพิ่มขึ้น นำไปสู่ความเสี่ยงต่อการหกล้มที่เพิ่มขึ้นด้วย⁽²⁵⁾ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความกลัวการหกล้มเนื่องจากมีปัญหาด้านการทรงตัวไม่ดีและการเคลื่อนไหวลำบาก มีความผิดปกติของระบบประสาทสั่งการ ทำให้มีอาการกล้ามเนื้อเกร็งและอ่อนแรง⁽²⁶⁾

ความสามารถในการทรงตัว ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการทรงตัวไม่ดี มีความลำบากในการเคลื่อนไหวร่างกาย จะมีความมั่นใจในการทำกิจกรรมน้อย ทำให้มีความกลัวต่อการหกล้มมาก^(16,17,27) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ผู้สูงอายุมีความกลัวการหกล้มเนื่องจากมีปัญหาด้านการทรงตัวไม่ดีและการเคลื่อนไหวลำบาก มีความผิดปกติของระบบประสาทสั่งการ ทำให้มีอาการกล้ามเนื้อเกร็งและอ่อนแรง⁽²⁶⁾ และการศึกษาในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะปลายประสาทเสื่อมร่วมด้วย มีความกลัวการหกล้มมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีภาวะโรคเบาหวานเนื่องจากความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความสามารถในการเดินลดลง⁽²⁵⁾

4. ภาวะสุขภาพจิต และสติปัญญาการรับรู้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการรู้คิดบกพร่อง ความเร็วในการเดินช้าลง การทรงตัวไม่ดี การตอบสนองช้าลง และขาดความแข็งแรง มีการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสติปัญญาการรับรู้บกพร่องมักจะมี ความกลัวการหกล้ม⁽¹¹⁾ จากการศึกษาการวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุ⁽²⁸⁾ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาเป็นจำนวนมากที่ระบุไว้อย่างชัดเจนว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเป็นภาวะด้านจิตใจที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้ม และความกลัวการหกล้ม^(11,20,21) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำกิจกรรมต่ำ ทำให้เกิดความกลัวการหกล้ม⁽²⁶⁾ และการศึกษาในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามาก มีความกลัวการหกล้มมาก⁽²⁷⁾ นอกจากนี้มีการศึกษาที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁹⁾

ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีความกลัวการหกล้ม และนำไปสู่ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความถดถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมและเศรษฐกิจตามมา

ผลกระทบของความกลัวการหกล้ม

ความกลัวการหกล้มพบได้ในผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การหกล้มและไม่เคยมีประสบการณ์การหกล้มมาก่อน โดยความกลัวการหกล้มในระดับต่ำทำให้ผู้สูงอายุมีความระมัดระวังในการปฏิบัติกิจกรรม ในขณะที่ความกลัวการหกล้มในระดับมากเกินไปจะทำให้เกิดผลกระทบด้านลบต่อผู้สูงอายุในหลายด้าน⁽¹⁴⁾ ดังนี้

1. ผลกระทบด้านสุขภาพกาย

1.1 การหกล้ม มีการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้ม เกิดการหกล้มอย่างน้อย 1 ครั้งในปีถัดไป⁽⁹⁾ ซึ่งการหกล้มทำให้ผู้สูงอายุได้รับบาดเจ็บถึงร้อยละ 67.40⁽¹⁵⁾

1.2 การจำกัดกิจกรรม ผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้มจะมีความสามารถในการเดินด้วยความเร็วปกติและความเร็วสูงสุดน้อยกว่าผู้ที่ไม่กลัวการหกล้ม⁽¹²⁾ มีพฤติกรรมการจำกัดกิจกรรมที่เคยทำเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการหกล้ม โดยพบว่ากิจกรรมที่ผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้มมักจะหลีกเลี่ยง ได้แก่ กิจกรรมที่มีความยุ่งยากหรือซับซ้อน เช่น การเดินขึ้นลงทางลาด การเดินบนพื้นไม่เรียบ และพื้นที่ลื่น และกิจกรรมทางสังคม ได้แก่ การไปในสถานที่แออัด การไปพบญาติ การเข้าร่วมงานสังคมในชุมชน เนื่องจากเป็นสภาพแวดล้อมที่ผู้สูงอายุไม่คุ้นเคย ทำให้เกิดความไม่มั่นใจ⁽⁶⁾

1.3 ความพิการ ผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้ม ทั้งผู้ที่มีประสบการณ์การหกล้มและไม่มีประสบการณ์การหกล้มมาก่อนมีความเสี่ยงต่อการเกิดความพิการสูงกว่าผู้ที่ไม่มีความกลัวการหกล้ม⁽²⁹⁾

2. ผลกระทบด้านจิตใจ ภายหลังการหกล้ม ผู้สูงอายุจะเกิดความวิตกกังวล รู้สึกไม่มั่นใจ ไม่กล้าทำกิจกรรม เนื่องจากความกลัวการหกล้มซ้ำ บางรายที่มีความกลัวการหกล้มมากเกินไป จะทำให้เกิดการแยกตัว หลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น และไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา⁽³⁰⁾

3. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม ผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้มจะมีพฤติกรรมการแยกตัว ถดถอยจากสังคม และมีภาวะพึ่งพิง มีค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวภายหลังการหกล้มทั้งจากการซื้อยามาใช้เองและจากการรักษาในสถานพยาบาล⁽³¹⁾

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นทฤษฎีแบบที่ได้รับการพัฒนาโดยกลุ่มนักจิตวิทยาสังคมชาวสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ.1950 ได้แก่ Hochbum, Kegeles, Leventhal & Rosenstock โดยมีข้อสมมติฐานว่าบุคคลจะแสวงหาผลประโยชน์และปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ภายใต้อาณัติเฉพาะอย่างเท่านั้น บุคคลจะต้องมีความรู้ในระดับหนึ่ง และมีแรงจูงใจต่อสุขภาพ ที่จะต้องเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วย และจะต้องเชื่อว่าการรักษาเป็นวิธีที่จะสามารถควบคุมโรคได้ และเชื่อว่าค่าใช้จ่ายในการควบคุมโรคไม่สูงเกินไป เมื่อเทียบกับผลประโยชน์ที่จะได้รับ ซึ่งได้มีการนำแบบแผนความเชื่อนี้ไปใช้อย่างต่อเนื่อง เพื่อทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรค พฤติกรรมเสี่ยง พฤติกรรมการเจ็บป่วยและพฤติกรรมการรักษา เจื้อนไขทฤษฎีที่เป็นหลักการของรูปแบบนี้ มี 2 ประการด้วยกัน คือ⁽³²⁾

1. บุคคลมีความพร้อมในการที่จะกระทำพฤติกรรม (Readiness to take action) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับเจื้อนไขทางสุขภาพ และเจื้อนไขทางสุขภาพที่ถูกกำหนดโดยการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคนั้น (Perceptions of susceptibility and severity)⁽³²⁾

2. บุคคลจะประเมินผลประโยชน์ที่ได้รับ หรือผลเสียของการกระทำนั้นตามการรับรู้และให้น้ำหนักทกกลับกับอุปสรรค หรือค่าใช้จ่ายที่คาดการณ์⁽³²⁾

```

graph TD
    A[การรับรู้ของบุคคล] --> B[การรับรู้โอกาสเสี่ยง/  
ความรุนแรงของโรค]
    B --> C[การรับรู้การคุกคาม  
ของโรค]
    C --> D[การรับรู้ผลกระทบของโรค]
    E[ปัจจัยร่วม] --> B
    E --> C
    E --> D
    F[ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค] --> B
    F --> C
    F --> D
    
```

การรับรู้ของบุคคล

ปัจจัยร่วม

ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค

การรับรู้โอกาสเสี่ยง/
ความรุนแรงของโรค

การรับรู้การคุกคาม
ของโรค

การรับรู้ผลกระทบของโรค

อายุ, เพศ, เชื้อชาติ,
ลักษณะส่วนบุคคล,
สังคมและเศรษฐกิจ,
ความรู้

การรับรู้ประโยชน์
ที่จะได้รับ และการรับรู้
อุปสรรคในการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรม

ความเป็นไปได้ต่อการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ปัจจัยชักนำที่ก่อให้เกิด
การปฏิบัติ

- การศึกษา
- อาการ, ความเจ็บป่วย
- สื่อในการให้ความรู้

องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเอง ในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบากและการต้องใช้ ระยะเวลาในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบตอบบทบาททางสังคมของตน

3. การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ (Perceived benefits) หมายถึง การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา และการป้องกันโรค ข้อดีและข้อเสียในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรค หรือให้หายจากโรค
4. การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) หมายถึง ความรู้สึกต่ออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อป้องกันโรค อุปสรรคอาจรวมถึงเวลา ความไม่สะดวกสบาย ความอาย การเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัย และอาการแทรกซ้อน
5. ปัจจัยร่วม (Modifying factors) หรือสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) หมายถึง ปัจจัย ที่มีส่วนช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำ ในการรักษาโรค ปัจจัยร่วมประกอบด้วย ตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา เชื้อชาติของบุคคล ตัวแปรด้านโครงสร้าง เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค ตัวแปรด้านสังคมจิตวิทยา ได้แก่ บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม เป็นต้น
6. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) หมายถึง ถ้าบุคคลสามารถคาดหวัง หรือมีความเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันหรือลดความรุนแรงของโรค บุคคลนั้นจะเกิดความมั่นใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาใช้ในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพถูกนำมาใช้ในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุทั้งในชุมชน และในโรงพยาบาลในรูปแบบของการจัดโปรแกรม โดยมีแนวคิดที่ว่าผู้สูงอายุจะแสดงพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มที่ดี ขึ้นอยู่กับความเชื่อ การรับรู้ ความตระหนักถึงความเสี่ยงต่อการหกล้ม ผลกระทบของการหกล้ม และรับรู้ว่าการหกล้มสามารถป้องกันได้ เมื่อผู้สูงอายุรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการหกล้ม ผู้สูงอายุจะปรับเปลี่ยนความเชื่อและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันการหกล้ม ซึ่งความกลัวการหกล้มเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ และประสบการณ์การหกล้ม ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุเช่นกัน ดังนั้นการพยาบาลเพื่อลดความกลัวการหกล้ม จึงมีความสำคัญในการป้องกันการหกล้ม พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการปรับทัศนคติ ความเชื่อ ของผู้สูงอายุให้เกิดการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดความกลัวการหกล้ม ผลกระทบของความกลัวการหกล้ม ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมความมั่นใจในการลดความกลัวการหกล้ม และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุปรับ พฤติกรรมเพื่อป้องกันการหกล้มและลดความกลัวการหกล้มโดยการนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้

วิธีการประเมินแต่ละองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ในการประเมินแต่ละองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พยาบาลต้องเริ่มจากการศึกษา ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอยู่ และประเมินถึงความเชื่อในแต่ละด้านที่มี อยู่เดิม ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้ม ความรุนแรงของการหกล้ม ประโยชน์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม สิ่งชักนำให้ เกิดพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม และการรับรู้ศักยภาพของตนเองเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม เพื่อนำไปสู่การวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การพยาบาลเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

1. ส่งเสริมการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) โดยการประเมินความกลัวการหกล้ม และปัจจัยเสี่ยงต่อความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุเพื่อค้นหาสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อความกลัวการหกล้ม โดยการซักประวัติใช้คำถามว่า ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกกลัวการหกล้มหรือไม่ เพื่อความสะดวกและกระชับเวลาในการประเมิน⁽¹⁴⁾ และการประเมินโดยใช้เครื่องมือ เช่น แบบประเมินความกังวลหรือกลัวการหกล้มฉบับสั้น (Short Falls Efficacy Scale-International: Short FES-I) ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ เกี่ยวกับประเภทของกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความกังวลต่อการหกล้ม ฉบับแปลภาษาไทยโดยศศิพร อุ๋นใจชน ข้อคำถามมีระดับของคำตอบเบร็มาจาก 1-4 โดย 1 หมายถึง ไม่กังวลหรือไม่กลัว 2 หมายถึง กังวลหรือกลัวเล็กน้อย 3 หมายถึง กังวลหรือกลัวปานกลาง และ 4 หมายถึง กังวลหรือกลัวมาก⁽³¹⁾ พยาบาลสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลเพื่อลดความกลัวการหกล้ม

2. ประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) โดยการประเมินการรับรู้ผลกระทบของความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุ และอธิบายผลกระทบของความกลัวการหกล้มทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเศรษฐกิจ เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความรุนแรงของความกลัวการหกล้ม และเกิดความตระหนักถึงความสำคัญในการปฏิบัติตัวเพื่อลดความกลัวการหกล้ม

3. ส่งเสริมการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) และการรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ (Perceived benefits) โดยจัดกลุ่มผู้สูงอายุกระตุ้นให้ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์ความกลัวการหกล้ม ประสบการณ์การหกล้ม และประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดผลกระทบจากความกลัวการหกล้ม พยาบาลสรุปให้ผู้สูงอายุรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดการหกล้มในผู้สูงอายุแต่ละราย ส่งเสริมให้ปรับเปลี่ยนแนวคิดว่าการหกล้ม และความกลัวการหกล้มสามารถป้องกันได้

4. ส่งเสริมการรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) โดยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันความกลัวการหกล้ม เพื่อหาแนวทางจัดการกับอุปสรรคที่มีในแต่ละบุคคลได้อย่างเหมาะสม และประเมินปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่ผู้สูงอายุจะปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันความกลัวการหกล้ม เช่น อายุ เพศ การศึกษา ความรู้เกี่ยวกับความกลัวการหกล้ม ประสบการณ์การหกล้มและความกลัวการหกล้ม สถานภาพทางสังคม เป็นต้น

5. ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) ในผู้สูงอายุเพื่อให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และลดความกลัวการหกล้ม หากผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองก็จะเชื่อในความสามารถของตนเอง ทำให้ไม่กลัวการหกล้ม พยาบาลสามารถส่งเสริมโดยแนะนำการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความมั่นใจในการทรงตัวและเคลื่อนไหว ผู้สูงอายุจะรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการทำกิจกรรม นำไปสู่การลดลงของระดับความกลัวการหกล้ม รูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การรำมวยจีนไทชิหรือไทเก็ก การฝึกเคลื่อนไหวร่างกายตามตาราง 9 ช่อง การออกกำลังกายโดยใช้เก้าอี้พยาง เป็นต้น และการให้

ความรู้เกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ เช่น การจัดการปัญหาด้านสายตา ส่งเสริมการมองเห็นที่ชัดเจน การปรับสิ่งแวดล้อมในที่อยู่อาศัยเพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้มและลดความถี่ของการหกล้ม การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและการป้องกันผลข้างเคียงของยาที่มีผลทำให้เสี่ยงต่อการหกล้ม เป็นต้น

สรุป

ความถี่ของการหกล้มเป็นปัญหาที่สำคัญในผู้สูงอายุ ทำให้เกิดผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง พยาบาลจึงควรมีความเข้าใจเกี่ยวกับความถี่ของการหกล้ม สามารถประเมินความถี่ของการหกล้มในผู้สูงอายุเพื่อนำข้อมูลไปวางแผนการพยาบาลในการลดความถี่ของการหกล้มในผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรับรู้ความเสี่ยง ปรับความเชื่อในการรับรู้ว่ามีวิธีในการลดความถี่ของการหกล้มและการหกล้มสามารถป้องกันได้ รวมทั้งส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันผลกระทบจากความถี่ของการหกล้มและการหกล้มได้

เอกสารอ้างอิง

1. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ สาเหตุและการป้องกัน. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2566 พ.ศ. 4]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1037120200813042821.pdf>
2. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. ภาวะหกล้มในผู้สูงอายุไทย. 2552 [เข้าถึงเมื่อ 2566 พ.ศ. 4]. เข้าถึงได้จาก: http://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2021/01/book_3.pdf
3. de Souza AQ, Pegorari MS, Nascimento JS, de Oliveira PB, dos Santos Tavares DM. Incidence and predictive factors of falls in community-dwelling elderly: a longitudinal study. Cienc Saude Colet. 2019;24(9):3507-16.
4. กรรณิกา ตรีคำ, นัยนา พิพัฒน์วนิชชา, พรชัย จุลเมตต์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความถี่ของการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. งานประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยรังสิต ประจำปี 2562; 26 เมษายน 2562; มหาวิทยาลัยรังสิต. 2562: 54-66.
5. Gazibara T, Kurtagic I, Kistic-Tepavcevic D, Nurkovic S, Kovacevic N, Gazibara T, et al. Falls, risk factors and fear of falling among persons older than 65 years of age. Psychogeriatrics. 2017;17(4):215-23.
6. วลัยภรณ์ อารีรักษ์. ความถี่ของการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน. การประชุมนำเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษาระดับชาติ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี ครั้งที่ 10 ประจำปีการศึกษา 2559; มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี. 2559: 2180-90.
7. Woongpanitkul K. Factors related to fear of falling among community-dwelling older adults in Kanchanaburi province. [Master Thesis in Gerontological Nursing]. Chonburi: Burapha University; 2012.

8. ทิพย์รัตน์ ผลอินทร์, นารัตน์ จิตรมนตรี, และวิราพรณ วิโรจน์รัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ ความกลัวการหกล้ม และพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2560; 29(1):36-50.
9. E JY, Mihailovic A, Kuo PL, West SK, Friedman DS, Gitlin LN, et al. Characterizing the Impact of Fear of Falling on Activity and Falls in Older Adults with Glaucoma. J Am Geriatr Soc. 2021;68(8):1847-51.
10. Choi K, Jeon GS, Cho SI. Prospective study on the impact of fear of falling on functional decline among community dwelling elderly women. Int J Environ Res Public Health. 2017;14(5):469.
11. Chang HT, Chen HC, Chou P. Factors associated with fear of falling among community-dwelling older adults in the Shih-Pai study in Taiwan. PLoS ONE. 2016;11:e0150612.
12. พชรินทร์ พรหมเผ่า. การเปรียบเทียบสมรรถภาพทางกายระหว่างสตรีวัยหลังหมดระดู ที่กลัวและไม่กลัวการล้ม. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2566;17(1):195-206.
13. Chang HT, Chen HC, Chou P. Fear of falling and mortality among community-dwelling older adults in the Shi-Pi study in Taiwan: a longitudinal follow-up study. Geriatr Gerontol. Int 2017;17(11):2216-23.
14. วนิดา น้อยมนตรี. ความกลัวการหกล้ม: กลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และบทบาทของพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2561;26(3):92-101.
15. สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม, อัมมิชา นาไวย์. การหกล้ม ความกลัวการหกล้ม และการจำกัดกิจกรรมเนื่องจากกลัวหกล้มในผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ในชุมชนชานเมืองเชียงใหม่. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2563;36(1):22-38.
16. ลลิตา ปักเขมาลัย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วารสารสุขภาพและการศึกษา. 2564;27(1):166-81.
17. พรรณงาม วรณพฤกษ์, นัยนา พิพัฒน์วณิชชา, พรชัย จุลเมตต์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง. รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการแพทยบุรพครั้งที่ 5 ประจำปี พ.ศ. 2561 ภายใต้แนวคิด “การแพทย์ก้าวไกลใน EEC” ระหว่างวันที่ 3-4 กันยายน พ.ศ. 2561 ณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา บางแสน จ.ชลบุรี; 2561 หน้า 11-26.
18. Mendes da Cota E, Pepersack T, Godin I, Bantuelle M, Petit B, Leveque A. Fear of falling and associated activity restriction in older people. Results of a cross-sectional study conducted in Belgian town. Archives of Public Health. 2012;70(1).
19. Dierking L, Markides K, Snih SA, Peek MK. Fear of falling in older Mexican Americans: a longitudinal study of incidence and predictive factors. J Am Geriatr Soc 2016;64(12):2560-5.
20. Hoang OTT, Jullamate P, Piphatvanitcha N, Rosenberg E. Factors related to fear of falling among community-dwelling older adults. JCN. 2017;26(1-2):68-76.

21. Park Y, Paik NJ, Kim KW, Jang HC, Lim JY. Depressive symptoms, falls, and fear of falling in old Korean adults: the Korean Longitudinal Study on Health and Aging (KLoSHA). *The Journal of Frailty & Aging*. 2017;6(3):144-7.
22. Jeon M, Gu MO, Yim JE. Comparison of Walking, Muscle Strength, Balance, and Fear of Falling Between Repeated Fall Group, One-time Fall Group, and Nonfall Group of the Elderly Receiving Home Care Service. *Asian Nursing Research*. 2017;11(4):209-96.
23. Zali M, Farhadi A, Soleimanifar M, allameh H, Janani L. Loneliness, fear of falling, and quality of life in community-dwelling older women who live alone and live with others. *Educational Gerontology*. 2017;43(11):582-8.
24. Kumar A, Carpenter H, Morris R, Iliffe S, Kendrick D. Which factors are associated with fear of falling in community-dwelling older people? *Age and Ageing*. 2014;43(1):76-84.
25. เบญญาภา ศรีปัญญา, ฉัตรชัย พิระวัณกุล. ความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีและไม่มีภาวะปลายประสาทเสื่อม. *ศรีนครินทร์เวชสาร*. 2563;35(4):445-50.
26. อัจฉรวรรณ รัตน์มณี, นัยนา พิพัฒน์วนิชชา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*. 2560;33(1):63-76.
27. อนันต์ศักดิ์ จันทศรี, นัยนา พิพัฒน์วนิชชา, พรชัย จุลเมตต์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจเรื้อรัง. *งานประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยรังสิต ประจำปี 2562*; 26 เมษายน 2562 หน้า 30-42.
28. Kvelde T, Pijnappels M, Delbaere K, Close JCT, Lord SR. Physiological and Cognitive Mediators for the Association Between Self-reported Depressed Mood and Impaired Choice Stepping Reaction Time in Older People. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*. 2013;65A(5):538-44.
29. Makino K, Makizako H, Doi T, Tsutsumimoto K, Hotta R, Nakakubo S, Suzuki T, Shimada H. Fear of falling and gait parameters in older adults with and without fall history. *Geriatrics and Gerontology International*. 2017;17(12):2455-9.
30. ลักขณา มะรังกา, จิราพร เกศพิชญวัฒนา. ประสบการณ์ความกลัวต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*. 2555;24(3):29-41.
31. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. *แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สันทนาการพิมพ์; 2562.
32. Strecher VJ, Rosenstock IM. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (2nded). San Francisco: Jossey-Bass 1997.
33. อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินทร์ กลัมพากร, สุนีย์ ละกะปิ่น, ขวัญใจ อำนาจเชื้อสัตย์. การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2554.

ปัจจัยทำนายภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียนในพื้นที่รับผิดชอบ เครือข่ายบริการสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช

ชัยณรงค์ แก้วจันทงค์^a

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกิน อำนาจการทำนายภาวะโภชนาการเกินและจัดทำข้อเสนอแนะภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียนในพื้นที่รับผิดชอบเครือข่ายบริการสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยใช้แบบสอบถามประกอบการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างคือเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 268 คน โดยใช้สถิติพรรณนา สถิติวิเคราะห์การผันแปรทางเดียว และถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียนของกลุ่มตัวอย่าง มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว อาชีพของผู้ปกครอง โรคประจำตัว พฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนสูง ช่องทางการสื่อสารที่ได้เรียนรู้ด้านดูแลสุขภาพ/พฤติกรรมสุขภาพด้านภาวะโภชนาการเกิน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และกลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนัก มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 มีอำนาจทำนายภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียน ร้อยละ 88.2 เขียนสมการทำนายได้ดังนี้ $Y = 22.012 + (0.479) X_2 + (-0.230) X_3 + (1.924) X_9 + (-1.564) X_{11} + (-0.023) X_{15} + (-0.492) X_{19}$ และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย คือ กำหนดนโยบาย แผนงาน/โครงการร่วมกัน พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ติดตาม ประเมินผล พัฒนาองค์ความรู้ ทักษะ สร้างทีมปฏิบัติการ พัฒนาโปรแกรม และระบบสื่อสารและสารสนเทศผ่านระบบออนไลน์ จัดทำข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ คือ พัฒนาให้เป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เผยแพร่ความรู้ จัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อภาวะโภชนาการ จัดอบรมครูและแกนนำนักเรียน และมีระบบติดตามและประเมินผลผ่านระบบออนไลน์

คำสำคัญ: ภาวะโภชนาการเกิน; เด็กวัยเรียน; เครือข่ายบริการสุขภาพ

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช

^a Corresponding author: ชัยณรงค์ แก้วจันทงค์ E-mail: chainarong_54@yahoo.com

รับบทความ: 1 มิ.ย. 66; รับบทความแก้ไข: 28 มิ.ย. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 28 มิ.ย. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 14 ก.ค. 66

Factors Predicting Overnutrition among School-aged Children in Health Service Network of Regional Health Promotion Center 11, Nakhon Si Thammarat

Chainarong Kaewjumnong^{*a}

Abstract

The objectives of this survey research were to study factors affecting overnutrition, to predict the overnutrition status and to make recommendations on reducing overnutrition among school-aged children in health service network of Regional Health Promotion Center 11, Nakhon Si Thammarat. The study used questionnaires with interviews to collect data from 268 primary school students in grades 4-6. The data were analyzed using descriptive statistics, one way analysis of variance and stepwise multiple regression.

The results showed that factors significantly affected overnutrition of school-aged children included number of family members, parent's occupations, congenital disease, food consumption behavior at $p=0.05$. The samples' height and communication channel where the samples can learn about health care/health behavior related to overnutrition differed significantly at $p=0.01$. The variables could predict overnutrition of school-aged children at 88.2 percent. The prediction equation was as follows: $Y = 22.012 + (0.479) X_2 + (-0.230) X_3 + (1.924) X_9 + (-1.564) X_{11} + (-0.023) X_{15} + (-0.492) X_{19}$. Policy recommendations were also developed including policy formulation, work plans/projects, surveillance system, monitoring, evaluation results, developing knowledge and skills, building an operational team, developing programs and communication and information system through online platform. Action plan recommendations included developing schools in the areas into health promoting schools, dissemination of knowledge, providing environments conducive to nutritional status, providing training for teachers and student leaders, and monitoring and evaluation online system

Keywords: Overnutrition; School-aged children; Health service network

^{*} Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Regional Health Promotion Center 11, Nakhon Si Thammarat

^a Corresponding author: Chainarong Kaewjumnong E-mail: chainarong_54@yahoo.com

Received: Jun. 1, 23; Revised: Jun. 28, 23; Accepted: Jun. 28, 23; Published Online: Jul. 14, 23

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาที่เด็กมีภาวะอ้วนเพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกับในหลายประเทศทั่วโลก ปัญหาเด็กในวัยเรียนนี้มีภาวะอ้วนเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชากรไทย ในอนาคตได้ ซึ่งปัญหาเด็กวัยเรียนที่มีภาวะอ้วนดังกล่าวส่งผลกระทบต่อโดยตรงต่อด้านร่างกาย เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และข้อเสื่อม ส่วนผลกระทบทางอ้อม ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ส่งผลต่อกลุ่มวัยทำงานในอนาคตมีศักยภาพในการดำเนินงานที่ลดลงตามไปด้วย ซึ่งปัญหาดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม⁽¹⁾ โดยเฉพาะเด็กวัยเรียนตอนปลาย คือเด็กที่มีอายุระหว่าง 10-12 ปี เป็นวัยที่ร่างกายจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ทั้งการเจริญเติบโตของกล้ามเนื้อ กระดูก สมอง หัวใจการทำงานของฮอร์โมนและระบบประสาทที่จะมีผลต่อความคิดที่มีการพัฒนาขึ้น เริ่มมีความเป็นตัวของตัวเองและมีเหตุผลมากขึ้น เด็กจะเริ่มรับรู้ความสำคัญของภาพลักษณ์ของตนเอง ต้องการได้รับการยกย่อง ชมเชย รวมทั้งได้รับการสนับสนุนจากสังคม แต่การแก้ปัญหาจะต้องอาศัยการชี้แนะเหตุผลที่เป็นรูปธรรม จึงเป็นช่วงวัยที่เหมาะสมในการส่งเสริมพฤติกรรมโภชนาการและการทำกิจกรรมทางกายที่ถูกต้อง เนื่องจากเด็กวัยนี้สามารถตัดสินใจเลือกอาหารที่จะบริโภคและทำกิจกรรมทางกายได้ด้วยตนเอง เพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมถาวรไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ ปัญหาเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะอ้วนมีสาเหตุจากปัจจัยหลัก คือ ด้านบุคคลและด้าน⁽²⁾ ปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมในการทำกิจกรรมทางกายของเด็กวัยเรียน โดยพบว่า ด้านความรู้เรื่องการบริโภคอาหารเด็กไม่รู้ว่าในแต่ละวันต้องรับประทานอาหารอย่างไร สัดส่วนเท่าไร⁽³⁾ ทั้งนี้จึงส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมด้านพฤติกรรมกิจกรรมทางกาย องค์การอนามัยโลก⁽⁴⁾ โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พบว่า เด็กไทยมีกิจกรรมทางกายลดลงจากร้อยละ 67.6 ในปี 2555 เป็นร้อยละ 64.8 ในปี พ.ศ.2558⁽⁵⁾

ภาพรวมของประเทศแยกเป็นรายเขตสุขภาพ พบว่าสถานการณ์เด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน มีแนวโน้มสูงขึ้นจากปี 2560-2564 ร้อยละ 11.1, 11.7 และ 13.6 ตามลำดับ และลดลงในปี 2563 และปี 2564 ร้อยละ 12.5 และ 12.4 ตามลำดับ ซึ่งยังพบสูงกว่าค่าเป้าหมาย (ไม่เกินร้อยละ 10) และข้อมูลในพื้นที่รับผิดชอบเครือข่ายบริการสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช พบว่า สถานการณ์ภาวะโภชนาการเด็กอายุ 6-14 ปี ปีงบประมาณ 2565 มีการคัดกรองด้านสุขภาพ ร้อยละ 59.33 สูงดีสมส่วน ร้อยละ 56.37 ผอม ร้อยละ 5.73 เริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 14.4 และเตี้ย ร้อยละ 8.03 ปัญหาที่พบได้แก่ การเข้าถึงการบริการตรวจคัดกรองด้านสุขภาพ นักเรียนมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน และจากการศึกษา พบว่าแบบจำลองนิเวศวิทยาในเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน พบว่าปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะโภชนาการเกินนั้นเป็นความสัมพันธ์ซับซ้อนระหว่างปัจจัยบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์กัน 3 ลักษณะดังนี้ 1) ลักษณะปัจจัยเสี่ยงด้านส่วนบุคคลของเด็ก ได้แก่ อายุ เพศ ความรู้ การฝึกอบรม 2) ลักษณะปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมและการเป็นแบบอย่าง ได้แก่ การบริโภคอาหาร การเคลื่อนไหวร่างกาย ความเสี่ยงด้านต่างๆ 3) ลักษณะปัจจัยเสี่ยงด้านชุมชน และสังคม

ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งอาหารและแหล่งนันทนาการ กิจกรรมพลศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นสาเหตุที่เรียกว่าพหุปัจจัย โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการที่มาจากตัวบุคคลและสภาพแวดล้อม⁽⁶⁾ และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ ประกอบด้วยปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมต่อการบริโภคอาหารที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 และสามารถใช้อธิบายพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ได้ ร้อยละ 41.8 ($R^2=0.418$, $F=57.420$) เน้นด้านความเชื่อ ความรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง การใช้ยาลดน้ำหนัก⁽⁷⁾ จึงจำเป็นต้องมีแนวทางในการพัฒนาการดูแลภาวะโภชนาการเกินในพื้นที่ต่อไป⁽⁸⁾

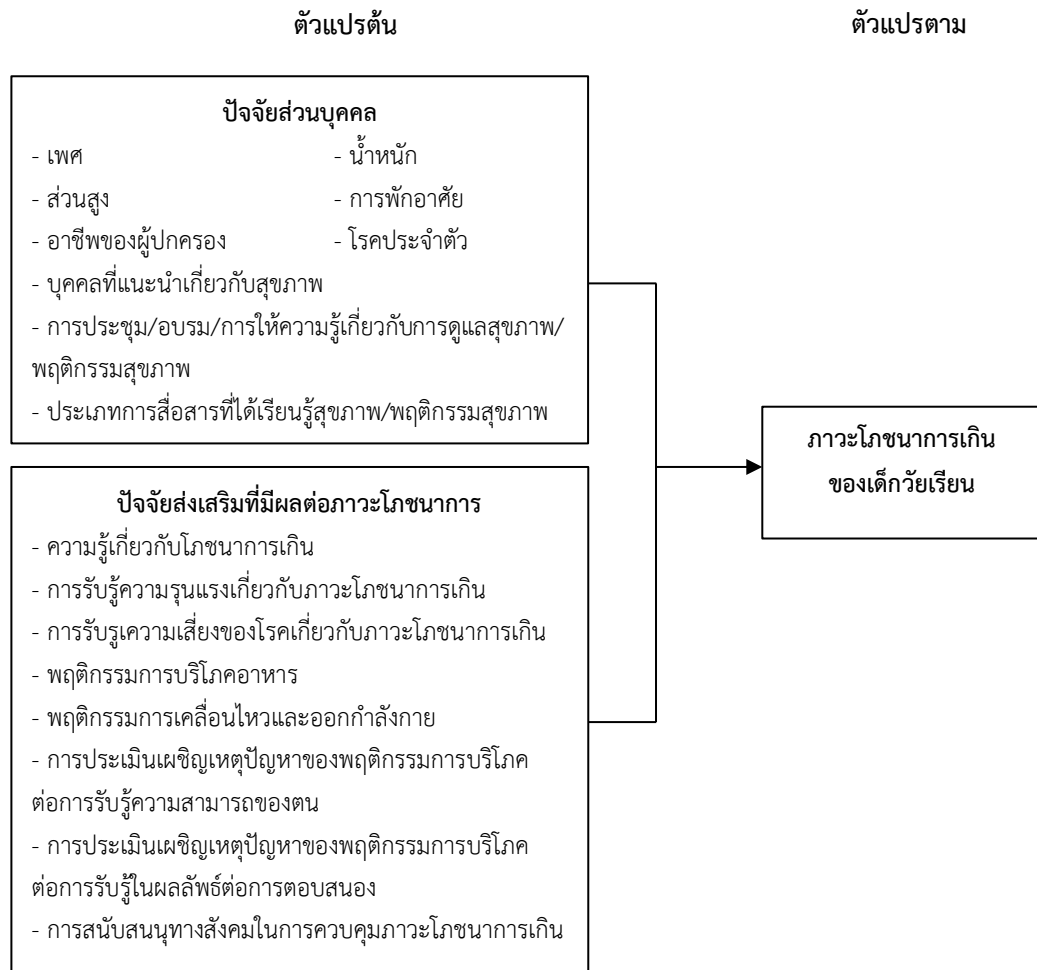
ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียนในพื้นที่รับผิดชอบเครือข่ายบริการสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียนในพื้นที่รับผิดชอบเครือข่ายบริการสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช เพื่อให้ทราบปัจจัยที่แท้จริงที่นำไปใช้ในการจัดทำแผนงาน แผนปฏิบัติการ และโครงการหรือกิจกรรมที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการดูแลภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียนในพื้นที่รับผิดชอบเครือข่ายบริการสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียนในพื้นที่รับผิดชอบเครือข่ายบริการสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช
3. เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะในการส่งเสริมสุขภาพต่อภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียนในพื้นที่รับผิดชอบเครือข่ายบริการสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองนิเวศวิทยาในเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินของ Davison & Birch⁽⁵⁾ ที่กล่าวว่า ปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะโภชนาการเกินนั้นเป็นความสัมพันธ์ซับซ้อนระหว่างปัจจัยบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลต้องมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันอย่างต่อเนื่องกับสภาพแวดล้อมรอบตัว บุคคลจะถูกวางเป็นระบบกลางของระบบ และสิ่งแวดล้อมเหล่านั้นจะมีผลต่อพัฒนาการ การปรับตัว และสุขภาพของบุคคลนั้นๆ ทั้งด้านลบและด้านบวก มีความสัมพันธ์กัน 3 ลักษณะดังนี้ 1) ลักษณะปัจจัยเสี่ยงด้านส่วนบุคคลของเด็ก ได้แก่ อายุ เพศ ความรู้ การฝึกอบรม 2) ลักษณะปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมและการเป็นแบบอย่าง ได้แก่ การบริโภคอาหาร การเคลื่อนไหวร่างกาย ความเสี่ยงด้านต่างๆ 3) ลักษณะปัจจัยเสี่ยงด้านชุมชน และสังคม ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งอาหารและแหล่งนันทนาการ กิจกรรมพลศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นสาเหตุที่เรียกว่าพหุปัจจัย โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการที่มาจากตัวบุคคลและสภาพแวดล้อม โดยนำมาประยุกต์ออกแบบกรอบแนวคิดในการวิจัยปัจจัยทำนายภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียนในครั้งนี้ ประกอบด้วยปัจจัย 2 ส่วน คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล และ 2) ปัจจัยส่งเสริมที่มีผลต่อภาวะโภชนาการ ดังกรอบแนวคิดดังกล่าว



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยใช้เครื่องมือแบบสอบถาม และกระบวนการพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย/เชิงปฏิบัติการ โดยใช้การวิเคราะห์ปัจจัยและผลการทำนายภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียน การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมองค์กร รวมทั้งการสัมภาษณ์บุคคลที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 4-6 ปีการศึกษา พ.ศ.2565 จำนวน 882 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2565)⁽⁸⁾

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ใช้การคำนวณหากลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีของ เครซีและมอร์แกน⁽⁹⁾ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 268 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยใช้วิธีการจับฉลากให้ครบตามกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นนักเรียนที่ศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีภาวะเริ่มอ้วนเป็นต้นไป
2. เต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ

1. ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยในเวลาที่กำหนดได้
2. มีภาวะการรับรู้ผิดปกติทางการสื่อสาร

กระบวนการพัฒนาเครื่องมือการวิจัย

1. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียนจากเอกสารและตำราทั่วไปทั้งในและต่างประเทศ
2. กำหนดเนื้อหาของคำถามหรือข้อความในแบบสอบถาม เพื่อให้ครอบคลุมเรื่องที่จะศึกษา จัดทำแบบสอบถามที่ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เพื่อแก้ไขปรับปรุงจนเป็นแบบสอบถามที่สมบูรณ์ชัดเจนถูกต้องและตรงตามเนื้อหา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในการวิจัย คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ซึ่งมีทั้งคำถามปลายปิด (Close ended) และปลายเปิด (Open ended) โดยมีโครงสร้างแบบสอบถามดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง การพักอาศัย อาชีพของผู้ปกครอง โรคประจำตัว บุคคลที่แนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ การประชุม/อบรม/การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ/พฤติกรรมสุขภาพ และประเภทการสื่อสารที่ได้เรียนรู้สุขภาพ/พฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการเกิน ประกอบด้วย 6 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 2.1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามแบบถูก/ผิด การแปลผล⁽¹⁰⁾ ดังนี้ คะแนนร้อยละ 76 ขึ้นไป หมายถึง มีความรู้ระดับสูง คะแนนร้อยละ 60-75 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง และคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 2.2 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความเสี่ยง การเผชิญปัญหาของพฤติกรรมต่อความสามารถ และการเผชิญปัญหาของพฤติกรรมต่อผลลัพธ์ของภาวะโภชนาการเกิน แบบสอบถามมีจำนวนหมวดละ 10 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบประเมินค่า การแปลผล⁽¹¹⁾ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มีความเห็นด้วยระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง มีความเห็นด้วยระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง มีความเห็นด้วยระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง มีความเห็นด้วยระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง มีความเห็นด้วยระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 2.3 แบบประเมินพฤติกรรมบริโภคอาหาร จำนวน 15 ข้อ และพฤติกรรมเคลื่อนไหวและออกกำลังกายของเด็กวัยเรียน จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบประเมินค่า การแปลผล⁽⁹⁾ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง มีพฤติกรรม

ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง มีพฤติกรรมระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง มีพฤติกรรมระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง มีพฤติกรรมระดับน้อยที่สุด

ส่วน 2.4 แบบสอบถามด้านการสนับสนุนทางสังคมในการควบคุมภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบประเมินค่า การแปลผล⁽⁹⁾ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 ข้อความเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียน ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด เพื่อเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ใช้เป็นแบบสอบถาม ตรวจสอบเครื่องมือวิจัยโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่าดัชนี (IOC)=0.60-1.00 และนำแบบสอบถามดังกล่าวมาปรับปรุงและพัฒนาตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความเสี่ยง การเผชิญปัญหาของพฤติกรรมต่อความสามารถ การเผชิญปัญหาของพฤติกรรมต่อผลลัพธ์ของภาวะโภชนาการเกิน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายของเด็กวัยเรียน และการสนับสนุนทางสังคมในการควบคุมภาวะโภชนาการเกิน หาค่าความเชื่อมั่น โดยนำไปทดลองใช้ (Tryout) กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติและสภาพแวดล้อมคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีเท่ากับ 0.89, 0.82, 0.87, 0.90, 0.89, 0.83, 0.84, 0.91 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการเกิน โดยใช้สถิติพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียน ใช้สถิติการวิเคราะห์การผันแปรทางเดียว
3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะโภชนาการเกิน โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช รหัสโครงการวิจัย 4/2565 ลงวันที่ 19 ธันวาคม 2565 และเนื่องจากผู้เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้เป็นเด็กนักเรียนประถมศึกษา มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ซึ่งเป็นผู้ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ผู้วิจัยขออนุญาตจากผู้ปกครองของนักเรียนที่ถูกสุ่มเข้าร่วมวิจัย โดยผู้ปกครองลงนามอนุญาตในแบบยินยอมให้เข้าร่วมวิจัยก่อนวันเก็บข้อมูล และข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและจะทำลายทิ้งเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียนในพื้นที่รับผิดชอบเครือข่ายบริการสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช

ข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 61.2 มีน้ำหนักต่ำกว่าหรือเท่ากับ 31 กิโลกรัม ร้อยละ 36.6 มีส่วนสูงต่ำกว่าหรือเท่ากับ 140 เซนติเมตร ร้อยละ 37.7 กำลังศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 35.1 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 3 คน ร้อยละ 41.0 พักอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา ร้อยละ 47.0 อาชีพหลักของผู้ปกครอง เกษตรกรรม/ทำสวน/ทำไร่ ร้อยละ 31.0 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 82.5 ความเป็นบุคคลที่คอยแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ ร้อยละ 73.9 การได้รับการประชุม/อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ/พฤติกรรมสุขภาพด้านภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 67.2 ช่องทางการสื่อสารที่ได้เรียนรู้ด้านดูแลสุขภาพ/พฤติกรรมสุขภาพด้านภาวะโภชนาการเกิน จาก Social Media ร้อยละ 69.8

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินระดับสูง ร้อยละ 42.2 มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินระดับมาก ร้อยละ 65.3 มีการรับรู้ความเสี่ยงของโรคเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินระดับมาก ร้อยละ 95.5 มีพฤติกรรมบริโภคอาหารระดับปานกลาง ร้อยละ 79.1 มีพฤติกรรมเคลื่อนไหวและออกกำลังกายระดับปานกลาง ร้อยละ 67.5 มีการเผชิญปัญหาของพฤติกรรมบริโภคต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมการบริโภคระดับปานกลาง ร้อยละ 57.8 มีการเผชิญปัญหาของพฤติกรรมบริโภคต่อการรับรู้ในผลลัพธ์ในการตอบสนองที่ดีในการควบคุมการบริโภคระดับมาก ร้อยละ 69.4 มีแรงสนับสนุนทางสังคมในการควบคุมภาวะโภชนาการเกินระดับปานกลาง ร้อยละ 38.4

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียนในพื้นที่รับผิดชอบเครือข่ายบริการสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว อาชีพของผู้ปกครอง โรคประจำตัว พฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนสูง ช่องทางการสื่อสารที่ได้เรียนรู้ด้านดูแลสุขภาพ/พฤติกรรมสุขภาพด้านภาวะโภชนาการเกิน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และกลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนัก มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียนในพื้นที่รับผิดชอบเครือข่ายบริการสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การผันแปรทางเดียว (n=268)

ปัจจัย	df	SS	MS	F	p-value
เพศ					
ระหว่างกลุ่ม	0.953	1	0.953	0.075	0.784
ภายในกลุ่ม	3366.495	266	12.656		
รวม	3367.448	267			

ตารางที่ 1 (ต่อ)แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียนในพื้นที่รับผิดชอบ
เครือข่ายบริการสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การผันแปร
ทางเดียว (n=268)

ปัจจัย	df	SS	MS	F	p-value
น้ำหนัก					
ระหว่างกลุ่ม	2389.692	2	1194.846	323.838	0.000***
ภายในกลุ่ม	977.756	265	3.690		
รวม	3367.448	267			
ส่วนสูง					
ระหว่างกลุ่ม	152.073	2	76.036	6.267	0.002**
ภายในกลุ่ม	3215.375	265	12.133		
รวม	3367.448	267			
ระดับการศึกษา					
ระหว่างกลุ่ม	3.272	2	1.636	0.129	0.879
ภายในกลุ่ม	3364.176	265	12.695		
รวม	3367.448	267			
จำนวนสมาชิกในครอบครัว					
ระหว่างกลุ่ม	79.365	2	39.682	3.198	0.042*
ภายในกลุ่ม	3288.083	265	12.408		
รวม	3367.448	267			
การพักอาศัยของนักเรียน					
ระหว่างกลุ่ม	60.031	4	15.008	1.193	0.314
ภายในกลุ่ม	3307.417	263	12.576		
รวม	3367.448	267			
อาชีพของผู้ปกครอง					
ระหว่างกลุ่ม	135.337	4	33.834	2.753	0.029*
ภายในกลุ่ม	3232.111	263	12.289		
รวม	3367.448	267			
โรคประจำตัว					
ระหว่างกลุ่ม	46.404	1	46.404	3.717	0.047*
ภายในกลุ่ม	3321.044	266	12.485		
รวม	3367.448	267			

ตารางที่ 1 (ต่อ)แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียนในพื้นที่รับผิดชอบ
เครือข่ายบริการสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การผันแปร
ทางเดียว (n=268)

ปัจจัย	df	SS	MS	F	p-value
บุคคลที่คอยแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ					
ระหว่างกลุ่ม	26.446	5	26.446	2.106	0.148
ภายในกลุ่ม	3341.002	262	12.560		
รวม	3367.448	267			
การได้รับการประชุม/อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ/พฤติกรรมสุขภาพด้านภาวะโภชนาการเกิน					
ระหว่างกลุ่ม	10.395	1	10.395	0.824	0.365
ภายในกลุ่ม	3357.053	266	12.621		
รวม	3367.448	267			
ช่องทางการสื่อสารที่ได้เรียนรู้ด้านดูแลสุขภาพ/พฤติกรรมสุขภาพด้านภาวะโภชนาการเกิน					
ระหว่างกลุ่ม	299.951	5	59.990	8.137	0.005**
ภายในกลุ่ม	3267.497	262	12.284		
รวม	3367.448	267			
ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน					
ระหว่างกลุ่ม	15.580	2	7.790	0.616	0.541
ภายในกลุ่ม	3351.868	265	12.649		
รวม	3367.448	267			
การรับรู้ความรุนแรงของโรคเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน					
ระหว่างกลุ่ม	11.678	1	11.678	0.926	0.337
ภายในกลุ่ม	3355.770	266	12.616		
รวม	3367.448	267			
การรับรู้ความเสี่ยงของโรคเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน					
ระหว่างกลุ่ม	33.670	1	33.670	2.687	0.102
ภายในกลุ่ม	3333.778	266	12.533		
รวม	3367.448	267			
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร					
ระหว่างกลุ่ม	36.566	2	18.283	1.455	0.035*
ภายในกลุ่ม	3330.882	265	12.569		
รวม	3367.448	267			

ตารางที่ 1 (ต่อ)แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียนในพื้นที่รับผิดชอบ
เครือข่ายบริการสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การผันแปร
ทางเดียว (n=268)

ปัจจัย	df	SS	MS	F	p-value
พฤติกรรมกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย					
ระหว่างกลุ่ม	69.180	3	23.060	1.846	0.139
ภายในกลุ่ม	3298.268	264	12.493		
รวม	3367.448	267			
การเผชิญปัญหาของพฤติกรรมกรรมการบริโภคต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมการบริโภค					
ระหว่างกลุ่ม	32.089	2	16.044	1.275	0.281
ภายในกลุ่ม	3335.359	265	12.586		
รวม	3367.448	267			
การเผชิญปัญหาของพฤติกรรมกรรมการบริโภคต่อการรับรู้ผลลัพธ์ในการตอบสนองที่ดีในการควบคุมการบริโภค					
ระหว่างกลุ่ม	0.786	2	0.393	0.031	0.970
ภายในกลุ่ม	3366.662	265	12.704		
รวม	3367.448	267			
แรงสนับสนุนทางสังคมในการควบคุมภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียน					
ระหว่างกลุ่ม	84.543	4	21.136	1.683	0.152
ภายในกลุ่ม	3282.905	263	12.483		
รวม	3367.448	267			

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

2. การศึกษาอำนาจการทำนายภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียนในพื้นที่รับผิดชอบเครือข่าย บริการสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช

สัญลักษณ์ของตัวแปรที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียน ประกอบด้วย X_2 (น้ำหนัก) X_3 (ส่วนสูง), X_9 (บุคคลที่คอยแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ), X_{11} (ช่องทางการสื่อสารที่ได้เรียนรู้ด้านดูแลสุขภาพ/พฤติกรรมสุขภาพด้านภาวะโภชนาการเกิน), X_{15} (พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร) และ X_{19} (การสนับสนุนทางสังคมในการควบคุมภาวะโภชนาการเกิน) (ตารางที่ 3) และจากตารางที่ 2 สรุปได้ว่าตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการคือ ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ เท่ากับ 0.893 สัมประสิทธิ์ของภาวะโภชนาการเกิน เท่ากับ 0.889 สัมประสิทธิ์

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) สัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์ (R^2) และนัยสำคัญทางสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Stepwise multiple regression analysis)

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value
Regression	3328.406	33	100.861	604.508	0.000
Residual	39.042	234	0.167		
Total	3367.448	267			
R = 0.893 Adjusted R Square = 0.882 F = 3000.456					
R Square = 0.889 Std. Error Square. = 0.33646					

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) = 0.893

ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยหรืออำนาจการพยากรณ์ (R-Square) = 0.889

ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยหรืออำนาจการพยากรณ์ที่ปรับแล้ว (Adjusted R-Square) = 0.882

ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของสัมประสิทธิ์การถดถอย (Std. Error Square.) = 0.33646

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยส่งเสริมที่มีผลต่อภาวะโภชนาการกับภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียนในพื้นที่รับผิดชอบเครือข่ายบริการสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช นั่นคือปฏิเสธสมมติฐานหลัก H_0 ยอมรับสมมติฐานรอง H_1 หมายความว่า ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยส่งเสริมที่มีผลต่อภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียนในพื้นที่รับผิดชอบเครือข่ายบริการสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ตัวแปรที่ได้รับคัดเลือกเข้าสมการทำนายภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียนในพื้นที่รับผิดชอบเครือข่ายบริการสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p-value	Correlations			Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Zero-order	Partial	part	Tolerance	VIF
Constant	22.012	6.096		3.611	0.000					
X ₂	0.479	0.004	1.241	131.629	0.000	0.903	0.993	0.092	0.550	1.819
X ₃	-0.230	0.004	-0.530	-55.762	0.000	0.243	-0.963	-0.390	0.540	1.851
X ₉	1.924	0.580	0.238	3.317	0.001	-0.030	0.209	0.023	0.009	105.816
X ₁₁	-1.564	0.781	-0.219	-2.002	0.046	-0.039	-0.128	-0.014	0.004	244.965
X ₁₅	-0.023	1.950	-0.186	-2.063	0.040	-0.084	-0.133	-0.097	0.276	3.629
X ₁₉	-0.492	1.864	-0.334	-1.892	0.047	-0.029	-0.122	-0.089	0.072	13.959

จะเห็นได้ว่าเมื่อนำตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัวแปรเข้าสู่สมการพยากรณ์แล้ว ก็จะได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) = 0.893 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยหรืออำนาจการพยากรณ์ที่ปรับแล้ว (Adjusted R-Square) = 0.882 หรือสามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ 88.20 (ตารางที่ 2)

ดังนั้น ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถนำมาสร้างสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ ได้ดังนี้

$$\text{สมการ } Y = a + B_2X_2 + B_3X_3 + B_9X_9 + B_{11}X_{11} + B_{15}X_{15} + B_{19}X_{19}$$

$$Y = 22.012 + (0.479) X_2 + (-0.230) X_3 + (1.924) X_9 + (-1.564) X_{11} + (-0.023) X_{15} + (-0.492) X_{19}$$

3. การจัดทำข้อเสนอแนะในการส่งเสริมสุขภาพต่อภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียนในพื้นที่รับผิดชอบเครือข่ายบริการสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช

การจัดทำข้อเสนอแนะดังกล่าวได้มาจากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกิน ผลการทำนายภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียน การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมองค์กร และการสัมภาษณ์บุคคลที่เกี่ยวข้อง โดยมีผลสรุปข้อเสนอแนะ 2 ด้าน คือ ด้านที่ 1) การจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ประกอบด้วย จัดทำนโยบายและแผนงาน/โครงการร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ติดตามและประเมินผล พัฒนาองค์ความรู้/ฝึกทักษะและสร้างทีมปฏิบัติการในระดับพื้นที่ พัฒนาโปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับใช้ทดสอบสมรรถภาพทางกาย จัดทำทะเบียนทีมผู้เชี่ยวชาญ/ที่ปรึกษา จัดทำระบบสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศผ่านช่องทางออนไลน์ และ ด้านที่ 2) การจัดทำข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย ส่งเสริมและสนับสนุนให้โรงเรียนเข้าสู่ระบบการพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล เผยแพร่ความรู้และการป้องกันภาวะโภชนาการแก่ผู้ปกครองและนักเรียนอย่างสม่ำเสมอ จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดจากน้ำอัดลม ขนมขบเคี้ยว และอาหารที่มีส่วนผสมของแป้งและน้ำตาล จัดอบรมครูผู้ปฏิบัติงานและนักเรียนแกนนำ มีระบบติดตามประเมินผลและเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของเด็กวัยเรียนผ่านระบบออนไลน์

การอภิปรายผล

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินระดับสูง ร้อยละ 42.2 มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินระดับมาก ร้อยละ 65.3 มีการรับรู้ความเสี่ยงของโรคเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินระดับมาก ร้อยละ 95.5 มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับปานกลาง ร้อยละ 79.1 มีพฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายระดับปานกลาง ร้อยละ 67.5 มีการเผชิญปัญหาของพฤติกรรมการบริโภคต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมการบริโภคระดับปานกลาง ร้อยละ 57.8 มีการเผชิญปัญหาของพฤติกรรมการบริโภคต่อการรับรู้ในผลลัพธ์ในการตอบสนองที่ดีในการควบคุมการบริโภคระดับมาก ร้อยละ 69.4 มีแรงสนับสนุนทางสังคมในการควบคุมภาวะโภชนาการเกินระดับปานกลาง ร้อยละ 38.4 สอดคล้องกับงานวิจัยของ จิราภรณ์ ปัญญารัตนโชติ และคณะ⁽¹²⁾ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.23, SD=0.46) และสอดคล้องกับ Coelho et al.⁽¹³⁾ ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนมีน้ำหนักเกิน โดยมีเกณฑ์ดัชนีมวลกายต่ออายุ ร้อยละ 20.1 ไขมันในร่างกาย ร้อยละ 22.8 และการออกกำลังกายน้อย ร้อยละ 80.3 ในสัดส่วนค่อนข้างสูง เนื่องจากเด็กนักเรียนไม่ได้ทานอาหารที่มีประโยชน์

ตามคำแนะนำถึง ร้อยละ 77.2 ของนักเรียนทั้งหมด ทั้งนี้ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างการมีน้ำหนักเกินและการออกกำลังกายน้อยหรือการบริโภคอาหาร ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียนในพื้นที่รับผิดชอบเครือข่ายบริการสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว อาชีพของผู้ปกครอง โรคประจำตัว พฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนสูง ช่องทางการสื่อสารที่ได้เรียนรู้ด้านดูแลสุขภาพ/พฤติกรรมสุขภาพ ด้านภาวะโภชนาการเกิน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และกลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนัก มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชัยพลกษ์ ต้นสุวรรณ⁽¹²⁾ ผลการเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกายก่อนและหลังการใช้แบบฝึกกิจกรรมทางกาย ค่าดัชนีมวลกายมีค่าลดลง ค่า t มีค่า 12.12 และมีค่า p เท่ากับ 0.002 แสดงว่าแบบฝึกกิจกรรมทางกายมีผลทำให้ดัชนีมวลกายก่อนและหลังของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนอนุบาลนครสวรรค์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.01 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ อนาวิน ภัทรภาควินวูล⁽¹⁵⁾ ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมการบริโภคอาหาร การได้รับแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ และด้านทรัพยากร สูงกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.05$) นอกจากนั้นพฤติกรรมด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ในผลลัพธ์ต่อการตอบสนองที่ดีในการควบคุมการบริโภคอาหาร การได้รับแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ ด้านทรัพยากร สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังมีค่าเฉลี่ยผลต่างของน้ำหนักตัวลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบถึง 2.08 กิโลกรัม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

การทำนายภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียน จะเห็นได้ว่าเมื่อนำตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัวแปร เข้าสู่สมการพยากรณ์แล้ว ก็จะได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) = 0.893 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย หรืออำนาจการพยากรณ์ที่ปรับแล้ว (Adjusted R square) = 0.882 หรือสามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ 88.20 เขียนสมการทำนายได้ดังนี้ $Y = 22.012 + (0.479) X_2 + (-0.230) X_3 + (1.924) X_9 + (-1.564) X_{11} + (-0.023) X_{15} + (-0.492) X_{19}$ สอดคล้องกับงานวิจัยของ จิรภาภรณ์ ปัญญารัตนโชติ และคณะ⁽¹²⁾ ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนาย พฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินได้แก่ การเข้าถึงแหล่งอาหาร การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคล ในครอบครัว ครู เพื่อน การจัดการรายได้ของนักเรียน และกิจกรรมที่สนับสนุนในการออกกำลังกาย ซึ่งปัจจัยดังกล่าวสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินได้ ร้อยละ 39.5 ($R^2 = 0.395$) และสอดคล้องกับ พัชรภณัท ไชยสังข์ และคณะ⁽⁷⁾ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยเสริมและความเชื่อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ และที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 และสามารถพยากรณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ได้ ร้อยละ 41.8 ($R^2 = 0.418$, $F = 57.420$)

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานที่ได้จากการวิจัยนำไปใช้สำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียนให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด
2. เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนนโยบาย จัดทำแผนงาน/โครงการแบบบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดการภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียนได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1. ควรศึกษาการพัฒนา รูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียน เพื่อนำผลรูปแบบที่ได้ นำมาส่งเสริม ควบคุมและป้องกันการเกิดภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียนต่อไป
2. ควรศึกษาโปรแกรมทดลองการส่งเสริมภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียน เพื่อนำโปรแกรมที่ได้ ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริม ควบคุมและป้องกันสุขภาพภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียนให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

เอกสารอ้างอิง

1. ปุริวิทย์ ทองแดง, จันทร์จิรา สีสว่าง. ภาวะน้ำหนักเกินในเด็กไทย. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2555;18(3): 287-97.
2. สุภาวดี อรรถพัฒน์. ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนกับภาวะอ้วนของนักเรียน เขตพื้นที่การศึกษาที่ 2 จังหวัดชลบุรี [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล เวชปฏิบัติชุมชน]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2557.
3. พรประภา ขุนวิจิต. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนจังหวัดปราจีนบุรี. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์]. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยมหิดล; 2557.
4. World Health Organization. Obesity and overweight [Internet]. 2016. [cited 2016 Nov 15] Available form: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
5. สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล. โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทยปี 2555-2563. นครปฐม: ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกาย ประเทศไทย; 2564.
6. Davison KK, Birch LL. Childhood overweight: a contextual model and recommendations for future research. Obes Rev. 2001 Aug;2(3):159-71. doi: 10.1046/j.1467-789x.2001.00036.x.
7. อีรุณี เอกะกุล. ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. อุบลราชธานี: สถาบันราชภัฏ อุบลราชธานี; 2553.
8. กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยเรียน. รายงานผลการดำเนินงานภาวะโภชนาการในเครือข่ายบริการสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 11. นครศรีธรรมราช: ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช; 2565.
9. อีรุณี เอกะกุล. ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. อุบลราชธานี: สถาบันราชภัฏ อุบลราชธานี; 2553.

10. สำนักงานทะเบียนและวัดผล. คู่มือนักศึกษาระดับปริญญาตรีประจำปีการศึกษา. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2564.
11. รัตน์ บัณฑิต. การประเมินโครงการ/การวิจัยเชิงปริมาณ. กรุงเทพฯ: คอมแพคท์พริ้นท์; 2550.
12. จิราภรณ์ ปัญญรัตน์โชติ, ชัญญิตาคุชฎี พูลศิริ, สมสมัย รัตนกริธากุล. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนชั้นประถมศึกษาในโรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองสมุทรสงคราม. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2560;25(2):43-56.
13. Coelho LG, Cândido AP, Machado-Coelho GL, Freitas SN. Association between nutritional status, food habits and physical activity level in schoolchildren. J Pediatr (Rio J). 2012 Sep-Oct;88(5):406-12. English, Portuguese. doi: 10.2223/JPED.2211. Epub 2012 Sep 26. PMID: 23014848.
14. ชัยพฤกษ์ ต้นสุวัฒน์. ผลการใช้แบบฝึกกิจกรรมทางกายที่มีผลต่อดัชนีมวลกายของนักเรียน ที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนอนุบาลนครสวรรค์ [วิทยานิพนธ์ครุศาสตรศึกษา มหาบัณฑิต สาขาวิชาพลศึกษา]. นครสวรรค์: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์; 2560.
15. อนาวิน ภัทรภาคินวรกุล. บทบาทนักสาธารณสุขในการส่งเสริมโภชนาการของเด็กวัยเรียนในพื้นที่ห่างไกล และทุรกันดาร. วารสารสภาพการสาธารณสุขชุมชน 2563;2(2):1-13.

ผลของการเรียนรู้ด้วย Game-Based Learning “Multi-Shevana”

เรื่อง ยาปฏิชีวนะ ต่อความรู้และความพึงพอใจ ของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2565

กรรณิกา วิชัยเนตร^๑, ละอองดาว วรรณฤทธิ์^{*}, น้ำเพชร ยอดมูล^{**},
ธัญญาภรณ์ อามาตย์^{**}, ธนวรรณ นุ่มยองไย^{**}, อนัญญา สมบูรณ์ทวี^{**}

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้และความพึงพอใจการทบทวนบทเรียน เรื่อง ยาปฏิชีวนะ ของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2565 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้ด้วย Game-Based Learning “Multi-Shevana” กับกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้ตามปกติโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ การสุ่มแบบง่าย จำนวน 50 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองจำนวน 25 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 25 คน เครื่องมือที่ใช้การวิจัยมี 2 ส่วน ดังนี้ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ Game-Based Learning “Multi-Shevana” และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบความรู้และแบบประเมินความพึงพอใจ มีค่าความตรง (IOC) เท่ากับ 1.00 และ 0.67-1.00 ตามลำดับ และมีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.74 (KR-20) และ 0.94 (Cronbach’s Alpha Coefficient) ตามลำดับ วิเคราะห์คะแนนความรู้และคะแนนความพึงพอใจโดยใช้การทดสอบค่าที (t-test)

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เรื่อง ยาปฏิชีวนะ ของกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับการเรียนรู้ด้วย Game-Based Learning “Multi-Shevana” ($\bar{x}=12.76$, $SD=3.17$) มากกว่าก่อน การเรียนรู้ ($\bar{x}=6.28$, $SD=1.60$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลอง มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}=12.76$, $SD=3.17$, $\bar{x}=10.08$, $SD=3.54$, $t=2.83$, $p=0.01$) และ 3) ค่าเฉลี่ยคะแนน ความพึงพอใจของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มที่ควบคุม ($\bar{x}=3.96$, $SD=0.61$, $\bar{x}=3.56$, $SD=0.50$, $t=2.52$) อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

จากผลการศึกษาจะเห็นว่าการเรียนรู้ด้วย Game-Based Learning ในการทบทวนบทเรียนเรื่อง ยาปฏิชีวนะ เป็นการเรียนรู้ที่สามารถส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความรู้ มีส่วนร่วมในการเรียน และเกิดความพึงพอใจ นำไปสู่แนวทางการจัดการศึกษาที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้เรียนมีความรู้คู่ความสุข

คำสำคัญ: การเรียนรู้โดยใช้เกมเป็นฐาน; ความรู้; ความพึงพอใจ; นักเรียนพยาบาล

^{*} อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ กองทัพอากาศ

^{**} พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ กองทัพอากาศ

^๑ Corresponding author: กรรณิกา วิชัยเนตร Email: kanni.banana1962@gmail.com

รับบทความ: 17 มิ.ย. 66; รับบทความแก้ไข: 11 ก.ค. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 11 ก.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 16 ก.ค. 66

Effects of Game-Based Learning “Multi-Shevana” Titled Antibiotics on Knowledge and Satisfactions among Second Year Air Force Student Nurses, Academic Year 2022

Kannika Wichainate^{*a}, La-Ongdao Wannarit^{*}, Numphet Yodmool^{**},
Thanyaporn Armat^{**}, Thanawan Numyongyai^{**}, Ananya Somboontawee^{**}

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare knowledge and satisfaction of the topic of antibiotics of sophomore Air Force student nurses in 2022 academic year 2022 between 2 groups: one that learned through Game-Based Learning “Multi-Shevana” and another that received traditional learning. Samples were 50 second-year Air Force nursing students selected through simple random sampling and randomly assigned to an experimental and a control group with 25 samples in each group.

Research instruments were consisted of: 1) game-based learning “Multi-Shevana” for the experimental group and 2) instruments for data collection comprising of knowledge tests and satisfaction assessments with content validity (IOC) of 1.00 and 0.67-1.00 and the reliability of 0.74 (KR-20) and 0.94 (Cronbach’s Alpha Coefficient), respectively. Changes of knowledge scores and differences in satisfaction scores were analyzed using the t-test statistics.

The results showed that after applying the experiment 1) antibiotic knowledge mean scores of the experimental group after learning by Game-Based Learning “Multi-Shevana” ($\bar{x}=12.76$, $SD3.17$) was significantly higher than before the learning ($\bar{x}=6.28$, $SD=1.60$) with $p<0.05$; 2) antibiotic knowledge mean scores of the experimental group ($\bar{x}=12.76$, $SD= 3.17$) were significantly higher than those in the control group ($\bar{x}=10.08$, $SD= 3.54$) with $p= 0.01$; and 3) The satisfaction mean scores of the experimental group ($\bar{x}=3.96$, $SD= 0.61$) were significantly higher than those from the control group ($\bar{x}=3.56$, $SD=0.50$) with $p<0.05$.

The results suggested that game-based learning on antibiotics is effective in promoting knowledge, participation and satisfactions among learners. This will lead to effective educational management that gives learners knowledge and happiness.

Keywords: Game-based learning; Knowledge, Satisfaction, Nursing students

^{*} Instructor, Royal Thai Air Force Nursing College, Directorate of Medical Services, Royal Thai Air Force

^{**} Registered Nurse, Bhumibol Adulyadej Hospital, Directorate of Medical Services, Royal Thai Air Force

^a Corresponding author: Kannika Wichainate Email: kanni.banana1962@gmail.com

Received: Jun. 17, 23; Revised: Jul. 11, 23; Accepted: Jul. 11, 23; Published Online: Jul. 16, 23

บทนำ

วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ เป็นสถาบันการศึกษาเฉพาะทางระดับอุดมศึกษาของกองทัพอากาศ สังกัดกระทรวงกลาโหม มีปณิธานมุ่งมั่นในการพัฒนาสถาบันให้เป็นแหล่งผลิตพยาบาลทหารที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล ในปัจจุบันมีการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2561 โครงสร้างหลักสูตรฯ กำหนดให้รายวิชาเภสัชวิทยาพื้นฐาน เป็นรายวิชาบังคับในหมวดวิชาเฉพาะ กลุ่มพื้นฐานวิชาชีพ จัดการเรียนการสอนแก่นพอ.ชั้นปีที่ 1 ในภาคเรียนที่ 1 โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้เบื้องต้นทางด้านเภสัชวิทยา การออกฤทธิ์ และผลข้างเคียงของยา การติดยา พิษของยา และปฏิกิริยาต่อกันของยา หลักในการบริหารยา และการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ยาที่ใช้รักษาอาการตามระบบต่างๆของร่างกาย ยาฆ่าเชื้อ ยาต้านจุลชีพ ยารักษามะเร็ง สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในวิชาชีพการพยาบาลอย่างถูกต้องและสมเหตุสมผล⁽¹⁾

การเรียนรู้โดยใช้เกมเป็นฐาน (GBL: Games-Based Learning) เป็นการจัดการเรียนรู้โดยใช้เกมเป็นสื่อในการเรียนรู้ ซึ่งถูกออกแบบมาเพื่อให้มีความสนุกสนานไปพร้อมกับ การได้รับความรู้ โดยสอดแทรกเนื้อหาทั้งหมดของหลักสูตรนั้นๆ เอาไว้ในเกมและให้ผู้เรียนลงมือเล่นเกม โดยที่ผู้เรียนจะได้รับความรู้ต่างๆ ของหลักสูตรนั้นผ่านการเล่นเกม⁽²⁾ GBL เป็นสื่อใหม่ที่ทันสมัยที่กำลังเข้ามามีบทบาทกับแวดวงการศึกษา และการพัฒนามนุษย์เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ แบบก้าวกระโดด เนื่องมาจาก 3 เหตุผลหลัก ได้แก่ 1) GBL สามารถสร้างความมีส่วนร่วม (Engage) กับผู้เรียนแต่ละคนได้ เพราะเกมจะถูกออกแบบให้มีจุดสำคัญในการเรียนรู้ (Learning point) ลงไปในบริบท (Context) ของเกมทำให้เรียนรู้ไปพร้อมกับได้รับความเพลิดเพลิน ซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญอย่างมากสำหรับผู้เรียน 2) GBL เป็นกระบวนการที่เน้นให้ทุกคนมีปฏิสัมพันธ์และเรียนรู้ร่วมกัน (Interactive learning process) สามารถทำให้ความคิดเห็นของคนที่หลากหลายรวมกันเป็นเป้าหมายเดียวกันได้ และ 3) GBL สามารถนำเอาทั้งการมีส่วนร่วมและการปฏิสัมพันธ์เรียนรู้ร่วมกันมารวมไว้ด้วยกัน เป็นสื่อเดียวกัน เครื่องมือเดียวกัน⁽³⁾ Games-Based Learning ถือเป็น E-Learning อีกรูปแบบหนึ่งที่ทำให้การจัดการเรียนการสอนมีคุณภาพมากขึ้น มีความทันสมัย แปลกใหม่ และกระตุ้นความสนใจของผู้เรียน ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความพร้อมที่จะเรียนด้วยความสนุกสนาน มีความรวดเร็วในการรับรู้ สามารถจดจำเนื้อหาได้อย่างแม่นยำ ช่วยให้ผู้เรียนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ดีขึ้น มีความคงทนของความรู้ได้ดีกว่าหรือเท่ากับการสอนปกติ⁽⁴⁾ ซึ่งเหมาะกับการจัดการเรียนรู้ในหน่วยการเรียนรู้ที่มีเนื้อหาที่ต้องจดจำเป็นจำนวนมาก เช่น วิชาเภสัชวิทยาพื้นฐาน เป็นต้น

การจัดการเรียนการสอนในรายวิชาเภสัชวิทยาพื้นฐานที่ผ่านมา มีรูปแบบการสอนแบบบรรยาย และการตั้งคำถาม เพื่อให้ผู้เรียนได้เรียนรู้รายละเอียดเนื้อหาอย่างครบถ้วนพร้อมกับตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นให้เกิดการคิดและการเรียนรู้ของผู้เรียน รวมถึงเพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้เรียนในขณะเรียนด้วย ซึ่งหลังจากเสร็จสิ้นการจัดการเรียนการสอน จะมีการวัดและประเมินผลด้วยการสอบ ซึ่งพบว่าผู้เรียนมีคะแนนสอบครั้งแรกไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 ในเรื่อง ยาฆ่าเชื้อ ยาต้านจุลชีพ และยารักษามะเร็ง มากที่สุดเป็นอันดับหนึ่ง 3 ปีซ้อนหลัง คิดเป็นร้อยละ 96.88, 95.08 และ 88.52 ตามลำดับ ซึ่งปัญหาที่พบนี้อาจเกิดจาก

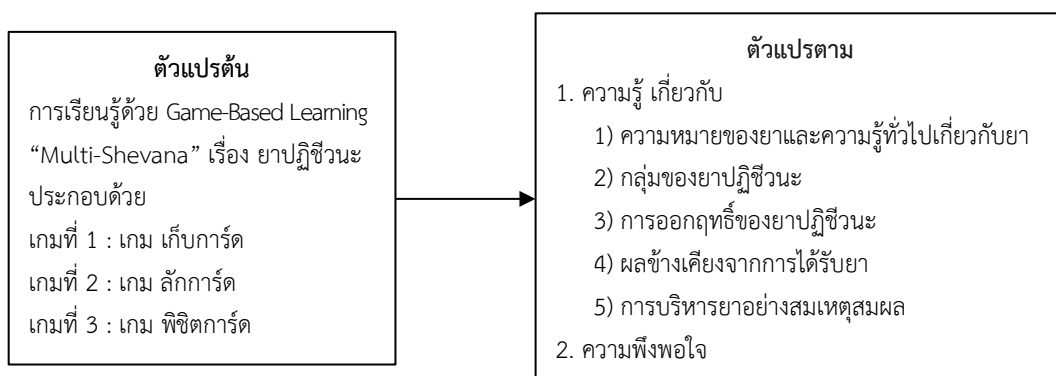
หลายปัจจัย ได้แก่ ผู้เรียน ผู้สอน วิธีการสอน สื่อการสอน รวมถึงเป็นหัวข้อที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับยาจำนวนมาก และผู้เรียนต้องจดจำเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ต่อไป

จากผลการสำรวจความคิดเห็นของ นพอ.ชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2564 จำนวน 61 คน ใน 2 ประเด็น ได้แก่ 1) ความยาก-ง่ายในการเรียนรู้เนื้อหาวิชาในกลุ่มพื้นฐานวิชาชีพ และ 2) รายวิชาที่มีเนื้อหาที่เป็นประโยชน์มากที่สุดในการนำไปใช้ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล พบว่าร้อยละ 80 คิดว่าวิชาเภสัชวิทยาพื้นฐานมีความยากมากที่สุด และหน่วยการเรียนรู้วิชาเภสัชวิทยาพื้นฐานที่ยากมากที่สุดเป็นอันดับแรก คือ เรื่อง ยาฆ่าเชื้อ ยาด้านจุลชีพ และยารักษาเมเร็ง คิดเป็นร้อยละ 37.7 ซึ่งสัมพันธ์กับผลคะแนนสอบในรายวิชาเภสัชวิทยาพื้นฐานที่ผู้เรียนส่วนมากสอบไม่ผ่านเกณฑ์ โดยเฉพาะในเรื่องของยาฆ่าเชื้อ ยาด้านจุลชีพ และยารักษาเมเร็ง และเห็นว่าวิชาเภสัชวิทยาพื้นฐานเป็นรายวิชาที่มีประโยชน์มากที่สุดในการนำไปใช้ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเป็นอันดับสองรองจากวิชากายวิภาคศาสตร์ และจากทฤษฎีการเรียนรู้ของเอดการ์ เดล การเรียนรู้ที่ดีเกิดจากการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติหรือการลงมือทำ “ความรู้” ที่เกิดขึ้นเป็นความรู้ที่ได้จากประสบการณ์ จากกระบวนการในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่ผู้เรียนมีโอกาสมือกระทำมากกว่าการฟังเพียงอย่างเดียว ผู้เรียนได้เรียนรู้โดยการอ่าน การเขียน การโต้ตอบและการวิเคราะห์ปัญหา อีกทั้งให้ผู้เรียนได้ใช้กระบวนการคิดขั้นสูง ได้แก่ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินค่า⁽⁵⁾

คณะผู้วิจัยเล็งเห็นถึงปัญหาและความสำคัญของการเรียนรู้ของนพอ. ในรายวิชาเภสัชวิทยาพื้นฐาน เรื่อง ยาปฏิชีวนะ ซึ่งเป็นเนื้อหาสำคัญที่ต้องจดจำ นำไปใช้ขณะฝึกปฏิบัติการพยาบาลและเมื่อจบเป็นพยาบาลวิชาชีพในอนาคต เพื่อให้บริหารยาและดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะได้อย่างมีประสิทธิภาพและสมเหตุผลทางคณะผู้วิจัยจึงพัฒนา Game-Based Learning “Multi-shevana” ขึ้นเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้เรื่องยาปฏิชีวนะให้แก่ นพอ.ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2565 ก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมูลฐาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้คณะผู้วิจัยได้นำหลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับการเรียนรู้ของ เอดการ์ เดล รูปแบบการเรียนรู้แบบ Game-Based Learning และ Active Learning⁽²⁻⁵⁾ รวมถึงผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมาผสมผสานเพื่อสร้างเกม “Multi-Shevana” เรื่อง ยาปฏิชีวนะ สำหรับนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2565 ซึ่งสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ เรื่อง ยาปฏิชีวนะ ของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2565 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนรู้ตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้ด้วย Game-Based Learning “Multi-Shevana”
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจ ของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2565 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนรู้ตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้ด้วยเกม Game-Based Learning “Multi-Shevana”

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

วิจัยฉบับนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2565 จำนวน 61 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2565 จำนวน 50 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน กลุ่มควบคุม 25 คน กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1.1 เป็นนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 2 ที่สอบผ่านการเรียนในรายวิชาเภสัชวิทยาพื้นฐาน ในปีการศึกษา 2564

1.2 มีภาวะสุขภาพที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการเรียนรู้ด้วย Game-Based Learning “Multi-Shevana” หรือการเรียนรู้แบบปกติ ได้แก่ การรับรู้สติสัมปชัญญะดี การมองเห็นการได้ยินปกติ และมีการสื่อสารปกติ ไม่เป็นโรคติดต่อ เช่น โควิด-19 เป็นต้น

1.3 ให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2) เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยจนครบกระบวนการหรือมีเหตุที่ไม่สามารถดำเนินการวิจัยต่อจนครบกระบวนการได้

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power ขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ ขนาดปานกลาง (0.7636516) อำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.8 และระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการอย่างน้อยในแต่ละกลุ่มคือ 22 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมดอย่างน้อย คือ 44 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการศึกษา จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 13 เท่ากับจำนวน 6 คน ดังนั้นจึงมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง จำนวน 25 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ Game-Based Learning “Multi-Shevana” มีลักษณะเป็นเกมการ์ดที่ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีร่วมด้วย พัฒนาขึ้นเพื่อเป็นสื่อประกอบการทบทวน เรื่อง ยาปฏิชีวนะ รายวิชาเภสัชวิทยาพื้นฐาน เนื้อหาครอบคลุม 5 หัวข้อ ได้แก่ ความหมายของยาและความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยา, กลุ่มของยาปฏิชีวนะ, การออกฤทธิ์ของยาแต่ละชนิด และผลข้างเคียงจากการได้รับยา ประกอบด้วย 3 เกม ได้แก่ เกมที่ 1: เกมเก็บการ์ด, เกมที่ 2: เกมลักการ์ด และ เกมที่ 3: เกมพิชิตการ์ด โดยมี การเตรียมการ ก่อนการเริ่มเกมมีการเตรียมการดังนี้ 1) เตรียมผู้เล่น: 25 คน แบ่งเป็น 5 ทีม ทีมละเท่ากัน 2) เตรียมกรรมการ: 3 คน ได้แก่ คนที่ 1 ถามคำถามและเฉลยคำตอบในคอมพิวเตอร์ คนที่ 2 ควบคุมการดำเนินของเกมและกติกา และคนที่ 3 นับและบันทึกคะแนน **อุปกรณ์:** อุปกรณ์สำหรับตัวเกม ได้แก่ คอมพิวเตอร์โปรเจกเตอร์ การ์ดความรู้ กระดาษกติก และอุปกรณ์สำหรับผู้เล่น ได้แก่ สมาร์ทโฟน หรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่ใช้ในการเรียน เช่น IPAD **การตัดสินใจ:** พิจารณาจากคะแนนรวมครั้งสุดท้าย คือการนำคะแนนในเกมที่ 2 มารวมกับเกมที่ 3 ทีมใดมีคะแนนมากที่สุด จะเป็นฝ่ายชนะ

วิธีการเล่น: เกมที่ 1 เกม “เก็บการ์ด” ได้แก่

1) ทายคำปริศนา โดยคำปริศนา คือ ชื่อเพลงที่สลับตัวอักษรโดยให้ผู้เล่นทายชื่อเพลงให้ถูกต้อง เมื่อทีมใดทายถูก ทีมนั้นจะได้การ์ดความรู้ไป (ทีมที่ทราบคำตอบจากคำปริศนา/หรือต้องการทายคำตอบสามารถกดกระดิ่งตอบได้ทันที โดยทีมที่กดได้ก่อนจะมีสิทธิ์ตอบเป็นทีมแรก เมื่อตอบผิดจะไม่ได้การ์ดความรู้ และสิทธิ์ในการตอบจะตกเป็นของทีมถัดไป)

2) เมื่อทีมใดได้การ์ดความรู้แล้ว จะต้องอ่านความรู้ในการด้นนั้นให้ผู้เล่นทุกคนได้ฟัง (โดยการด้นจะมีทั้งหมด 35 ใบ แบ่งออกเป็น 9 กลุ่มยา)

3) เมื่อทีมใดได้การ์ดครบจำนวน 7 การ์ด ก่อนจะได้พัก และรอกลุ่มที่เหลือเก็บการ์ดความรู้จนได้ครบตามจำนวนที่กำหนด โดยทุกทีมจะได้การ์ดความรู้จำนวนเท่ากัน แต่เนื้อหาภายในการ์ดจะแตกต่างกัน

วิธีการเล่น: เกมที่ 2 “เกมลักการ์ด” ได้แก่

1) เมื่อแต่ละทีมได้การ์ดมาจากเกมที่ 1 “เกมเก็บการ์ด” ต่อมาจะเล่นเกมที่ 2 “เกมลักการ์ด” กล่าวคือจะมีการดกกองกลางอีก 1 ชุด อยู่กับกรรมการผู้ควบคุมการดำเนินของเกม ซึ่งเนื้อหาภายในการ์ดจะเหมือนกับการ์ดที่แจกให้ผู้เล่นไปในเกมที่ 1 โดยผู้เล่นแต่ละทีมจะต้องทำการชิงการ์ดที่ตนเองอยากได้มาจากกรรมการผู้ควบคุมเกม เพื่อให้ได้เนื้อหาครบตามจำนวนในกลุ่มยานั้นๆ (เช่น ทีมที่ 1 เก็บการ์ดจากเกมแรก ได้กลุ่มยา Chloramphenicol 2 การ์ด คือการรักษาและข้อควรระวัง แต่ขาดอีก 1 การ์ด คือผลข้างเคียง ดังนั้นจึงต้องทำการลัก/ชิงการ์ดจากผู้ควบคุมเกมมาอีก 1 การ์ด เพื่อให้ครบ 3 การ์ด)

2) วิธีการลักหรือชิงการ์ด ผู้เล่นจะต้องทายคำปริศนาให้ถูกต้อง โดยคำปริศนานั้นจะเป็นชื่อยาในการดความรู้ จำนวน 23 คำ กติกาการเล่น ผู้เล่นจะต้องแย่งกติกครั้งให้ได้เป็นคนแรก และบอกผู้ควบคุมเกมว่าต้องการการ์ดในกลุ่มยาตัวใดเพิ่มเติม จากนั้นจะต้องทายคำปริศนาที่เป็นชื่อยาในกลุ่มยานั้นให้ถูกต้อง จึงจะได้การ์ดที่ตนต้องการ (เช่น ผู้เล่นต้องการการ์ดในกลุ่มยา Aminoglycoside ผู้เล่นจะต้องทายคำปริศนาชื่อยาในกลุ่ม Aminoglycoside ให้ถูกต้อง)

3) เมื่อทีมใดสามารถเก็บสะสมการ์ดในกลุ่มยาแต่ละกลุ่มได้ครบ จะมีคะแนนโบนัส 100 คะแนน (เช่น ทีมที่ 2 จากเดิมมีการ์ดยากลุ่ม Aminoglycoside 2 การ์ด สามารถเก็บจนครบ 3 การ์ด จะได้รับคะแนนโบนัส 100 คะแนน)

4) การ์ดในแต่ละกลุ่มยาจะมีคะแนน การ์ดละ 50 คะแนน ทีมไหนสะสมการ์ดได้มากที่สุด รวมถึงได้คะแนนโบนัสจากการสะสมการ์ดในกลุ่มยาตัวนั้นครบ เมื่อนับคะแนนรวมทีมไหนได้คะแนนมากที่สุด จะเป็นฝ่ายชนะในส่วนของเกมนี้ 2 (เช่น ทีมที่ 1 ได้การ์ดกลุ่ม Aminoglycoside ครบ 3 การ์ด จะมีคะแนน 150 คะแนน + โบนัส 100 คะแนน รวมคะแนน 250 คะแนน และเก็บได้การ์ดยากลุ่ม Beta-Lactam ได้ 2 การ์ด ซึ่งไม่ครบจำนวน จึงไม่ได้โบนัส ดังนั้นจึงได้คะแนนรวม 100 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดที่ทีม 1 ได้ คือ 350 คะแนน)

5) เมื่อทีมใดสะสมการ์ดได้ครบจำนวนในกลุ่มยานั้น จะต้องอ่านให้ทุกคนฟังอีกครั้งเพื่อเป็นการทบทวนความรู้ร่วมกันอีกครั้ง

วิธีการเล่น: เกมที่ 3 เกม “พิชิตการ์ด” ได้แก่

1) เมื่อผู้เล่นผ่านการเล่นในเกมที่ 1 และ 2 แล้ว ต่อมาเป็นการนำความรู้ในการ์ดที่เก็บได้มาตอบคำถามในรูปแบบของเกม Vonder Go

2) ในเกมนี้ผู้เล่นทุกคนจะต้องใช้สมาร์ทโฟน หรือ IPAD สแกนคิวอาร์โค้ดเข้าเกม แต่ละคนเข้าได้เพียง 1 เครื่องเท่านั้น

3) การนับคะแนน จะนำคะแนนของผู้เล่นในทีมแต่ละทีมมารวมกัน ทีมใดมีคะแนนมากที่สุด จะถือว่าเป็นผู้ชนะในเกมที่ 3

คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาทั้งหมด 3 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ปัญหา และกำหนดเนื้อหาสาระความรู้ ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ ได้แก่ ทฤษฎีการเรียนรู้ของเอดการ์ เดล และการเรียนรู้แบบ Active learning และ Game-Based Learning และขั้นตอนที่ 3 พัฒนาเกม โดยปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ให้มีรูปแบบและวิธีการเล่นที่ง่าย มีการแข่งขัน สามารถดึงดูดให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม เกิดการเรียนรู้ร่วมกันด้วยความสนุกสนาน ผ่อนคลาย และมีความสุข เครื่องมือได้รับตรวจสอบความเหมาะสมของประสิทธิภาพของเกม ทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านเนื้อหา 2) ด้านรูปแบบการเล่น 3) ด้านกราฟิก โดยใช้แบบสอบถามตามแบบวัดทัศนคติของ Likert's Scale มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า มีตัวเลือก 5 ระดับ จำนวน 14 ข้อ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.42 คณะผู้วิจัยปรับปรุงรูปแบบของเกมทั้งหมด 2 ส่วน ได้แก่ รูปแบบการเล่นให้มีการแข่งขันและแรงจูงใจมากขึ้น และเพิ่มระยะเวลาในการเล่นเพื่อส่งเสริมให้เกิดการจำและเรียนรู้ร่วมกันมากขึ้นตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้ (Pilot study) กับนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2565 จำนวน 25 คน ผลพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.72

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบทดสอบความรู้ เรื่อง ยาปฏิชีวนะ และ 3) แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนรู้เรื่องยาปฏิชีวนะ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ และเกรดเฉลี่ยสะสม

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่อง ยาปฏิชีวนะ มีลักษณะคำถามเป็นชนิดปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ ตอบถูก ให้เป็น 1 คะแนน และตอบผิดหรือไม่ตอบ ให้เป็น 0 คะแนน คะแนนรวมสูงสุด 20 คะแนน คะแนนรวมต่ำสุด 0 คะแนน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(Content validity) ด้วยค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 และนำไปทดลองใช้กับนักเรียนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 25 คน วิเคราะห์ค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ KR-20 เท่ากับ 0.74

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนรู้ เรื่อง ยาปฏิชีวนะ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามความพึงพอใจหลังกลุ่มตัวอย่างได้รับการเรียนรู้ เรื่อง ยาปฏิชีวนะ มีคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้มาตรวัดเจตคติแบบลิเคิร์ต (Likert rating scales) เป็นมาตราส่วนประเมินค่า มีตัวเลือก 5 ระดับ โดยผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 50 คะแนน คะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 10 คะแนน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ด้วยค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.67-1.00 และนำไปทดลองใช้กับนักเรียนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 25 คน วิเคราะห์ค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขึ้นก่อนการทดลอง ผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน 50 คน ทำแบบทดสอบความรู้ก่อนการทดลอง 13 วัน
2. ขึ้นทดลอง

2.1 กลุ่มทดลอง จำนวน 25 คน ได้รับการอธิบายกฎ กติกา และวิธีการเล่นเกม ก่อนที่จะได้รับการทบทวนความรู้ด้วย Game-Based Learning “Multi-Shevana” โดยแบ่งจำนวนผู้เล่นเป็น 5 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คน เพื่อทบทวนความรู้เรื่อง ปฏิชีวนะ ตามกฎ กติกา และวิธีการเล่นเกมตามที่กำหนดไว้ ใช้เวลาจำนวน 1 ชั่วโมง 45 นาที

2.2 กลุ่มควบคุม จำนวน 25 คน ได้รับการทบทวนความรู้ตามปกติ โดยการทบทวนเอกสารความรู้ที่ครอบคลุมสาระสำคัญเช่นเดียวกับที่บรรจุใน Game-Based Learning “Multi-Shevana” โดยอิสระในรูปแบบเฉพาะตน ใช้เวลาจำนวน 1 ชั่วโมง 45 นาที

3. ขึ้นหลังการทดลอง

ภายหลังจากเสร็จสิ้นการทดลอง 2 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน ทำแบบทดสอบความรู้ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนรู้ที่ตนได้รับ ทั้งนี้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะไม่ได้พบกัน หรือไม่ได้ติดต่อสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลกันด้วยวิธีการใดๆ จนกว่าจะทำแบบทดสอบความรู้และความพึงพอใจเสร็จสิ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และทดสอบความแตกต่างคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

2. คะแนนความรู้ วิเคราะห์โดยการทดสอบค่าที่เป็นอิสระจากกัน (t-test for Independent samples) เพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และการทดสอบค่าที่เป็นอิสระจากกัน (t-test for dependent samples) เพื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

3. คะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนรู้ วิเคราะห์โดยการทดสอบค่าที่เป็นอิสระจากกัน (t-test for independent samples) เพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

กลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ และการรักษาความลับโดยข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ก่อนเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้อ่านเอกสารชี้แจงและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ด้วยความเข้าใจ และสมัครใจก่อนลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 94 อยู่ในช่วงอายุ 18-19 ปี จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 56 มีเกรดเฉลี่ย (GPAX) ระหว่าง 2.51-3.00 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54 (27 คน) ผลทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ และเกรดเฉลี่ย (GPAX) ของ นพอ.ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2565 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้ด้วย Game-Based Learning “Multi-Shevana” และกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้ตามปกติ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ และเกรดเฉลี่ย ของกลุ่มตัวอย่าง (n=50)

ข้อมูล	เรียนรู้ด้วยGBL “Multi-Shevana”	เรียนรู้ ตามปกติ	ค่าเฉลี่ย	จำนวน (คน)	ร้อยละ	χ^2 (df)	p-value
เพศ			—			0.2 (1)	0.14
ชาย	0	3		3	6		
หญิง	25	23		48	94		
อายุ (ปี)			19.46			0.157	>0.05
18-19 ปี	15	13		28	56	(1)	
20-21 ปี	10	12		22	44		

ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ และเกรดเฉลี่ย ของกลุ่มตัวอย่าง (n=50)

ข้อมูล	เรียนรู้ด้วยGBL “Multi-Shevana”	เรียนรู้ ตามปกติ	ค่าเฉลี่ย	จำนวน (คน)	ร้อยละ	χ^2 (df)	p-value
เกรดเฉลี่ย (GPAX)			2.89			0.88 (2)	>0.05
<2.00	0	0		0	0		
2.00-2.50	4	5		9	18		
2.51-3.00	12	15		27	54		
3.01-3.50	6	3		9	18		
>3.50	3	2		5	10		

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เรื่อง ยาปฏิชีวนะ

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนการเรียนรู้ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้ด้วย GBL “Multi-Shevana” และกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้ตามปกติ เท่ากับ 6.28 (SD=1.60) และ 5.48 (SD=1.61) ตามลำดับ เมื่อทดสอบด้วย Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เรื่องยาปฏิชีวนะ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้ด้วย GBL “Multi-Shevana” และกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้ตามปกติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t=1.77, p=0.08) ดังแสดงในตารางที่ 2

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ภายหลังการทบทวนความรู้ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้ด้วย GBL “Multi-Shevana” และกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้ตามปกติ เท่ากับ 12.76 (SD=3.17) และ 10.08 (SD=3.54) ตามลำดับ เมื่อทดสอบด้วย Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เรื่อง ยาปฏิชีวนะ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้ด้วย GBL “Multi-Shevana” และกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้ตามปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t=2.83, p=0.01) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เรื่อง ยาปฏิชีวนะ ก่อนและหลังการเรียนรู้ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้ด้วย GBL “Multi-Shevana” และกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้ตามปกติ (n=50)

คะแนนความรู้	เรียนรู้ด้วย GBL “MultiShevana”		เรียนรู้ตามปกติ		df	t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
ก่อนเรียนรู้	6.28	1.60	5.48	1.61	48	1.77	0.08
หลังเรียนรู้	12.76	3.17	10.08	3.54	48	2.83	0.01*

*p<0.05

ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนรู้

ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้ด้วย GBL “Multi-Shevana” เท่ากับ 3.96 (SD=0.61) มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่ำสุด เท่ากับ 3.25 และสูงสุดเท่ากับ 5.00 และของกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้ตามปกติ เท่ากับ 3.56 (SD=0.50) มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่ำสุด เท่ากับ 2.83 และสูงสุดเท่ากับ 4.25 เมื่อทดสอบด้วย Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจ เรื่อง ยาปฏิชีวนะ หลังการทบทวนความรู้ของกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้ด้วย GBL “Multi-Shevana” มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการทบทวนความรู้ตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=2.52$, $p=0.02$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย ความพึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนรู้ เรื่อง เรื่อง ยาปฏิชีวนะ ก่อนและหลังการเรียนรู้ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้ด้วย GBL “Multi-Shevana” และกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้ตามปกติ ($n=50$)

คะแนนความพึงพอใจ	เรียนรู้ด้วย GBL "Multi-Shevana"		เรียนรู้ตามปกติ		df	t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
หลังเรียนรู้	3.96	0.61	3.56	0.50	48	2.52	0.02*

* $p<0.05$

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2565 ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการเรียนรู้ด้วย Game-Based Learning “Multi-Shevana” มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เท่ากับ 6.28 (SD=1.60) และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการเรียนรู้ตามปกติ มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 5.48 (SD=1.61) ซึ่งพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน สำหรับหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย คะแนนความรู้เท่ากับ 12.76 (SD=3.17) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.08 (SD=3.54) แสดงให้เห็นว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ดังตารางที่ 2) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อ 1 สามารถอธิบายได้ว่า Game-Based Learning “Multi-Shevana” ที่นำมาใช้ในการจัดการเรียนรู้เป็นสื่อรูปแบบหนึ่งซึ่งออกแบบมาให้ผู้เรียน เกิดความสนุกสนานควบคู่กับการได้สาระความรู้จากการเล่นเกม ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความพร้อมที่จะเรียนรู้ด้วยความสุข ซึ่งเป็นเกมที่รวบรวมความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ ได้แก่ ความหมายของยาและความรู้ทั่วไป กลุ่มของยาปฏิชีวนะ การออกฤทธิ์ของยาแต่ละชนิด รวมไปถึงผลข้างเคียงจากการได้รับยา ไว้ในการ์ดความรู้ โดยแยกเป็นกลุ่มยาทำให้ง่ายต่อการเรียนรู้ และจดจำ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ณัฏฐา ผิวนา⁽⁴⁾ ที่กล่าวว่า เกมการศึกษาเป็นเครื่องมือในการจูงใจให้เกิดการเรียนรู้ มีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น รู้จักหาเหตุผลและตัดสินใจด้วยตนเอง ทำให้ผู้เรียนได้เกิดการเรียนรู้สิ่งต่างๆ ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความพร้อมที่จะเรียนรู้ด้วยความสนุกสนาน ทำให้มีความรวดเร็วในการรับรู้ สามารถจดจำเนื้อหาได้อย่างแม่นยำ ช่วยพัฒนาผู้เรียนให้มีผลสัมฤทธิ์

ทางการเรียนที่ดีขึ้น ช่วยให้มีความคงทนของความรู้ได้ดีกว่าหรือเท่ากับการสอนปกติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ศานต์ พานิชิติ และคณะ⁽⁶⁾ ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาผลสัมฤทธิ์ของการจัดการเรียนรู้ผ่านเกมในวิชาระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรม Cisco Aspire Networking Academy Edition ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาที่เรียนโดยการจัดการเรียนรู้ผ่านเกมมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ และเจตคติต่อการเรียนรู้ผ่านเกมสูงกว่ากับการเรียนการสอนรูปแบบปกติอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญธัช วิภัติภูมิประเทศ⁽⁷⁾ ซึ่งพบว่า นักศึกษาที่เรียนรู้จากการเล่นเกม Kahoot ในวิชาอาเซียนศึกษา มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงกว่านักศึกษาที่เรียนรู้แบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Shadiey et al.⁽⁸⁾ ซึ่งได้ทำการออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ที่รองรับเกมภาษาอังกฤษในนาฬิกาสมาร์ทวอช ผลการวิจัยพบว่าระดับกระบวนการรับรู้ของนักเรียนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ และจากงานวิจัยของ Calle-Bustos et al.⁽⁹⁾ ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับเกมเสมือนจริงเพื่อการศึกษาการรักษาสำหรับเด็กที่เป็นโรคเบาหวาน ซึ่งจากการวิเคราะห์ตัวแปรความรู้ก่อนเล่นเกมและหลังเล่นเกมเพื่อตรวจสอบความแตกต่างของทั้งสองกลุ่ม พบว่าคะแนนความรู้ก่อนและหลังเล่นเกมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 จากการศึกษาทางวิจัยเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้ด้วยเกมของ ญัณฐา ผิวมา⁽⁴⁾ สรุปได้ว่าผลที่เกิดขึ้นจากการจัดการเรียนรู้ด้วยเทคโนโลยีเกมคอมพิวเตอร์ส่งเสริมผลการเรียนรู้และคุณลักษณะที่พึงประสงค์ มีส่วนช่วยพัฒนาผู้เรียนอย่างมาก ส่งผลให้ผู้เรียนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูง มีความคงทนในการเรียนรู้ ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้พร้อมกับความสนุกสนาน จูงใจให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึกรักอยากเรียนรู้ ไม่น่าเบื่อ รวมทั้งมีส่วนช่วยให้มีการเปลี่ยน พฤติกรรมการเรียนรู้ในระยะสั้นเป็นการเรียนรู้อย่างยั่งยืนต่อไป การเรียนรู้ด้วยเกมจึงเป็นเทคนิคการสอนหนึ่งที่ผู้สอนควรนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนรู้เพื่อให้เกิดประโยชน์กับผู้เรียน

จากผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับเรียนรู้ด้วย Game-Based Learning “Multi-Shevana” มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจหลังการเรียนรู้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้ตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ดังตารางที่ 3) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อ 2 สามารถอธิบายได้ว่า การเรียนรู้ด้วย Game-Based Learning ที่ให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้มากขึ้น รู้สึกสนุกสนานไปกับการเรียน มีการใช้กราฟฟิที่น่าสนใจ ทันสมัย มีการแข่งขันในเกมเพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดแรงจูงใจในการเล่นเพื่อชิงรางวัล และให้ผู้เรียนได้มีทักษะการสื่อสาร การช่วยเหลือกันและกันในการคิดหาคำตอบ รวมถึงมีปฏิสัมพันธ์กันภายในกลุ่ม และตลอดจนเกม Game-Based Learning “Multi-Shevana” ช่วยพัฒนาทักษะการมุ่งคว้าเป้าหมาย ทำให้ผู้เรียนเกิดความพยายามและแรงจูงใจที่จะทำสิ่งนั้นให้ดีขึ้น จนไปสู่จุดหมายที่ได้ตั้งใจไว้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญธัช ศรีเนยวสิน⁽¹⁰⁾ เกี่ยวกับการผลสัมฤทธิ์ของการเรียนรู้ เมื่อใช้สื่อการเรียนรู้แบบ Game-Based Learning พบว่า เป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้เรื่องต่าง ๆ อย่างสนุกสนาน เพลิดเพลิน และท้าทายความสามารถ ผู้เรียนมีความสุข และมีความพึงพอใจ ส่งผลให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่ติดตามมา อีกทั้งยังช่วยกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความสนใจในการเรียน มีส่วนร่วมในการเรียนรู้มากขึ้น และผลการศึกษาของ เกรียงไกร ลิ้มทอง⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้รูปแบบกิจกรรมผ่านเกมสำหรับการเข้าชั้นเรียนและการมีส่วนร่วมในชั้นเรียน พบว่า ผลการประเมินความพึงพอใจต่อกิจกรรมผ่านเกมอยู่ในเกณฑ์มากและมากที่สุด และผู้เรียน

มีความเห็นว่ารูปแบบการเรียนการสอนด้วยกิจกรรมผ่านเกมส์ช่วยให้เกิดการเรียนรู้และเข้าใจในเนื้อหามากขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยให้เกิดความสนุกสนานในการเรียนและช่วยให้ผู้เรียนต้องการเข้าร่วมชั้นเรียนมากขึ้นด้วย และจากงานวิจัยของ Cheng et al.⁽¹²⁾ ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับเกมการศึกษาเพื่อการเรียนรู้ภูมิคุ้มกันของมนุษย์ พบว่านักเรียนที่เรียนรู้ด้วยเกม Humunology มีประสิทธิภาพดีกว่าการเรียนรู้โดยการอ่านเนื้อหาในเว็บ และมีความพึงพอใจสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังมีผลการวิจัยของ Shadiev et al.⁽⁸⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการอำนวยความสะดวกกิจกรรมการเรียนรู้ที่รองรับเกมภาษาอังกฤษในนาฬิกา Smart watch พบว่ากิจกรรมการเรียนรู้ที่สนับสนุนนาฬิกา smart watch มีประโยชน์ต่อการเรียนรู้ภาษาและนักเรียนมีความพึงพอใจในการเรียนรู้ และจากงานวิจัยของ Calle-Bustos et al.⁽⁹⁾ ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับเกมเสมือนจริง เพื่อศึกษาการรักษาสำหรับเด็กที่เป็นโรคเบาหวาน พบว่า เด็กมีความพอใจในเกมและมีความมุ่งมั่นของ ความพึงพอใจสูง ผลการวิจัยดังกล่าว มีความสัมพันธ์กับทฤษฎีความสอดคล้องกับความคาดหวัง (Expectation confirmation theory) ของ Oliver Richard⁽¹³⁾ ที่กล่าวว่า ความพึงพอใจของ ผู้ใช้บริการเกิดจากการเปรียบเทียบระหว่าง ประสิทธิภาพของผลิตภัณฑ์หรือการบริการ (Perceived performance) และความคาดหวังของผู้ใช้บริการ (Expected performance) กรณีที่ ประสิทธิภาพของ ผลิตภัณฑ์ หรือการบริการมีมากกว่าความคาดหวังของผู้ใช้บริการจะเกิดเป็นความไม่สอดคล้องทางบวก ผู้ใช้บริการจะรู้สึก ว่าสิ่งที่ได้รับมีค่าสูงกว่า ก่อให้เกิดความพอใจต่อผลิตภัณฑ์หรือการบริการนั้นๆ

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

1. ควรมีการนำ Game-Based Learning “Multi-Shevana” ไปใช้ในการทบทวนความรู้ภายหลัง การจัดการเรียนการสอนตามปกติ ในรายวิชาเภสัชวิทยาพื้นฐาน เรื่อง ยาปฏิชีวนะ
2. ควรนำแนวคิด เทคนิค และวิธีการของ Game-Based Learning “Multi-Shevana” ไปใช้ในการ ออกแบบการทบทวนความรู้ในหัวข้ออื่นๆ ในรายวิชาเภสัชวิทยาพื้นฐาน หรือวิชาอื่นๆที่มีลักษณะวิชาใกล้เคียงกัน
3. ควรมีการพัฒนารูปแบบของ Game-Based Learning “Multi-Shevana” โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ให้สามารถเข้าถึงการเรียนรู้ได้สะดวก ทุกที่ ทุกเวลา ผ่านเกมแอปพลิเคชัน เกมออนไลน์ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

ควรมีการศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนโดยการประยุกต์ใช้ Game-Based Learning “Multi-Shevana” เปรียบเทียบกับการจัดการเรียนการสอนตามปกติ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกองทุนโรงเรียนพยาบาลทหารอากาศที่สนับสนุนทุนวิจัย รวมทั้ง น.ส.กัญญารัตน์ วิจิตรเวชการ, น.ส.กิ่งฉัตร คงยัง, น.ส.ปวีณธิดา ทองวล และ น.ส.มุกทิศา คณະดี และกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2561. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ; 2561.
2. ประหยัด จิระวรพงศ์. Games Based Learning: สื่อการเรียนรู้รูปแบบใหม่ของไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2565], เข้าถึงได้จาก: <http://nuybeam.blogspot.com/2010/08/game-based-learning.html>
3. วรวิทย์ อินทสระ. Game Based Learning - The Latest Trend Education 2019 - เปลี่ยนห้องเรียนเป็นห้องเล่น. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสวนดุสิต; 2562.
4. ญัษฐา ผิวมา. การจัดการเรียนรู้โดยใช้เกมเป็นฐานด้วยบูรณาการเทคโนโลยีเกมคอมพิวเตอร์. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์ 2564;7(ฉบับพิเศษ ครบรอบ 15 ปี มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์):1-15.
5. Dale E. Audio-Visual Methods in Teaching. 3rd ed. New York: Dryden Press; 1969.
6. ศานต์ พานิชศิริ, พิมพ์พรรณ ทิพย์แสง, อมรรัตน์ ฉิมพลีนานนท์, สุภาพร บางใบ, ปัญญา เทียนนาวา. การศึกษาผลสัมฤทธิ์ของการจัดการเรียนรู้ผ่านเกมในวิชาระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์โดยใช้ Cisco aspire networking academy edition. ว.มท.ส. (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์). 2560;2(1):79-89.
7. ธัญธัช วิภัติภูมิประเทศ. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาวิชาอาชีวศึกษาโดยการเรียนรู้ผ่านเกม Kahoot. วารสารรังสิตสารสนเทศ. 2562;25(2):50-63.
8. Shadiev R, Hwang W-Y, Liu T-Y. Facilitating cognitive processes during EFL smartwatch-supported learning activities in authentic contexts. Br J Educ Technol. 2021;52:1230-43.
9. Calle-Bustos AM, Juan M.-C, Garcí'a-García I, Abad F. An augmented reality game to support therapeutic education for children with diabetes. PLOS ONE [0184645]. 2017[cited 2022 Jul 25];Sep 28:1-23. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone>
10. ธัญญ์สร ศรีเนธิยวดีน. การจัดการเรียนการสอนโดยใช้เกมเป็นฐานที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษา. วารสาร มจร บาลีศึกษาศาสตร์ปริทัศน์ 2564;7(3):40-55.
11. เกรียงไกร ลิ้มทอง. การประยุกต์ใช้รูปแบบกิจกรรมผ่านเกมสำหรับการเข้าชั้นเรียนและการมีส่วนร่วมในชั้นเรียน: กรณีศึกษานักศึกษาภาควิชาวิศวกรรมคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพ. ในการประชุมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 8. สงขลา: มหาวิทยาลัยหาดใหญ่; 2560.
12. Cheng M-T, Su TF, Huang W-Y, Chen J-H. An educational game for learning human immunology: What do students learn and how do they perceive. Br J Educ Technol 2014;45(5):820-33.
13. Oliver R. Effect of expectation and disconfirmation on postexposure product evaluations: An alternative interpretation. Journal of Applied Psychology 1977;62(4):480-6.

การศึกษาการพัฒนาแบบแผนการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์

จุฑารัตน์ บุตรดีขันธุ์^a

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาบริบทการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ 2) ศึกษาการพัฒนาแบบแผนการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ และ 3) ศึกษาผลการดำเนินงาน และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานตามแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้สูงอายุ จำนวน 330 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 50 คน เป็นการเลือกแบบเจาะจง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบ t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการดำเนินงานตามแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุประกอบด้วย 1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานและวิเคราะห์บริบทพื้นที่ 2) จัดประชุมวางแผนเชิงปฏิบัติการ 3) การกำหนดแผนปฏิบัติการ 4) การปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ 5) นิเทศติดตามผลการดำเนินงาน 6) การประชุมสรุปผลการดำเนินงานแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) กิจกรรมการถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชน และ 3) กิจกรรมสร้างขวัญกำลังใจให้กับผู้สูงอายุ ผลการประเมินการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง พบว่ามีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.85$, $SD=0.81$) มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.92$, $SD=0.61$) และผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ระดับดี ร้อยละ 82.00 หลังการดำเนินงาน ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=76.30$, $SD=10.18$) มีคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=83.60$, $SD=8.99$) และมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.89$, $SD=0.56$) และเมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่ได้จากการศึกษา คือการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในทุกขั้นตอน และดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินงานที่มั่นคงและยั่งยืน

คำสำคัญ: การพัฒนาแบบแผน; ผู้สูงอายุ; การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

^a นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัตนบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

^a Corresponding author: จุฑารัตน์ บุตรดีขันธุ์ Email: chutharatpat@gmail.com

รับบทความ: 18 มิ.ย. 66; รับบทความแก้ไข: 16 ก.ค. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 17 ก.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 17 ส.ค. 66

Model Development for Health Promotion of the Elderly in Ratanaburi District, Surin Province

Chutharat Buddeekhan^{*a}

Abstract

The objectives of this action research were to 1) study health promotion context among elderly, 2) develop a model to promote quality of life among the elderly, and 3) evaluate the model factors affecting achievements in implementing the model to promote health among elderly in Ratanaburi district, Surin province. Samples were 330 elderly, 50 elderly caregivers, and 50 persons relating to the process, all selected through purposive sampling technique. Data were analyzed using percentages, means, standard deviations, t-tests and content analysis. Results showed that the development process was consisted of 6 steps: 1) studying the primary data and areas' contexts, 2) conducting the meetings for operation planning, 3) setting the operational plan, 4) implementation, 5) supervision, and 6) evaluation. Health promotion model for elderly in the community was consisted of: 1) health promotion activities, 2) community knowledge transfer, and 3) building morale for the elderly. The overall participations of all parties were at a high level ($\bar{X}$ =3.85, SD=0.81), while their satisfactions were at a high level ($\bar{X}$ =3.92, SD=0.61). Caregivers' knowledge was at a moderate level (82.0%). After the use of the model, the overall life quality of the elderly was at a moderate level ($\bar{X}$ =83.60, SD=8.99) with a high satisfaction level ($\bar{X}$ =3.89, SD=0.56). When comparing the elderly's quality of life between before and after the use of the model, it was found that their quality of life has significantly improved at $p=0.05$. Success factors included continuous participations from all parties in every level to ensure the development of a stable and sustainable health promotion model for the elderly.

Keywords: Model development; Elderly; Health promotion for the elderly

^{*} Medical Physician, Senior Professional Level, Director of Ratanaburi Hospital,
Surin Provincial Public Health Office

^a Corresponding author: Chutharat Buddeekhan Email: chutharatpat@gmail.com

Received: Jun. 18, 23; Revised: Jul. 16, 23; Accepted: Jul. 17, 23; Published Online: Aug. 17, 23

บทนำ

การเพิ่มของประชากรสูงอายุในประเทศไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ประเทศต้องเตรียมการเพื่อรองรับสถานการณ์สังคมสูงอายุเป็นประเด็นสำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพ และส่งผลกระทบต่อปริมาณด้านการรักษาพยาบาล โดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ปี 2563 ได้ประมาณการด้านงบประมาณในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เฉลี่ยประมาณ 15,000 ล้านบาทต่อปี ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์จึงเป็นประเด็นสำคัญของประเทศ⁽¹⁾ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมสภาพของร่างกายตามปกติ ทำให้มีอุบัติการณ์การเกิดโรคโดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ จากผลกระทบที่ได้กล่าวมาข้างต้น รัฐบาลไทยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของสังคมผู้สูงอายุจึงได้กำหนดนโยบายหลักของรัฐบาลด้านสุขภาพของประเทศ ในการให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี⁽²⁾ โดยมุ่งเน้นแผนงานด้านผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ร่วมกับชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมีการเตรียมความพร้อมของประชากรสูงอายุอย่างมีทิศทางที่สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) โดยมีวิสัยทัศน์ “ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม” ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ 5 ยุทธศาสตร์ ซึ่งมีสาระสำคัญ คือ ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ยุทธศาสตร์ที่ 5 ยุทธศาสตร์ด้านการประมวลผลและพัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตาม⁽³⁾

จังหวัดสุรินทร์ซึ่งเป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยพบว่าปี 2564 จากจำนวนประชากร 1,397,180 คน พบว่า เป็นประชากรผู้สูงอายุจำนวน 235,045 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.82 สถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุจังหวัดสุรินทร์ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ในปี พ.ศ. 2561-2563 มีจำนวน ร้อยละ 16.05, 16.91 และ 17.68 ตามลำดับ⁽⁴⁾ ถือว่าได้เข้าสู่สังคมสูงอายุแล้ว ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับโครงสร้างประชากรของประเทศไทย และจากข้อมูล ปี 2564 พบว่าอำเภอที่มีร้อยละของประชากรสูงอายุมากที่สุด 5 ลำดับแรก คือ อำเภอท่าตูม อำเภอเมืองสุรินทร์ อำเภอศีขรภูมิ อำเภอรัตนบุรี และอำเภอปราสาท ที่พบจำนวน ร้อยละ 21.50, 20.17, 18.50, 18.19 และ 17.69 ตามลำดับ⁽⁴⁾ จะเห็นได้ว่าอำเภอรัตนบุรีอยู่ในลำดับที่ 4 ของอำเภอที่ประชากรสูงอายุมากที่สุดของจังหวัดสุรินทร์ และมีแนวโน้มของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นต่อเนื่องเช่นกัน จากข้อมูลสถานการณ์ของจำนวนผู้สูงอายุระหว่างปี พ.ศ. 2561-2563 พบร้อยละ 15.47, 15.98 และ 16.91 ตามลำดับ⁽⁵⁾ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับ สะท้อนให้เห็นว่า แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรทวีความรุนแรงและรวดเร็วมาก ส่งผลให้อัตราการพึ่งพิงสูงขึ้นด้วย นำไปสู่ผลกระทบทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จากข้อมูลการสำรวจและคัดกรองภาวะสุขภาพในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้สูงอายุในอำเภอรัตนบุรี พบว่าผู้สูงอายุเป็นโรคเรื้อรังประจำตัว อย่างน้อยคนละ 1-2 โรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ หอบหืด หรืออาการแสดงจากกล้ามเนื้อ กระดูก

ข้อ และเส้นเอ็น ร้อยละ 48.22⁽⁵⁾ ซึ่งโรคเรื้อรังประจำตัวหรืออาการแสดงนี้ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อการดำรงตนอยู่ได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพกาย ปัญหาโรคเรื้อรังอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือพิการ ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งในบางรายที่ญาติไม่มีเวลาพอที่จะมาดูแล ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ขาดที่พึ่ง และบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ และยังขาดการติดตามดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ในส่วนของข้อมูลการประเมินศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน โดยใช้แบบประเมิน ดัชนีบาร์เทล เอ็ดดัล ของผู้สูงอายุในอำเภอรัตนบุรี ปี 2564 พบว่ามีผู้สูงอายุประเภทติดสังคม ร้อยละ 89.67 ผู้สูงอายุประเภทติดบ้านร้อยละ 5.65 และ ผู้สูงอายุประเภทติดเตียง ร้อยละ 0.35⁽⁵⁾ จากข้อมูลที่พบหน่วยงานมีความจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตดังกล่าว โดยดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพ เพื่อเอื้อต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตั้งแต่การพัฒนาการคัดกรองภาวะสุขภาพ การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ภาวะเสี่ยง หรือโรคที่พบบ่อย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง กลุ่มโรค Geriatric syndromes พัฒนาระบบบริการเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องระยะยาว (Long-term care) การพัฒนาศูนย์บริการเพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุ คือ Care Manager, Caregiver รวมทั้งพัฒนากลุ่มผู้สูงอายุให้เข้มแข็งสามารถพึ่งพาและดูแลตนเอง รอบด้าน ทั้งสังคม เศรษฐกิจ และ ภาวะสุขภาพผ่านชมรมผู้สูงอายุคุณภาพอีกด้วย

คุณภาพชีวิตที่ดีนั้นประกอบไปด้วย 4 ด้าน⁽⁶⁾ ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย ได้แก่ โครงสร้างทางร่างกาย และสุขภาพร่างกายรวมถึงบุคลิกภาพด้วย 2) ด้านจิตใจ ได้แก่ สภาพจิตใจและสุขภาพจิต รวมถึงด้านคุณธรรม และจริยธรรม 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ได้แก่ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ดังนั้นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดความยั่งยืนกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงมีความสำคัญให้เกิดการบูรณาการกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกัน

โรงพยาบาลรัตนบุรี เป็นสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ ที่เน้นการรักษา ดูแลต่อเนื่อง ปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วย ส่งเสริมการสร้างความสามารถในการดูแลรักษาตนเอง และที่สำคัญ ต้องพัฒนาระบบบริการสุขภาพองค์รวม ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ ในฐานะโรงพยาบาลแม่ข่ายและขยายบริการลงสู่ระดับปฐมภูมิ เกิดความต่อเนื่องในการดูแลประชาชน ตอบสนองความต้องการของระบบสุขภาพในปัจจุบัน ให้บริการวิชาการแก่สังคม และส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชนอย่างยั่งยืน โดยอาศัยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพให้มีส่วนร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) รวมทั้งคนในครอบครัว มีเป้าหมายสำคัญคือ เสริมสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ตอบสนองความต้องการของระบบสุขภาพและชุมชน และการมุ่งเป้าให้การดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้น ความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายจึงมีความสำคัญต่อการดูแลซึ่งกันและกันอย่างมีส่วนร่วม ตามบทบาทภาระกิจ เพื่อการพัฒนา

คุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน จากสภาพดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นว่าการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์เป็นประเด็นที่สำคัญ โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมาร่วมคิด วิเคราะห์ปัญหา/ความต้องการ การวางแผน การดำเนินการ และการสรุปบทเรียน ร่วมกันพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ไปสู่เกณฑ์เป้าหมายของคุณภาพชีวิต อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีความสุขตามศักยภาพอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และมีคุณภาพชีวิตที่ดียาวนานต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในพื้นที่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์
2. เพื่อศึกษาการพัฒนากระบวนการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในพื้นที่อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์
3. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในพื้นที่อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์
4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีรูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กรอบการศึกษาวิจัยแบบวงจรการวิจัยปฏิบัติการรูปแบบPAOR ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart⁽⁷⁾ มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

พื้นที่เป้าหมายในการวิจัยเป็นพื้นที่ คือตำบล รตนบุรี อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ปี 2566

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 กลุ่มได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุ ในพื้นที่อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ปี 2566 จำนวน 2,131 คน กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน และ กลุ่มที่ 3 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบด้วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) จำนวน 50 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 กลุ่มได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุ ในพื้นที่อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ปี 2566 จำนวน 330 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตารางของ เครซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan)⁽⁸⁾ เลือกโดยการสุ่ม ตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จากทะเบียนรายชื่อ กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน และ กลุ่มที่ 3 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบด้วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) จำนวน 50 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในครั้งนี้ มี ดังนี้

1. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ มีด้วยกัน 4 ชุด ดังนี้

1.1 แบบสอบถามชุดที่ 1 ใช้สำหรับการสอบถามกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการพัฒนาแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 24 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจและความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการดำเนินการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ

1.2 แบบสอบถามชุดที่ 2 ใช้สำหรับสอบถามผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคัดกรอง ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁽⁹⁾ ได้ประยุกต์ จากเกณฑ์ ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตทั่วไป (WHOQOL BREF THAI)⁽¹⁰⁾ จำนวน 26 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-OLD-THAI)⁽¹¹⁾ จำนวน 24 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความพึงพอใจและความคิดเห็นของผู้สูงอายุ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ

1.3 แบบสอบถามชุดที่ 3 ใช้สำหรับสอบถามความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจำนวน 16 ข้อ ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบที่ถูกเพียงคำตอบเดียว ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน เกณฑ์การแบ่งค่าคะแนนความรู้ออกเป็น 3 ระดับ จากคะแนนเต็ม 16 คะแนน คือ ระดับดี ระดับปานกลาง และระดับไม่ดี⁽¹²⁾

1.4 แบบสอบถามชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยแห่งความสำเร็จการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชน

2. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การบันทึกประจำวัน คำถาม การบันทึกภาคสนาม อุปกรณ์เสริมที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์เจาะลึก และการสนทนากลุ่ม โดยวิธีการที่หลากหลายจะช่วยให้ผลงานวิจัยมีความสมบูรณ์มากขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเชิงปริมาณ โดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาจากคำดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม คำตอบ กับเนื้อหาตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ IOC (Index of congruence)⁽¹³⁾ ผลการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือเชิงปริมาณ มีคำดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1.00 ทุกชุด และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือเชิงปริมาณทุกชุด โดยนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ผลการตรวจความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือเชิงปริมาณ ดังนี้ 1) แบบสอบถามชุดที่ 1 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 2) แบบสอบถามชุดที่ 2 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 3) แบบสอบถามชุดที่ 3 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 4) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 สำหรับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเชิงคุณภาพ

นำไปทดลองสัมภาษณ์ผู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 2 รายแล้วปรับแก้ไขก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ระยะเตรียมการก่อนการดำเนินการวิจัย ศึกษาสถานการณ์บริบทของชุมชน วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพสำรวจปัญหาการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประสานงานกับพื้นที่ เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดสอบ (Pre-test) ประกอบด้วย แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตทั่วไปของผู้สูงอายุ (WHOQOL BREFTHAI) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-OLD-THAI) และ แบบประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL)

2. ระยะดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) เพื่อศึกษาบริบทชุมชน สภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ สังเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาตามการรวบรวมข้อมูลตามข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ในระยะที่ 1 ร่วมวางแผนในการหารูปแบบในการดำเนินงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ และจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan) กลุ่มเป้าหมายที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการในขั้นตอนนี้ใช้กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบบันทึกการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมในการสนทนากลุ่ม

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 50 คน กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 330 คน และกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน จัดกิจกรรมตามที่วางแผนไว้ในขั้นตอนที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้การเก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ โดยใช้แบบประเมินการมีส่วนร่วม และความพึงพอใจของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องก่อนการดำเนินงาน การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกและ การประชุมเชิงปฏิบัติการ

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยเข้าร่วมสังเกตการณ์ การนิเทศ ตรวจสอบสนับสนุนให้คำแนะนำ เก็บรวบรวมผลที่ได้จากแผนงานกิจกรรม กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 50 คน กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 330 คน และกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน การประเมินผลการดำเนินงาน โดยใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ โดยใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไปของผู้สูงอายุ (WHOQOL BREF THAI) ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-OLD-THAI) และแบบประเมินการมีส่วนร่วม และ ความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและของผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ บันทึกการถอดบทเรียน สรุปผล การดำเนินกิจกรรมโดยผู้วิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. โดยการนำข้อมูลจากแนวคำถาม การสังเกต การสัมภาษณ์ การพูดแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ จากการร่วมดำเนินกิจกรรมในชุมชน การประชุมกลุ่ม สนทนา และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ รวบรวม ตรวจสอบ ข้อมูล และวิเคราะห์ตลอดระยะเวลาของการทำการวิจัย โดยพิจารณาจัดกลุ่มข้อมูลที่เป็นคำพูดของผู้ให้ข้อมูล แล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

2. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ 1) สร้างคู่มือลงรหัส (Data coding) และป้อนข้อมูลเชิงปริมาณ 2) ตรวจสอบความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้ของข้อมูล 3) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูลทางคุณลักษณะของกลุ่ม

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และความพึงพอใจ ก่อนและหลังการดำเนินการ ด้วยสถิติ Paired samples t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงศักดิ์ศรีและคุณค่าของผู้ร่วมวิจัยทุกขั้นตอนการดำเนินการวิจัย จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายหรือความต้อร่างกาย จิตใจ และวิญญาณของผู้ร่วมวิจัยทุกกลุ่ม งานวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ 8/2566 ผู้วิจัยดำเนินการประชุมชี้แจงกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาข้อมูลพื้นฐาน และบริบทการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์

1.1 ข้อมูลทั่วไป ตำบลรัตนบุรี อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์มีอาณาเขตครอบคลุม 17 หมู่บ้าน มีเทศบาลตำบล 1 แห่ง คือ เทศบาลตำบลรัตนบุรี มีโรงพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง คือโรงพยาบาลรัตนบุรี ตั้งอยู่หมู่ที่ 8 ตำบลรัตนบุรี อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ มี ประชากรในพื้นที่ทั้งหมด 14,764 คน มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 179 คน มีสูงอายุในพื้นที่ จำนวน 2,131คน แยกเป็นชาย 1,035 คน หญิง 1,096 คน ด้านสุขภาพผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพที่พบบ่อย ได้แก่ ใช้หวัด ปวดศีรษะ และเข้ารับการรักษาที่สถานบริการใกล้บ้าน คือโรงพยาบาลรัตนบุรี หรือไปคลินิก ไปซื้อยารับประทานเอง จากร้านขายยาในชุมชน เนื่องจากบางคนไม่สามารถเดินทางมาด้วยตนเองได้ ต้องมีผู้รับส่ง ส่วนด้านกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีการตรวจสุขภาพตรวจคัดกรองความเสี่ยงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ปีละ 1 ครั้ง แต่ไม่ได้มารับบริการตรวจสุขภาพทุกคน โดยมีความเข้าใจว่าการจะมาตรวจสุขภาพต้องได้รับการเจ็บป่วยเท่านั้น และถ้าได้รับการตรวจแล้วต้องได้รับยาด้วยทุกครั้ง ไม่มีการออกกำลังกาย

ไม่ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ไม่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพไม่รู้ว่าจะต้องดูแลตนเองอย่างไร และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ยังมีการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยผู้สูงอายุ

1.2 คุณลักษณะประชากรของผู้สูงอายุ เพศหญิงร้อยละ 68.79 อายุเฉลี่ย 72 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรส ร้อยละ 47.28 มีระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ที่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.31 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 37.88 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 17.28 มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.67 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3 คน ส่วนใหญ่มีสถานะเป็นหัวหน้าครอบครัวร้อยละ 57.80 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ให้การดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 59.70 และมีกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุที่ไปมาหาสู่กันเป็นประจำในชุมชนร้อยละ 56.06 ส่วนใหญ่มีสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 88.79 ส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 62.13 และส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านผู้สูงอายุทางหอกระจายข่าว ร้อยละ 54.85

1.3 คุณลักษณะประชากรของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.00 นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 88.00 มีสถานะสมรส ร้อยละ 40.00 รองลงมา มีสถานะโสด ร้อยละ 34.00 อายุเฉลี่ย 57.71 โดยมีระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 42.00 รองลงมา จบปริญญาตรี ร้อยละ 28.00 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการ ร้อยละ 36.00 รองลงมาประกอบเกษตรกรรม ร้อยละ 20.00 แหล่งรายได้ส่วนใหญ่ มาจากการประกอบอาชีพ ร้อยละ 72.00 รายได้เฉลี่ยส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 34.00 ส่วนใหญ่มีรายได้พอเพียง ร้อยละ 52.00 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดมีระยะเวลาอยู่ในพื้นที่มากกว่า 2 ปี และเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) มากที่สุด ร้อยละ 18.00

1.4 การศึกษาบริบทชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุก่อนการพัฒนา แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านผู้สูงอายุ มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น มีความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองน้อย ไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ การเข้ารับการตรวจสุขภาพไม่ครอบคลุม เพราะมีความเชื่อว่าตัวเองยังไม่เจ็บป่วยมีปัญหาด้านการบริโภคอาหาร และสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวลดน้อยลง 2) ด้านการส่งเสริมสุขภาพรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นรูปแบบที่กำหนดขึ้นเอง โดยยังไม่ได้รับการสนับสนุนจากคนในชุมชนหรือหน่วยงานภาครัฐ ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการส่งเสริมในการออกกำลังกายเนื่องจากขาดผู้นำในกิจกรรมการออกกำลังกาย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขาดความเชี่ยวชาญการแปลผลการตรวจคัดกรองสุขภาพ 3) ด้านชุมชนยังไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชนจึงไม่ทราบปัญหาของผู้สูงอายุ และไม่มีส่วนร่วมกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

2. ขั้นตอนการพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีขั้นตอนในการพัฒนาตามกระบวนการดังนี้

2.1 ขั้นตอนการวางแผน (Planning) ประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 50 คน เพื่อวางแผนแบบมีส่วนร่วมและแก้ไขปัญหาตามกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม AIC โดยใช้ระยะเวลา 2 วัน โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเปิดโอกาสให้ตัวแทนผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพปัญหาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และสร้างความเข้าใจร่วมกันในการศึกษาค้นคว้า

แนวทางการแก้ไขปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหาโดยชุมชนได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางการความต้องการของตนเอง เพื่อให้ได้แนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของคนในชุมชน และเกิดความมั่นคง และได้แผนงานโครงการเพื่อนำไปสู่ขั้นการปฏิบัติ จำนวน 3 โครงการ คือ 1) โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) โครงการถ่ายทอดความรู้ชุมชนด้านการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ 3) โครงการสร้างขวัญกำลังใจให้กับผู้สูงอายุ

2.2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) นำแผนงานทั้ง 3 โครงการไปปฏิบัติ ดังนี้

2.2.1 โครงการที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ส่งเสริมสุขภาพทั้ง 4 ด้านด้านร่างกายกิจกรรมออกกำลังกายรำไม้มลองออกกำลังกายตามความถนัดในชุมชนทุกวันศุกร์เวลา 18.00 น. โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้นำพาทำกิจกรรม มีการตรวจสุขภาพประจำปี การให้ความรู้หลัก 3อ.2ส. (ด้านอาหาร อารมณ์ กำลังกาย การดื่มสุรา และสูบบุหรี่) ด้านจิตใจทำบุญที่วัดเดือนละ 1 ครั้ง การสวดมนต์ทำสมาธิ ทุกวันพระ ณ ศาลาวัดป่าบ้านผือ ตำบลรัตนบุรี อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ เวลา 18.00 น. มีการเยี่ยมบ้านให้กำลังใจเพื่อนบ้าน กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนด้านสังคมและปัญญา ได้พบปะพูดคุยกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลสุขภาพตนเองก่อนรับเบี้ยยังชีพ การประชุมประจำเดือนในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุมีเพื่อนเพิ่มขึ้น การใช้ความสามารถที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด เช่น การเป็นปราชญ์ชาวบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุไม่ เชนอายุ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าด้านสิ่งแวดล้อม ปรับปรุงทำความสะอาดบ้านเรือนให้สะอาด การพัฒนาชุมชนในวันสำคัญต่างๆ และการอยู่ในที่ปลอดภัย การติดตามข่าวสารบ้านเมืองที่ทันสมัย ก้าวทันเทคโนโลยีและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

2.2.2 โครงการที่ 2 ถ่ายทอดความรู้ชุมชนด้านการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ ด้านผู้ให้บริการในการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลรัตนบุรี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทในการตรวจคัดกรองสุขภาพ ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิตให้แก่ผู้สูงอายุเดือนละ 1 ครั้ง ผู้นำชุมชน มีบทบาทในการให้ความรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ ซึ่งได้รับการสนับสนุนสื่อความรู้จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ทุกเดือน การประสานงานต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สร้างแกนนำผู้สูงอายุให้ผู้สูงอายุ ได้ฝึกการประชาสัมพันธ์ความรู้ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคผ่านหอกระจายข่าวเดือนละ 1 ครั้ง

2.2.3 โครงการที่ 3 สร้างขวัญและกำลังใจให้กับกลุ่มผู้สูงอายุ มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ โดยทีมภาคีเครือข่าย โดยมีเจ้าหน้าที่จาก โรงพยาบาลรัตนบุรีเป็นพี่เลี้ยง ด้านเทศบาลตำบลรัตนบุรี มีบทบาทในการจ่ายเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุในหมู่บ้านทุกเดือน การสนับสนุนงบประมาณจัดกิจกรรมวันผู้สูงอายุ

2.3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) จากการสังเกตการณ์ดำเนินงานของผู้สูงอายุและทีมเครือข่ายในแต่ละกิจกรรม เรื่องการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายใน อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ สรุปได้ดังนี้

2.3.1 การเตรียมความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ของผู้เข้าร่วมประชุม พบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมมีความพร้อมเนื่องจากทีมผู้วิจัยได้อธิบาย และชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมในครั้งนี้

2.3.2 การให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม การประชุมเชิงปฏิบัติการในการดำเนินกิจกรรม โดยส่วนใหญ่ผู้เข้าร่วมประชุมเป็นคนในพื้นที่ที่คุ้นเคยกันดีกับวิทยากรและทีมวิจัยวิทยากรดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการ

2.3.3 ความตั้งใจและความสนใจในการประชุมเชิงปฏิบัติการ ผู้เข้าร่วมประชุมช่วยกันระดมความคิดในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ด้วยความตั้งใจซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมให้ความสนใจดีมาก มีการเล่าถึงปัญหาให้เพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้รับฟัง และแลกเปลี่ยนข้อมูลแสดงความคิดเห็นกับสมาชิกในกลุ่ม

2.3.4 การแสดงความคิดเห็นในขณะอบรมเชิงปฏิบัติการ ผู้เข้าร่วมอบรมได้ให้ความสนใจในการแสดงความคิดเห็น และสอบถามเป็นอย่างดี โดยมีบางกิจกรรมที่ผู้สูงอายุได้แสดงความคิดเห็นในด้านประสบการณ์ที่เป็นปัญหา ซึ่งการทำกิจกรรมทุกขั้นตอนได้รับความร่วมมือจากทุกคนเป็นอย่างดี

2.4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection) พบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีการดำเนินตามแผนปฏิบัติการ กิจกรรมที่ดำเนินการเหมาะสมกับสภาพความเป็นอยู่ของคนในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และแกนนำผู้สูงอายุรู้หน้าที่ของตนเองมากขึ้น เกิดการเชื่อมโยงของบุคคลในชุมชนทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

3. ผลการดำเนินงานการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

3.1 ผู้มีส่วนร่วมส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในระดับมาก ร้อยละ 53.33 ($\bar{X}=3.85$, $SD=0.81$) และมีความพึงพอใจระดับมากร้อยละ 75.55 ($\bar{X}=3.92$, $SD=0.61$)

3.2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนดำเนินการส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 57.787 และหลังดำเนินการส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 51.11 เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุก่อนและหลังการดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.3 ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่า ผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้ จำนวน 330 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ($\bar{X}=19.21$, $SD=1.77$) และระดับคะแนนคุณภาพชีวิตทั่วไป (WHOQOL-BREF-THAI) ก่อนดำเนินการ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 86.34 ($\bar{X}=72.50$, $SD=10.91$) หลังดำเนินการ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 93.79 ($\bar{X}=76.30$, $SD=10.18$) เมื่อการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตทั่วไปของผู้สูงอายุก่อนและหลังการดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกับระดับคะแนนคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ (WHOQOL-OLD-THAI) ก่อนดำเนินการในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.75 ($\bar{X}=81.01$, $SD=10.01$) หลังดำเนินการในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.64 ($\bar{X}=83.60$, $SD=8.99$) เมื่อการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้สูงอายุมีความพึงพอใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 61.49 ($\bar{X}=3.89$, $SD=0.56$)

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัจจัยที่มีผลทำให้การดำเนินงานในทุกกิจกรรมดำเนินไปตามวัตถุประสงค์ เกิดกระบวนการดำเนินงานที่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม และสภาพปัญหาของพื้นที่สำคัญ คือ 1) มีผู้นำชุมชน เข้มแข็งใส่ใจในปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีความกระตือรือร้นในการดูแลตั้งแต่เริ่มต้นเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและพร้อมเพียง 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณดำเนินการ ให้การกำกับติดตาม ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง 3) ชุมชน เห็นพร้อมและมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมดำเนินการตั้งแต่การให้ข้อมูลร่วมค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางแก้ไข การจัดทำแผน และการปฏิบัติการ เพื่อให้ประสบผลสำเร็จ 4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบทบาท คอยเสริมกำลังใจในการปฏิบัติงาน คอยให้คำปรึกษาอำนวยความสะดวก ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือ และให้ข้อมูลที่สอดคล้องตรงกันกับข้อมูลในชุมชน 5) มีการติดต่อ ประสานงาน ระหว่างหน่วยงาน องค์กรชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินงานพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเกิดความมั่นคงและยั่งยืน

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ มีประเด็นอภิปรายผล ดังนี้

1. ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุก่อนการพัฒนาความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนาผู้มีส่วนร่วมมีความรู้ในการการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในระดับดี เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ก่อนและหลัง การพัฒนา พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษา ของ ทศนีย์ อนันทวัน และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่ได้ศึกษาเรื่อง รูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่าย ชุมชน ตำบลโนนศิลา อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษา พบว่าผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้เรื่องการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวก่อนและหลังการพัฒนา หลังการพัฒนาเครือข่ายผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ที่อยู่ในระดับสูงซึ่งมากกว่าก่อนการพัฒนาซึ่งอยู่ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกับผลการศึกษา ของ พินทิพย์ จำปาพงษ์⁽¹⁵⁾ ที่ได้ศึกษา เรื่อง การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยพยาบาลครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลบางปะกง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ผลการศึกษา พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง มีคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้หลังเข้าการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีค่าเฉลี่ยคะแนน ทักษะการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 สอดคล้องกับแนวคิดของ Caffrey R⁽¹⁶⁾ ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุ ที่ได้รับการดูแลจากครอบครัวในด้านพฤติกรรม การเอาใจใส่ด้านอารมณ์ จิตสังคม ได้อธิบายถึงองค์ประกอบ ของพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวข้องกับความรู้เป็นทำที่ที่แสดงออกว่าจะปฏิบัติได้ดีในอนาคตได้

2. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุใน อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ พบว่า การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการดำเนินงานอย่างเข้มแข็งในการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ขับเคลื่อนโดยอาศัย จิตสำนึกรับผิดชอบต่อส่วนรวมของประชาชน ความสัมพันธ์กันลักษณะเครือญาติ การเคารพ

ผู้อาวุโส มาสร้างจุดร่วมในการตระหนักรู้ในความห่วงใยต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่ จะเห็นว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ คุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนการดำเนินการ สอดคล้องกับผลการศึกษาของฉวีวรรณ อุปมานะ⁽¹⁷⁾ ที่ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 91.95 คะแนน หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 101.15 คะแนน ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยหลังการทดลองมีคะแนนมากกว่าก่อนการทดลอง 9.20 คะแนน เช่นเดียวกับผลการศึกษา ของ อติญาณ ศรีเกษตรริน และคณะ⁽¹⁸⁾ ที่ได้ศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลธงชัย จังหวัดเพชรบุรี ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในภาพรวมและรายด้านของผู้สูงอายุหลังเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุดีกว่าก่อนเข้าโรงเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับแนวคิดของ นรินทร์ชัย พัฒนพงษา และโกวิทย์ พวงงาม⁽¹⁹⁾ ที่กล่าวถึงการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการ และขั้นตอนที่เน้นเกี่ยวกับ การส่งเสริม ชักนำ และเปิดให้บุคคลกลุ่ม องค์กรเข้ามามีโอกาส มีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือโครงการพัฒนาตั้งแต่ต้นจนสิ้นสุดโครงการด้วยความสมัครใจ มีอิสระภาพ และเสมอภาค วิธีการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยการปรึกษาหารือร่วมกันร่วมคิดค้นหาประเด็นปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น รวมไปถึงแนวทางแก้ปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและความต้องการของผู้สูงอายุการกำหนดกิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ บนพื้นฐานของแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ในสังคม และสภาพแวดล้อม สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ขององค์การอนามัยโลก The WHOQOL Group⁽⁷⁾ ประกอบด้วย ด้านสุขภาพกาย ด้านสภาพจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสภาพแวดล้อม รวมไปถึงการหาแนวทางการ ขยายเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานในพื้นที่เพื่อเสริมความเข้มแข็งของชุมชนมากยิ่งขึ้น

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน ผลจากการถอดบทเรียนหลังดำเนินการของผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การมีผู้นำชุมชนมีศักยภาพและเข้มแข็ง ใส่ใจในปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีความกระตือรือร้น มีทุนทางสังคมที่ดี ได้แก่ คนในชุมชนเข้มแข็ง มีความพร้อม มีความรักใคร่สามัคคีเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ซึ่งกันและกันในการระดมทุนหาสิ่งที่มีอยู่ในพื้นที่มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แต่งตั้งแกนนำ พาทำกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้อย่างสม่ำเสมอและคนในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลรัตนบุรี ออกติดตามให้กำลังใจประเมินผลงานดำเนินการร่วมกัน จนบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณดำเนินการ ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แสวงหาเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนแนวทางที่คนในชุมชนร่วมกันจัดทำขึ้น ทำให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้เล็งเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ รวมทั้งพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อติญาณ ศรีเกษตรริน และคณะ⁽¹⁸⁾

ที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประกอบไปด้วย ภาวะผู้นำที่ดี มีความมุ่งมั่น คณะกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุที่มาจากภาคีเครือข่ายและประสานความร่วมมือของหน่วยงานในพื้นที่ และเกิดความร่วมมือจากสมาชิกในชุมชน เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ ของ ภัทรานิษฐ์ ก้อนคำ และคณะ²⁰⁾ ที่ได้ศึกษา เรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบล น้ำปึก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ได้แก่ 1) มีนโยบายสนับสนุน 2) ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาต่างมีบทบาทหน้าที่ที่ครอบคลุมในทุกด้านของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งด้านวิชาการ การส่งเสริมดูแลรักษา การส่งเสริมดูแลด้านสวัสดิการ และด้านความมั่นคงปลอดภัย 3) การมีส่วนร่วมที่เข้มแข็ง ซึ่งความร่วมมือที่เข้มแข็งเช่นนี้จะนำไปสู่ความต่อเนื่องและยั่งยืน 4) การออกแบบกิจกรรมโครงการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับการแก้ไขปัญหา ตลอดจนร่วมกันวางแผนออกแบบให้สอดคล้องกับปัญหา ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดการพัฒนาที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนมากขึ้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

1.1 ควรมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดำเนินงานของหน่วยงานในระดับพื้นที่ ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และให้คำแนะนำที่เกี่ยวกับนโยบาย แผนงานโครงการหรือกิจกรรม ที่จะดำเนินการในพื้นที่ต่างๆเพื่อเป็นการชี้แนะแนวทางการดำเนินงาน ได้อย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม

1.2 การพัฒนาการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน ควรคัดเลือกชุมชนที่มีความพร้อมในทุกๆด้าน โดยเฉพาะด้านบุคคล ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญสำหรับการศึกษาวิจัยที่จะทำให้เกิดการพัฒนาดีขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดการพัฒนาโดยการให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นมาวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ซึ่งแนวทางในการแก้ไขปัญหาสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง โดยนำแนวทางการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้เกี่ยวกับปัญหาด้านสาธารณสุขอื่นๆ

2.2 ควรเพิ่มระยะเวลาในการดำเนินงานและการติดตามประเมินผลเพื่อกำหนดวงรอบในการพัฒนาเพิ่มเติมขึ้นจะทำให้มีรูปแบบการพัฒนาที่ชัดเจน และต่อเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ใช้เวลาในการดำเนินงานและติดตามประเมินผล 4 เดือน อาจทำให้การดำเนินงานไม่ครอบคลุมทุกกิจกรรมและเป็นการดำเนินการเพียง 1 วงรอบ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2563. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
2. วิพรรณ ประจวบเหมาะ, ชลธิชา อัครนิรันดร์. การเปลี่ยนแปลงทางประชากรและข้อมูลสถิติที่สำคัญเกี่ยวกับผู้สูงอายุในมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) และวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยรายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์พงษ์พาณิชย์เจริญผล; 2555.
3. กรมกิจการผู้สูงอายุ. มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2562.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. รายงานประจำปี 2564. สุรินทร์:สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์; 2564.
5. โรงพยาบาลรัตนบุรี. สรุปผลการดำเนินงานผู้สูงอายุโรงพยาบาลรัตนบุรี ปี 2564. สุรินทร์: โรงพยาบาลรัตนบุรี; 2564.
6. World Health Organization. The Development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (The WHOQOL). in Orley J, Kunyken W. (eds.). Quality of life assessment : international perspectives : proceedings of the joint meeting organized by the World Health Organization and the Foundation IPSEN in Paris, July 2-3 1993.
7. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planer. 3rd ed. Geelong, Victoria: Deakin University Press; 1988.
8. มาเรียม นิลพันธ์. วิจัยทางการศึกษา. นครปฐม: โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยศิลปกร นครปฐม; 2553.
9. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2563. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
10. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. Psychol Med. 1998 May;28(3):551-8.
doi: 10.1017/s0033291798006667
11. World Health Organization. Programmed on mental health: WHOQOL Measuring quality of life. Geneva: WHO; 1995
12. ทศนีย์ อนันทวัน, สงครามชัย ลีทองดี, ชาญชัยณรงค์ ทรงศาศรี. รูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน ตำบลโนนศิลา อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. 2560;23(2):85-99.
13. ชูศรี วงรัตน์. เทคนิคการใช้สถิติในการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: เทพเนรมิตการพิมพ์; 2544.
14. ล้วน สายยศ, อังคณา สายยศ. เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สุริยวิสาสน์; 2539.

15. พิณทิพย์ จำปาพงษ์. รายงานการวิจัย เรื่อง การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยพยาบาล ครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลบางปะกง อำเภอบางปะกงจังหวัดฉะเชิงเทรา. ฉะเชิงเทรา: โรงพยาบาลบางปะกง; 2561.
16. Caffrey R. Family Caregiving to the elderly in northeast Thailand: Changing pattern. Doctoral dissertation, Philosophy, Department of Anthropology: Oregon University; 1991.
17. ฉวีวรรณ อุปมานะ. รายงานการวิจัย เรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี.อุดรธานี: โรงพยาบาลอุดรธานี; 2561.
18. อติญาณ ศรีเกษตรริน, อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, สถาพร แก้วจันทิก, วารุณี เกตุอินทร์, วิไลวรรณ คมขำ. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลธงชัย จังหวัดเพชรบุรี.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2562;8(1):85-99.
19. นรินทร์ชัย พัฒนพงษ์, โกวิท พวงงาม. การมีส่วนร่วม หลักการ พื้นฐาน เทคนิค และกรณีตัวอย่าง. กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์; 2553.
20. ภัทรานิษฐ์ ก้อนคำ, สุมัทนา กลางคาร, วรพจน์ พรหมสัตยพรต. รายงานการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ. อำนาจเจริญ: โรงพยาบาลอำนาจเจริญ; 2563.

การพัฒนาพลังสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

หลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์

จรรุวรรณ ประภาสอน^{*a}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต และประเมินผลการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด 19 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ ดำเนินการ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2566 – เดือนพฤษภาคม 2566 แบ่ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การประเมิน พลังสุขภาพจิตและวิเคราะห์ข้อมูล ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตโดยประยุกต์ ใช้แนวคิดของ Groberg และกรมสุขภาพจิต และระยะที่ 3 การประเมินผล กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์ 13 คน ใช้แบบประเมินพลังสุขภาพจิต แบบประเมิน ความเครียด แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต และใบกิจกรรม 4 สัปดาห์ของการสนทนากลุ่ม โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์เป็นสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพลังสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพัฒนาโปรแกรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนามากกว่าก่อนการพัฒนา โดยภาพรวม ก่อนการพัฒนามีค่าคะแนนเฉลี่ย 52.0 และหลังการพัฒนามีค่าคะแนนเฉลี่ย 76.7 จากคะแนนเต็ม 80 คะแนน หลังการพัฒนาโปรแกรมค่าคะแนนอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 92.3 ในส่วนของความเครียด พบว่า เครียดน้อย ร้อยละ 92.31 และไม่พบภาวะซึมเศร้า ผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เมื่อเครียด โกรธ เสียใจ ผิดหวัง ดีใจ จัดการอารมณ์ด้วยการร้องเพลง ฟังเพลง ร้อยละ 61.5 เมื่อประสบปัญหาปรึกษาสามี ร้อยละ 69.2 การทำบัญชีครัวเรือนรายรับมากกว่ารายจ่าย ร้อยละ 76.9 ดังนั้นโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตที่ได้ จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้

คำสำคัญ: พลังสุขภาพจิต; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน; โรคโควิด 19; พื้นที่รับผิดชอบ

^{*} นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์

^a Corresponding author: จรรุวรรณ ประภาสอน Email: yee2521@gmail.com

รับบทความ: 11 ก.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 20 ก.ค. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 21 ก.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 17 ส.ค. 66

Development of Resilience Quotient among Village Health Volunteers in Khaendong Hospital Catchment Areas during COVID-19 Post Pandemic, Buriram Province

Jaruwan Prapasorn^{*a}

Abstract

The objectives of this research and development project were to develop a resilience quotient enhancement program and to evaluate the resilience quotient enhancement program among village health volunteers (VHVs) after the COVID-19 epidemic situation in Khaendong hospital catchment area, Buriram province. The data were collected between February and May 2023. The research process was divided into 3 phases: Phase 1: assessment of resilience quotient and background information analysis; Phase 2: development of resilience quotient program based on Grohberg's and the Department of Mental Health's framework; and Phase 3: evaluation. The study group consisted of 13 VHVs with low resilience quotient scores. The instruments used in this study included: 1) a resilience quotient questionnaire developed by the Department of Mental Health, 2) 5ST stress test, 3) 9Q depression test developed by the Department of Mental Health, and 4) worksheets and assignments for group discussions. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and qualitative data were analyzed using content analysis.

Results showed that, after the program resilience scores among the participants increased from 52.0 to 76.7 from the full score of 80 and the scores were higher than the normal standard (92.3%). In terms of stress, 92.31 percent of low stress was found and no depression was detected. The content analysis showed that the participants used singing and listening to music as emotional management (61.5%), consulting their spouses (69.2%), and balancing household accounts (76.9%). Therefore, the resilience quotient enhancement program in this study can be used to promote the resilience quotient among VHVs after the COVID-19 epidemic situation.

Keywords: Resilience quotient; Village health volunteers; COVID-19; Catchment areas

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

^a Corresponding author: Jaruwan Prapasorn Email: yee2521@gmail.com

Received: Jul. 11, 23; Revised: Jul. 20, 23; Accepted: Jul. 21, 23; Published Online: Aug. 17, 23

บทนำ

ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19 ที่เกิดขึ้นตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 เป็นต้นมา จนกระทั่งองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การระบาดของโควิด 19 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ นำมาซึ่งผลกระทบทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม อีกทั้งภาวะสุขภาพ ความเจ็บป่วยทั้งการติดเชื้อโควิด 19 เอง หรือภาวะสุขภาพของกลุ่มคนที่เป็โรคเรื้อรัง ตลอดจนการเจ็บป่วยทางจิตใจ ปัญหาสุขภาพจิต ในท่ามกลางสถานการณ์วิกฤตต่างๆ เราจะผ่านวิกฤตไปได้ด้วยดีอย่างไรนั้น พลังสุขภาพจิตเป็นสิ่งสำคัญยิ่งทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม พลังสุขภาพจิตเป็นความสามารถทางอารมณ์และจิตใจในการปรับตัวและฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติ ประกอบด้วย I am, I have, I can⁽¹⁾

พลังสุขภาพจิต Groberg กล่าวว่า เป็นความสามารถของบุคคล ที่ช่วยในการป้องกันและเอาชนะอุปสรรค ความยากลำบาก และภาวะวิกฤติของชีวิต มีลักษณะสำคัญ 3 องค์ประกอบ เป็นองค์ประกอบด้านปัจจัยภายใน 2 องค์ประกอบ องค์ประกอบด้านปัจจัยภายนอก 1 องค์ประกอบ แต่ละองค์ประกอบมี 5 ข้อย่อย คือความเข้มแข็งภายในของบุคคลนั้น ซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้สึกของจิตใจ และจิตวิญญาณ ความคิด ทศนคติ ความเชื่อ ความศรัทธา ค่านิยม และการให้คุณค่าของบุคคลนั้นๆ ในทางบวก องค์ประกอบที่ 1 ความคิดเชิงบวก ทศนคติ ความเข้มแข็งอดทนของบุคคล ฉันทัน (I am) องค์ประกอบที่ 2 เป็นความสามารถของบุคคลในการจัดการปัญหา เผชิญปัญหา หรือทักษะในการแก้ปัญหา และการเผชิญกับความเครียด ฉันทันสามารถ (I can) องค์ประกอบที่ 3 คือปัจจัยภายนอกที่บุคคลรับรู้ถึงแหล่งประโยชน์ แหล่งสนับสนุนภายนอก เพื่อส่งเสริมพลังสุขภาพจิต ฉันทันมี (I have)⁽²⁾

กรมสุขภาพจิต กล่าวถึงพลังสุขภาพจิตว่า เป็นกระบวนการปรับตัวและฟื้นตัว เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ยากลำบากหรือวิกฤติได้สำเร็จ แสดงให้เห็นถึงการชนะปัญหาอุปสรรคของชีวิต พลังสุขภาพจิตเป็นตัวช่วยที่ไม่ให้เราสูญเสียสุขภาพจิต เมื่อถึงวันที่ชีวิตเจอเหตุการณ์วิกฤติที่เราควบคุมไม่ได้ สามารถที่จะคืนตัวและกลับมาเหมือนเดิมได้อย่างรวดเร็ว พลังสุขภาพจิตจึงช่วยป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น ความเครียด ซึมเศร้า วิตกกังวล หรือการเจ็บป่วยทางจิต หรือสูญเสียสภาวะสุขภาพจิตที่ดีไปหลังจากเกิดเหตุการณ์ที่กระทบ รวมทั้งยังช่วยป้องกันสุขภาพกายจากความเครียด เช่น โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง พลังสุขภาพจิตแบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) พลังฮึด หมายถึง ทนต่อแรงกดดัน สามารถเพิ่มโดย ปรับอารมณ์ ปรับความคิด 2) พลังฮึด หมายถึง มีกำลังใจ สามารถเพิ่มโดย เติมศรัทธา เติมมิตร เติมความใจกว้าง 3) พลังสู้ หมายถึง การต่อสู้เอาชนะอุปสรรค สามารถเพิ่มโดย ปรับการกระทำพฤติกรรม ปรับการวางแผน⁽³⁾

พลังสุขภาพจิต หรืออาร์คิว (RQ: Resilience quotient) คือความสามารถทางอารมณ์และจิตใจ ในการปรับตัวและฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติ ภายหลังที่พบกับเหตุการณ์วิกฤตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบาก ในชีวิตอันเป็นคุณสมบัติหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ยิ่งไปกว่านั้นผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตจำนวนมากยังสามารถ ใช้วิกฤตเป็นโอกาส สามารถยกระดับความคิด จิตใจ และการดำเนินชีวิตไปในทางที่ดีขึ้นหลังจากเหตุการณ์วิกฤตนั้นผ่านพ้นไป⁽⁴⁾

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือ บุคลากรที่มีความสำคัญในระบบสุขภาพ เป็นผู้ดำเนินการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชน เป็นบุคคลที่เสียสละ

ทำงานเพื่อสังคม เป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ แนะนำ เผยแพร่ความรู้เพื่อให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ รวมถึงการให้บริการตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด⁽⁵⁾ ปัจจุบันภาระงานที่เกี่ยวข้องกับโรคและภัยสุขภาพที่รุนแรงมากขึ้น ประกอบกับจำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มเปราะบาง มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เกิดแรงกดดันจากความคาดหวังของประชาชน หน่วยงานราชการหรือองค์กรต่างๆ ต่อการปฏิบัติงานของ อสม. นอกจากนี้ ยังมีภาระหน้าที่หลักทางครอบครัวที่ต้องดูแลพบว่า ร้อยละ 44.40 มีอาชีพเป็นเกษตรกร และร้อยละ 25.40 ทำงานรับจ้าง ข้อจำกัดในเรื่องอาชีพที่ต้องทำมาหากินนั้น ทำให้ไม่สามารถคาดหวังให้ อสม. ปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ภาระที่ต้องรับผิดชอบดูแลนี้ อาจก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตใจได้และส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ขาดความต่อเนื่อง จากการที่ต้องเผชิญกับภาระงานที่มากเกินไป รวมทั้งความเสี่ยงต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการเผชิญต่อภาวะความเครียดในงาน ย่อมทำให้ไม่พึงพอใจต่อการทำงาน ขาดแรงจูงใจในการทำงาน เกิดความเครียดเรื้อรังจนกลายเป็น ความเหนื่อยหน่ายในงาน ทำให้สูญเสีย อสม. จากระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง⁽⁶⁾

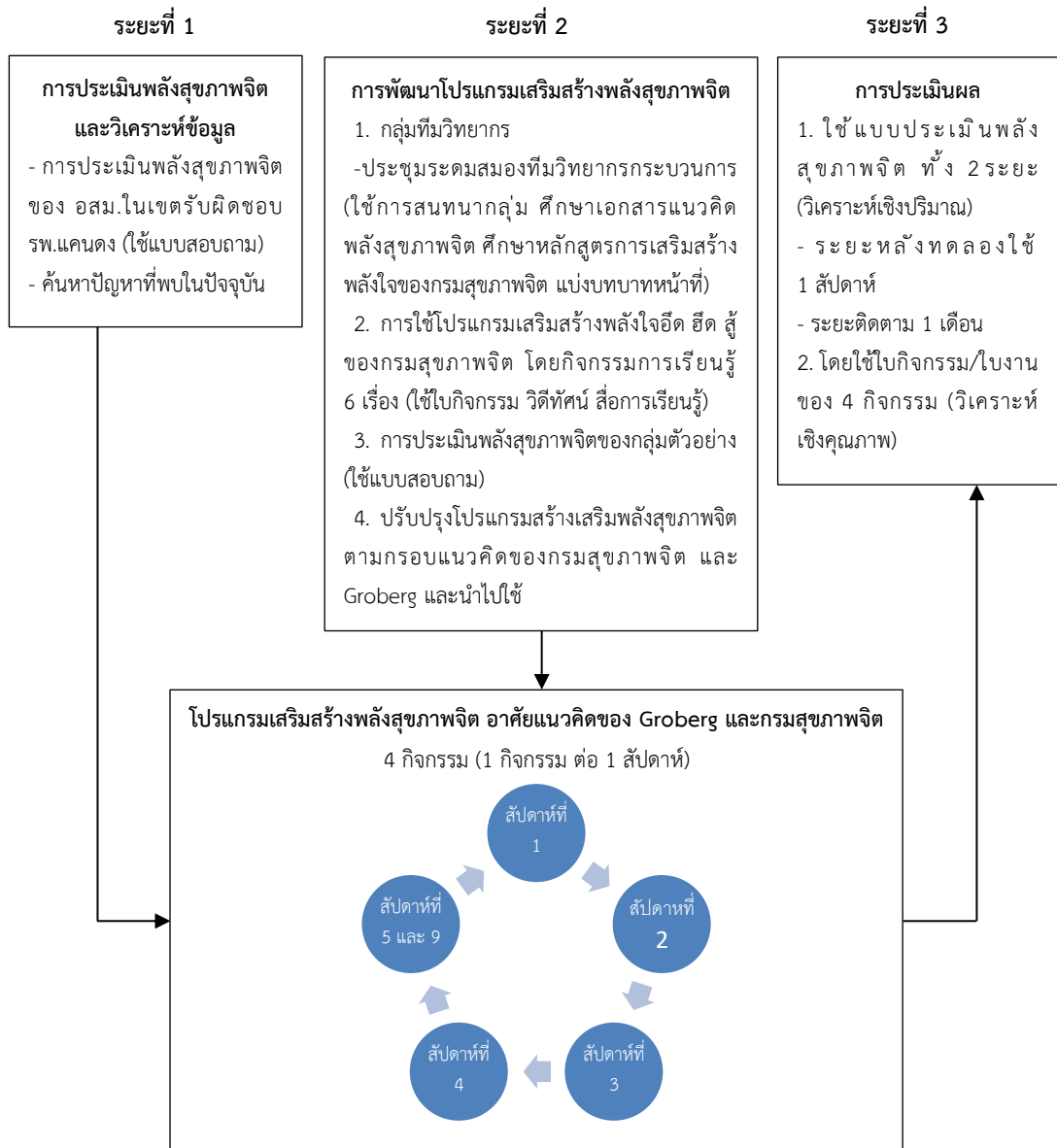
เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 14 หมู่บ้าน ประกอบด้วยเขตเทศบาลแคนดง 7 หมู่บ้าน และเขตองค์การบริหารตำบลแคนดง 7 หมู่บ้าน รวมทั้งสิ้น 2,303 หลังคาเรือน ประชากรทั้งหมด 8,609 คน และ อสม. ทั้งหมดจำนวน 156 คน ซึ่งบทบาทของ อสม. ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแคนดง หลังสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด 19 ได้แก่ การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่โรคโควิด 19 โรคไข้เลือดออก สื่อสารการป้องกันและอาการที่ต้องพบแพทย์ การเฝ้าระวังและร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพในหมู่บ้านตามกลุ่มวัย วัยเด็กเฝ้าระวังปัญหาโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนักเด็ก ติดตามหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ตามกำหนด วัยทำงานเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง ร่วมคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิต ร่วมประเมินภาวะสุขภาพ 9 ด้านของผู้สูงอายุในชุมชน ประสานงานด้านสาธารณสุขในหมู่บ้าน ร่วมกับผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จากผลการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรด้านสาธารณสุข พบว่าบุคลากรด้านสาธารณสุขของโรงพยาบาลแคนดง มีความเครียดระดับมาก ร้อยละ 9.2 และกลุ่ม อสม. ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแคนดง มีความเครียดระดับมาก ร้อยละ 8.45 รวมทั้งมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 13.95 มีระดับพลังสุขภาพจิต ต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 5.42 ปกติ ร้อยละ 69.76 สูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 24.80⁽⁷⁾ ซึ่งเป็นประเด็นปัญหาที่ต้องให้ความสำคัญ เนื่องจาก อสม. ที่เป็นกำลังสำคัญทางด้านการส่งเสริมป้องกัน เฝ้าระวัง สุขภาพประชาชนในหมู่บ้าน จะต้องมีความแข็งแรงและพลังใจที่ดีในการร่วมขับเคลื่อนนโยบายด้านสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี จึงต้องหาแนวทางในการลดความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพจิต ความเครียด และภาวะซึมเศร้าของ อสม. ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือสูงกว่าเกณฑ์เพิ่มขึ้นเพื่อส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากสถานการณ์สภาวะสุขภาพจิต ผู้วิจัยจึงได้ให้ความสำคัญเรื่องการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของ อสม. และประเมินผลการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของ อสม. หลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยโปรแกรมที่ได้

สามารถนำไปขยายผลการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่ตำบลใกล้เคียงของอำเภอแคนดงต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อประเมินผลการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุข หลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์

คำถามการวิจัย

1. การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นอย่างไร
2. การประเมินผลการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน หลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นอย่างไร

สมมติฐานงานวิจัย

คะแนนเฉลี่ยระดับพลังสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังเข้าโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยในรูปแบบวิจัยและพัฒนา เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2566- พฤษภาคม 2566 แบ่ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การประเมินพลังสุขภาพจิตและวิเคราะห์ข้อมูล ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตโดยประยุกต์ใช้แนวคิดพลังสุขภาพจิต 3 ประการของ Groberg (I am, I can, I have) และกรมสุขภาพจิต (พลังฮึด พลังฮึด พลังสู้) และระยะที่ 3 การประเมินผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลาที่ศึกษาวิจัย ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง โดยกลุ่มตัวอย่าง เป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์ 13 คน ในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้และพัฒนาตามกรอบแนวคิดของ Groberg (I am, I can, I have) และกรมสุขภาพจิต พลังฮึด (เพิ่มด้วยการปรับอารมณ์ ปรับความคิด) พลังฮึด (เพิ่มด้วยการเติมมิตร เติมศรัทธา เติมความใจกว้าง) พลังสู้ (เพิ่มด้วยการปรับการวางแผน ปรับการกระทำ) โปรแกรมผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพวุฒิปริญญาโทด้านสุขภาพจิตชุมชน 1 ท่าน ซึ่งแต่ละกิจกรรมมีรายละเอียดดังนี้

1.1 กิจกรรมที่ 1 “ความคิดสดใส อารมณ์เบิกบาน” ลักษณะเป็นกิจกรรมกลุ่ม 13 คน ใช้เวลา 120-150 นาที ใช้สื่อนำเสนอที่เป็นไฟล์ PowerPoint พลังสุขภาพจิต ความหมาย วิธีการเสริมสร้าง พลังสุขภาพจิต วิดีทัศน์แนะนำพลังชีวิต I am Strong กิจกรรมตามใบงาน และนำเสนอใบงานแต่ละคน

1.2 กิจกรรมที่ 2 “มิตรภาพเติมกำลังใจ” ลักษณะเป็นกิจกรรมกลุ่ม 13 คน ใช้เวลา 120-150 นาที ใช้สื่อนำเสนอที่เป็นไฟล์ PowerPoint วิดีทัศน์แนะนำ พลังชีวิต I have support กิจกรรมตามใบงาน และนำเสนอใบงานแต่ละคน

1.3 กิจกรรมที่ 3 “การทำบัญชีครัวเรือน” ลักษณะเป็นกิจกรรมกลุ่ม 13 คน ใช้เวลา 120-150 นาที ใช้สื่อนำเสนอที่เป็นไฟล์ PowerPoint วางแผนลดรายจ่ายเพิ่มรายได้ วิดีทัศน์แนะนำ พลังสู้ I can do better กิจกรรมตามใบงาน และนำเสนอใบงานแต่ละคน

1.4 กิจกรรมที่ 4 “ทบทวนกิจกรรม 3 ครั้งที่ผ่านมาและการใช้พลังชีวิต พลังชีวิต พลังสู้ในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา” ลักษณะเป็นกิจกรรมกลุ่ม 13 คน ใช้เวลา 120-150 นาที ตัวแทนกลุ่มบอกเล่าเรื่องราวประสบการณ์ สานสัมพันธ์ในกลุ่ม เครือข่ายที่ปรึกษาและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน กิจกรรมตามใบงาน และนำเสนอใบงานแต่ละคน

2. แบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบประเมิน มีลักษณะคำถามเป็นแบบสอบถาม ปลายปิดให้เลือกตอบเพียงข้อเดียว จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน อาชีพ และรายได้

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิด ให้เลือกตอบเพียงข้อเดียว เพื่อใช้ประเมินความสามารถบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านความทนทานทางอารมณ์ (ฮึด) ด้านกำลังใจ (สู้) และด้านการจัดการกับปัญหา (ต่อสู้เอาชนะอุปสรรค) จำนวน 20 ข้อ การแปลผล 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ปกติ และสูงกว่าเกณฑ์ปกติ⁽⁸⁾

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิดให้เลือกตอบเพียงข้อเดียว จำนวน 5 ข้อ การแปลผล 4 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย ระดับปานกลาง ระดับมาก และระดับมากที่สุด⁽⁹⁾

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) ของกรมสุขภาพจิต ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิด ให้เลือกตอบเพียงข้อเดียวจำนวน 9 ข้อ การแปลผล 4 ระดับ ได้แก่ ระดับปกติ ระดับน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง⁽¹⁰⁾

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การประเมินพลังสุขภาพจิตและวิเคราะห์ข้อมูล เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ ประเมินพลังสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ และปัญหาการที่พบในปัจจุบัน โดยใช้แบบประเมินพลังสุขภาพจิต แบบประเมินความเครียด และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) ของกรมสุขภาพจิต ดำเนินการช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2566

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต โดยประยุกต์ใช้และพัฒนาตามกรอบแนวคิด พลังสุขภาพจิต 3 ประการของ Groberg (I am, I can, I have) และกรมสุขภาพจิต (พลังจิต พลังใจ พลังสู้) แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 ประชุมระดมสมองที่มหาวิทยาลัยราชภัฏวราวุฒวิทยา ดำเนินการช่วงเดือน กุมภาพันธ์ 2566 ขั้นตอนที่ 2 การใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังใจจิต อีดี ผู้ของกรมสุขภาพจิต ดำเนินการช่วงเดือน กุมภาพันธ์ 2566 ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลหลังจากดำเนินการ โดยใช้แบบประเมินพลังสุขภาพจิต แบบประเมิน ความเครียด และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) ของกรมสุขภาพจิต และปัญหาการดำเนินงาน ดำเนินการ ในเดือนมีนาคม 2566 ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุงโปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต ตามกรอบแนวคิด ของกรมสุขภาพจิต และ Groberg และนำไปใช้จัดกิจกรรมกลุ่มตามแผน 4 กิจกรรม สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม ใช้เวลา 120-150 นาที ดำเนินการในเดือนมีนาคม-เมษายน 2566

ระยะที่ 3 การประเมินผล หลังนำโปรแกรมไปใช้จริง 1 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยใช้แบบประเมินพลังสุขภาพจิต แบบประเมินความเครียด และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) ของกรมสุขภาพจิต ดำเนินการในเดือนเมษายน-พฤษภาคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยจำแนกตามประเภทของสถิติ ได้แก่ 1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบประเมินพลังสุขภาพจิต การประเมิน ความเครียด และภาวะซึมเศร้า ก่อน-หลังพัฒนาโปรแกรม 1 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 1 เดือน และ 2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เพื่อสรุป ติความ และนำเสนอผลการจัดกิจกรรม กลุ่มตามแผน 4 กิจกรรม สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

การวิจัยได้ดำเนินการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เอกสารรับรองเลขที่ BRO 2023-023 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ ของอาสาสมัครโดยการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ไม่ว่ากรณีใดๆ เอกสาร ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยจะมีการทำลายหลังเสร็จสิ้นงานวิจัย

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยตามขั้นตอนการศึกษาวิจัย 3 ระยะ มีดังนี้

ผลการศึกษาระยะที่ 1 จากการประเมินพลังสุขภาพจิตและวิเคราะห์ข้อมูลของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแคนดง ทั้งหมดจำนวน 156 คน ตอบแบบสอบถาม จำนวน 129 คน (ร้อยละ 82.7) พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 110 คน (ร้อยละ 85.3) อยู่ในช่วงอายุมากกว่า 50 ปี จำนวน 74 คน (ร้อยละ 57.4) สถานภาพคู่ จำนวน 108 คน (ร้อยละ 83.7) ระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา จำนวน 66 คน (ร้อยละ 51.2) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี จำนวน 81 คน (ร้อยละ 62.8) ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 115 คน (ร้อยละ 89.1) และรายได้อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท จำนวน 101 คน (ร้อยละ 78.3) ในส่วนของประเมินพลังสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ มากที่สุด จำนวน 92 คน (ร้อยละ 71.3) เมื่อแยกรายด้านพบว่า ด้านกำลังใจ อยู่ในเกณฑ์ปกติ มากที่สุด

จำนวน 98 คน (ร้อยละ 76.0) รองลงมา ด้านการจัดการปัญหา จำนวน 97 คน (ร้อยละ 75.2) และด้านความมั่นคงทางอารมณ์ จำนวน 87 คน (ร้อยละ 67.4) ในส่วนของการประเมินความเครียด อยู่ในระดับเครียดน้อย จำนวน 71 คน (ร้อยละ 55.0) และประเมินภาวะซึมเศร้า อยู่ในระดับปกติ จำนวน 105 คน (ร้อยละ 81.4)

ผลการศึกษาระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Groberg และกรมสุขภาพจิต แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน

1. ผลการประชุมระดมสมองที่มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาลเวชปฏิบัติ ครอบครัว 2 คน พนักงานพิมพ์ 1 คน โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม มีรายละเอียดดังนี้

1) ทีมวิทยากร แบ่งผู้รับผิดชอบหลักในแต่ละแผน โดยพิจารณาจากความสามารถ ความถนัด เพื่อการอธิบายรายละเอียดของกิจกรรมเพิ่มเติมได้อย่างทั่วถึง และศึกษาวิธีทัศน์การเรียนการสอน จุดเน้น ขั้นตอน การจัดกิจกรรม ใบกิจกรรม ในแต่ละแผนการสอน เพื่ออธิบายและสรุปประเด็นได้ชัดเจน เหมาะสม กับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งแต่ละแผนการสอนออกแบบการเรียนรู้ในรูปแบบ Active learning รวมทั้ง วิทยากรมีการออกแบบกลุ่มอย่างเหมาะสมเพื่อดึงการมีส่วนร่วมสูงสุดของผู้เรียน

2) จัดเตรียมสถานที่ให้เหมาะสมกับการเรียนรู้ เป็นสถานที่ที่คนไม่พลุกพล่าน ไม่มีเสียงรบกวน จากภายนอก โดยใช้ห้องประชุมของโรงพยาบาลแคนดง บางกิจกรรมต้องปรับเปลี่ยนผังที่นั่งของกิจกรรมกลุ่ม เช่น แบบครึ่งวงกลม แบบนั่งฟังบรรยาย เป็นต้น

3) การจัดเตรียมเอกสาร/อุปกรณ์ เช่น คอมพิวเตอร์ จอโปรเจกเตอร์ เครื่องเสียง และทดสอบระบบ เสียงให้พร้อมทุกครั้งก่อนเริ่มกิจกรรมแผนการเรียนการสอน ดาวนโหลดไฟล์วีทัศน์ให้พร้อมใช้งาน เป็นต้น

2. การใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังใจอึด ฮึด สู้ของกรมสุขภาพจิต ปัญหาที่พบส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่าง มีข้อจำกัดด้านเวลาในการทำกิจกรรม ประกอบกับภาระงานด้านการดำรงชีพและการเป็นอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บางคนเป็นผู้สูงอายุ ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ทั้ง 6 เรื่อง ของกรมสุขภาพจิตได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การจัดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพและใช้ทรัพยากรที่มีอย่างจำกัด ให้เกิดความคุ้มค่า ผู้วิจัยจึงได้ปรับกระบวนการกิจกรรมให้เอื้อต่อกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ ซึ่งจากการทดลองใช้ โปรแกรมดังกล่าว ส่วนใหญ่มีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในครัวเรือน ส่งผลให้เกิดความเครียด และไม่สามารถ จัดการอารมณ์ตัวเองได้

3. การประเมินผลหลังจากดำเนินการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ที่มีพลังสุขภาพจิต ต่ำกว่าเกณฑ์ 13 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 12 คน (ร้อยละ 92.3) อยู่ในช่วงอายุมากกว่า 50 ปี จำนวน 7 คน (ร้อยละ 53.8)) สถานภาพคู่ จำนวน 11 คน (ร้อยละ 84.6) ระดับการศึกษามัธยมศึกษา จำนวน 7 คน (ร้อยละ 53.8) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี จำนวน 9 คน (ร้อยละ 69.2) ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม จำนวน 13 คน (ร้อยละ 100.0) และรายได้อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท จำนวน 10 คน (ร้อยละ 76.9) ในส่วนของการประเมินพลังสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าปกติ จำนวน 10 คน (ร้อยละ 76.9) ($\bar{X}=52.0$, $SD=3.937$) เมื่อแยกรายด้าน พบว่า ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าปกติ มากที่สุด จำนวน 13 คน (ร้อยละ 100.0) รองลงมา ด้านการจัดการปัญหา จำนวน 10 คน (ร้อยละ 76.9) และด้านกำลังใจ

จำนวน 9 คน (ร้อยละ 69.2) ในส่วนของการประเมินความเครียด อยู่ในระดับเครียดปานกลาง มากที่สุด
จำนวน 7 คน (ร้อยละ 53.9) และประเมินภาวะซึมเศร้า อยู่ในระดับปกติ จำนวน 7 คน (ร้อยละ 53.9)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละพลังสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแคนดง

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (N=13)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	1	7.7
หญิง	12	92.3
2. อายุ		
20-30 ปี	0	0.0
31-40 ปี	1	7.7
41-50 ปี	5	38.5
มากกว่า 50 ปี	7	53.8
3. สถานภาพ		
โสด	1	7.7
คู่	11	84.6
หย่าร้าง/แยกกันอยู่/หม้าย	1	7.7
4. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	6	46.2
มัธยมศึกษา	7	53.8
ปวส/อนุปริญญา	0	0.0
ปริญญาตรี	0	0.0
ปริญญาโท	0	0.0
5. ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน		
น้อยกว่า 1 ปี	0	0.0
1-5 ปี	2	15.4
6-10 ปี	2	15.4
มากกว่า 10 ปี	9	69.2
6. อาชีพ		
เกษตรกรรม	13	100.0
ค้าขาย	0	0.0
รับราชการ	0	0.0
พนักงานรัฐวิสาหกิจ/ท้องถิ่น/เอกชน	0	0.0

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละพลังสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแคนดง

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (N=13)	ร้อยละ
7. รายได้		
5,000-10,000 บาท	10	76.9
10,001-15,000 บาท	1	7.7
15,001-20,000 บาท	1	7.7
มากกว่า 20,001 บาท	1	7.7
ภาพรวมพลังสุขภาพจิต ($\bar{X}$=52.0, SD=3.937)		
ต่ำกว่าเกณฑ์	10	76.9
เกณฑ์ปกติ	3	23.1
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	0	0.0
ด้านความทนทานทางอารมณ์		
ต่ำกว่าเกณฑ์	13	100.0
เกณฑ์ปกติ	0	0.0
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	0	0.0
ด้านกำลังใจ		
ต่ำกว่าเกณฑ์	9	69.2
เกณฑ์ปกติ	4	30.8
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	0	0.0
ด้านการจัดการกับปัญหา		
ต่ำกว่าเกณฑ์	10	76.9
เกณฑ์ปกติ	3	23.1
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	0	0.0
ภาพรวมความเครียด		
เครียดน้อย	4	30.8
เครียดปานกลาง	7	53.9
เครียดมาก	1	7.7
เครียดมากที่สุด	1	7.7
ภาพรวมภาวะซึมเศร้า		
ปกติ	7	53.9
น้อย	6	46.1
ปานกลาง	0	0.0
รุนแรง	0	0.0

4. ปรับปรุงโปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต ตามกรอบแนวคิดของกรมสุขภาพจิต และ Groberg และนำไปใช้ พบว่า มีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมเป็น 4 สัปดาห์ เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาที่พบและบริบทของกลุ่มตัวอย่าง และปรับให้มีการวัดผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต หลังนำไปใช้ 1 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 1 เดือน

ตารางที่ 2 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กิจกรรมสัปดาห์ที่ 1-4 และวัดผลสัปดาห์ที่ 5 และ 9

สัปดาห์/กิจกรรม	รายละเอียดการดำเนินงาน
สัปดาห์ที่ 1 Groberg: สิ่งที่เป็น (I am) และกรมสุขภาพจิต : พลังฮึด สภาวะจิตใจที่เข้มแข็ง มั่นคง ทนต่อแรงกดดัน ควบคุมตนเองได้และมั่นใจว่าตนเองต้องเอาชนะอุปสรรคและผ่านพ้นวิกฤตได้ <u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อปรับอารมณ์และปรับความคิด <u>กิจกรรมสัปดาห์ที่ 1</u> กิจกรรม “ความคิดสดใส อารมณ์เบิกบาน” 1. เมื่อท่านเครียดท่านจัดการอารมณ์อย่างไร 2. เมื่อท่านโกรธท่านจัดการอารมณ์อย่างไร 3. เมื่อท่านเสียใจผิดหวังท่านจัดการอารมณ์อย่างไร 4. เมื่อท่านดีใจท่านจัดการอารมณ์อย่างไร	1. วิทยากร 4 คน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว 2 คน พนักงานพิมพ์ 1 คน และผู้เข้าร่วมกิจกรรม 13 คน 2. กิจกรรมแบบกลุ่ม 13 คน ใช้เวลา 120-150 นาที ประกอบด้วย นำเสนอนี้ที่เป็นไฟล์ PowerPoint พลังสุขภาพจิต ความหมาย วิธีการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต วิดีทัศน์แนะนำพลังฮึด I am Strong 15 นาที ทำกิจกรรมตามใบงานใช้เวลา 30-45 นาที นำเสนอใบงาน แต่ละคนใช้เวลา 45-60 นาที สรุปกิจกรรมโดยทีมวิทยากร 15-30 นาที 3. จัดกิจกรรมที่ห้องประชุมอาคารส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลแคนดง 4. จัดเมื่อวันที่ 22 มีนาคม 2566 เวลา 09.30-11.30 น.
สัปดาห์ที่ 2 Groberg: สิ่งที่มี (I have) และกรมสุขภาพจิต: พลังฮึด การมีแรงใจ หรือกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไปภายใต้สถานการณ์ที่กดดัน ซึ่งกำลังใจนี้มีที่มาจากสำคัญ คือการสนับสนุนจากคนรอบข้าง <u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อเสริมศรัทธา เติบโต และเติมจิตใจให้กว้าง <u>กิจกรรมสัปดาห์ที่ 2</u> กิจกรรม “มิตรภาพเติมกำลังใจ” ท่านประสบปัญหาในชีวิตท่านขอความช่วยเหลือจากใครได้บ้าง และท่านพูดอย่างไร	1. วิทยากร 4 คน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว 2 คน พนักงานพิมพ์ 1 คน และผู้เข้าร่วมกิจกรรม 13 คน 2. กิจกรรมแบบกลุ่ม 13 คน ใช้เวลา 120-150 นาที ประกอบด้วย นำเสนอนี้ที่เป็นไฟล์ PowerPoint วิดีทัศน์พลังฮึด I have support 15 นาที ทำกิจกรรมตามใบงานใช้เวลา 30-45 นาที นำเสนอ ใบงานแต่ละคนใช้เวลา 45-60 นาที สรุปกิจกรรมโดยทีมวิทยากร 15-30 นาที 3. จัดกิจกรรมที่ห้องประชุมอาคารส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลแคนดง 4. จัดเมื่อวันที่ 29 มีนาคม 2566 เวลา 09.30-11.30 น.

**ตารางที่ 2 (ต่อ) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1-4 และวัดผลสัปดาห์ที่ 5 และ 9**

สัปดาห์/กิจกรรม	รายละเอียดการดำเนินงาน
สัปดาห์ที่ 3 Groberg: สิ่งทีฉันทำได้ (I can) และกรมสุขภาพจิต: พลังสู้ คือต่อสู้เอาชนะอุปสรรค สถานการณ์วิกฤตโดยเฉพาะความสามารถแก้ปัญหา และการมีทักษะในการจัดการอารมณ์กับความเครียด <u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อปรับการกระทำ/พฤติกรรม และปรับเป้าหมายชีวิต กิจกรรมสัปดาห์ที่ 3 กิจกรรม “การทำบัญชีครัวเรือน” วางแผนลดรายจ่ายเพิ่มรายได้	1. วิทยากร 4 คน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาล เวชปฏิบัติครอบครัว 2 คน พนักงานพิมพ์ 1 คน และผู้เข้าร่วม กิจกรรม 13 คน 2. กิจกรรมแบบกลุ่ม 13 คน ใช้เวลา 120-150 นาที ประกอบด้วย นำเสนอที่เป็นไฟล์ PowerPoint วางแผน ลดรายจ่ายเพิ่มรายได้ วิดีทัศน์แนะนำพลังสู้ I can do better 15 นาที ทำกิจกรรมตามใบงานใช้เวลา 30-45 นาที นำเสนอ ใบงานแต่ละคนใช้เวลา 45-60 นาที สรุปกิจกรรม โดยทีมวิทยากร 15-30 นาที 3. จัดกิจกรรมที่ห้องประชุมอาคารส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลแคนดง 4. จัดเมื่อวันที่ 5 เมษายน 2566 เวลา 09.30-11.30 น.
สัปดาห์ที่ 4 Groberg: I am, I have, I can และกรมสุขภาพจิต : พลังฮึด , พลังฮึด , พลังสู้ <u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อทบทวนการใช้พลังสุขภาพจิต ในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา กิจกรรมสัปดาห์ที่ 4 ทบทวนกิจกรรม 3 ครั้งที่ผ่านมา และการใช้พลังฮึด พลังฮึด พลังสู้ในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา และสานสัมพันธ์ในกลุ่ม เครือข่ายที่ปรึกษาและช่วยเหลือ ซึ่งกันและกัน	1. วิทยากร 4 คน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาล เวชปฏิบัติครอบครัว 2 คน พนักงานพิมพ์ 1 คน และผู้เข้าร่วม กิจกรรม 13 คน 2. กิจกรรมแบบกลุ่ม 13 คน ใช้เวลา 120-150 นาที ประกอบด้วย นำเสนอที่เป็นไฟล์ PowerPoint ตัวแทนกลุ่ม บอกเล่าเรื่องราวประสบการณ์ สานสัมพันธ์ในกลุ่ม เครือข่ายที่ปรึกษาและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน 15 นาที ทำ กิจกรรมตามใบงานใช้เวลา 30-45 นาที นำเสนอใบงาน แต่ละคนใช้เวลา 45-60 นาที สรุปกิจกรรมโดยทีมวิทยากร 15-30 นาที 3. จัดกิจกรรมที่ห้องประชุมอาคารส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลแคนดง 4. จัดเมื่อวันที่ 11 เมษายน 2566 เวลา 09.30-11.30 น.
สัปดาห์ที่ 5 และ 9	วัดผลเมื่อทำกิจกรรมครบทั้ง 4 สัปดาห์ โดยวัดผลในสัปดาห์ ที่ 5 (หลังใช้โปรแกรม 1 สัปดาห์) และสัปดาห์ที่ 9 (ระยะติดตาม 1 เดือน)

ผลการศึกษาระยะที่ 3 การประเมินผลการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์

1. ผลการประเมินหลังการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ติดตามผลหลังใช้โปรแกรมฯ 1 สัปดาห์) พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมวัดผล จำนวน 1 คน โดยส่วนใหญ่มีภาพรวมพลังสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติ ร้อยละ 100.0 ($\bar{X}=74.8$, $SD=2.329$) เมื่อแยกรายด้าน พบว่าด้านกำลังใจ อยู่ในเกณฑ์สูงกว่าเกณฑ์ปกติมากที่สุด ร้อยละ 100.0 รองลงมาคือด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ร้อยละ 75.0 และด้านการจัดการปัญหา ร้อยละ 50.0 ในส่วนของการประเมินความเครียดอยู่ในระดับเครียดน้อย ร้อยละ 91.8 และประเมินภาวะซึมเศร้า อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 100.0

2. ผลการประเมินหลังการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ติดตามผลระยะ 1 เดือน) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาพรวมพลังสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติ ร้อยละ 92.3 ($\bar{X}=76.7$, $SD=3.425$) เมื่อแยกรายด้าน พบว่าด้านความมั่นคงทางอารมณ์ อยู่ในเกณฑ์สูงกว่าเกณฑ์ปกติมากที่สุด จำนวน 13 คน (ร้อยละ 100.0) รองลงมาคือด้านการจัดการปัญหา จำนวน 10 คน (ร้อยละ 76.9) และด้านกำลังใจ จำนวน 4 คน (ร้อยละ 30.8) ในส่วนของการประเมินความเครียดอยู่ในระดับเครียดน้อยมากที่สุด ร้อยละ 92.3 และประเมินภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 100.0

3. ผลการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 4 สัปดาห์ ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 13 คน ดังความคิดเห็นจากการร่วมกิจกรรมกลุ่ม พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่าง เมื่อเครียด โกรธ เสียใจ ผิดหวัง ดีใจ จะสามารถจัดการอารมณ์ตัวเองได้ด้วยการร้องเพลง ฟังเพลง จำนวน 8 คน (ร้อยละ 61.5) เมื่อประสบปัญหาในชีวิตจะขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวเป็นหลักคือสามี จำนวน 9 คน (ร้อยละ 69.2) เมื่อได้เริ่มทำบัญชีครัวเรือน มีรายรับมากกว่ารายจ่าย จำนวน 10 คน (ร้อยละ 76.9) และมีพลังฮึด พลังฮึด พลังสู้ จำนวน 12 คน (ร้อยละ 92.3) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิต ก่อนและหลังการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต พบว่าพลังสุขภาพจิตมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนามากกว่าก่อนการพัฒนา

ตารางที่ 3 ความคิดเห็นและคะแนนพลังสุขภาพจิตจากการร่วมกิจกรรมกลุ่ม (ภาพรวม)

ความคิดเห็นจากการร่วมกิจกรรม สัปดาห์ที่ 1-4	คะแนนพลังสุขภาพจิต		
	(ก่อนการพัฒนา)	(ระยะติดตาม 1 สัปดาห์)	(ระยะติดตาม 1 เดือน)
- เมื่อเครียด โกรธ เสียใจ ผิดหวัง ดีใจ จัดการอารมณ์ด้วยการร้องเพลง ฟังเพลง ร้อยละ 61.5	$\bar{X}=52.0$, $SD=3.937$	$\bar{X}=74.8$, $SD=2.329$	$\bar{X}=76.7$, $SD=3.425$
- เมื่อประสบปัญหาปรึกษาสามี ร้อยละ 69.2			
- การจัดทำบัญชีครัวเรือนรายรับมากกว่ารายจ่าย ร้อยละ 76.9			

การอภิปรายผล

การประเมินหลังการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ติดตามผลระยะ 1 เดือน) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาพรวมพลังสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติ ร้อยละ 92.3 ($\bar{X}=76.7$, $SD=3.425$) เมื่อแยกรายด้าน พบว่าด้านความมั่นคงทางอารมณ์ อยู่ในเกณฑ์สูงกว่าเกณฑ์ปกติ มากที่สุด จำนวน 13 คน (ร้อยละ 100.0) รองลงมาคือด้านการจัดการปัญหา จำนวน 10 คน (ร้อยละ 76.9) และด้านกำลังใจ จำนวน 4 คน (ร้อยละ 30.8) ในส่วนของการประเมินความเครียด อยู่ในระดับเครียดน้อย มากที่สุด ร้อยละ 92.3 และประเมินภาวะซึมเศร้า อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 100.0 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เข้าใจองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต สามารถนำพลังบวกของตนเองไปใช้เพิ่มกำลังใจจากครอบครัวและคนใกล้ชิด รู้จักวิธีการจัดการกับปัญหา หากมีปัญหานักหนาต้องรับผิดชอบหรือหาทางออกไว้ และยอมรับลำบากเพื่ออนาคตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ กนกภรณ์ ทองคุ้ม⁽¹¹⁾ ที่ได้ศึกษาเรื่องรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าเข้าใจความหมายและองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต สามารถนำจุดแข็งของตนเองไปใช้เพิ่มความมั่นคงทางอารมณ์ เมื่อเผชิญปัญหาโดยการมองปัญหาทางบวกและขอความช่วยเหลือจากสิ่งดีๆ ที่มีอยู่รอบตัว เพื่อเสริมกำลังใจให้ก้าวผ่านปัญหาอุปสรรคไปได้

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิต ก่อนและหลังการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนามากกว่าก่อนการพัฒนา โดยภาพรวมพบว่าการพัฒนามีค่าคะแนนเฉลี่ย 52.0 และหลังการพัฒนามีค่าคะแนนเฉลี่ย 76.7 แสดงให้เห็นว่า หลังการพัฒนาโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมในการทนทานทางอารมณ์ (อด) กำลังใจ (สู้) และการจัดการกับปัญหา (ต่อสู้เอาชนะอุปสรรค) เพิ่มมากขึ้น จึงสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ กชกร ฉายากุล⁽¹²⁾ ที่ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพลังสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลองในโปรแกรมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนพลังสุขภาพจิตทั้งโดยรวมและรายด้านทั้ง 3 ด้าน หลังการทดลองในโปรแกรมสูงกว่าก่อนการทดลองในโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลได้

ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่าง เมื่อเครียด โกรธ เสียใจผิดหวัง ดีใจ จะสามารถจัดการอารมณ์ตัวเองได้ด้วยการร้องเพลง ฟังเพลง ร้อยละ 61.5 เมื่อประสบปัญหาในชีวิตจะขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวเป็นหลัก คือสามี ร้อยละ 69.2 เมื่อได้เริ่มทำบัญชีครัวเรือน มีรายรับมากกว่ารายจ่าย ร้อยละ 76.9 และมีพลังฮึด พลังสู้ ร้อยละ 92.3 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รู้จักวิธีการจัดการอารมณ์ตัวเอง โดยใช้การร้องเพลง ฟังเพลง เพื่อช่วยบรรเทาความเครียด ความโกรธได้ และรู้จักขอความช่วยเหลือ

จากบุคคลในครอบครัว และรู้จักวิธีการเพิ่มรายได้ หรือลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นให้กับครัวเรือน ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพจิตให้ดีขึ้นจะช่วยลดความเครียด โกรธ เสียใจผิดหวังได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ จูติรัตน์ ดิลกคุณานนท์⁽¹³⁾ ที่ได้ศึกษาเรื่องความเครียดจากการทำงาน การสนับสนุนทางสังคม และพลังสุขภาพจิต ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินในพื้นที่เสี่ยงภัยจังหวัดชายแดนใต้ ผลการศึกษาพบว่า ความเครียดจากการทำงานเป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต ดังนั้นองค์กร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรหาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตให้สูงขึ้น โดยการลดความเครียดจากการทำงาน

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างบางคนยังมีวิธีดูแลตนเองหรือจัดการความเครียดของตนเอง ไม่ถูกต้อง ดังนั้นในการจัดกิจกรรมควรเน้นการเปิดโอกาสให้ได้พบปะ เพื่อนๆ และเพิ่มการจัดกิจกรรมอบรม จริยธรรม เพื่อมุ่งเน้นไปในทางการบริหารจัดการใจ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1. ในการจัดกิจกรรมใดๆ ควรคำนึงถึงปัจจัยและสภาพแวดล้อมของชุมชน รวมถึงข้อจำกัดต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนด้วย หากเป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ มีรายได้ไม่เพียงพอ ควรมีปรับกิจกรรม การสอนอาชีพให้แก่ผู้สูงอายุที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าของตนเอง มีรายได้เพิ่มขึ้น ส่งผล ต่อการใช้ชีวิตอย่างปกติสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
2. จากผลการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ยังมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมบางคนไม่เข้าร่วมกิจกรรมให้ครบทุกสัปดาห์ ดังนั้น ควรส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทีมวิทยากรและผู้เข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งส่งเสริมให้บุคคล ในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด กระตุ้นเตือนให้มีความสำคัญในกิจกรรม รับฟังหรือให้การสนับสนุนงานอดิเรก ตามความถนัดอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ และรู้สึกว่าคุณค่า

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. พลังสุขภาพจิต [อินเทอร์เน็ต]. มปป. [เข้าถึงเมื่อ 2566 ม.ค. 5]. เข้าถึงได้จาก: <http://doh.hpc.go.th>.
2. Groberg E. A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the human spirit. Netherland: The Bernard van Leer Foundation; 1995.
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดีพลังสุขภาพจิต. นนทบุรี: สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
4. โสพรรณ อินทสิทธิ์, สิริกุล จุลศิริ. เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี RQ พลังสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี: สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2563
5. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือ อสม. ยุคใหม่. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2554:11

6. อ้อมใจ แท้เจริญวิริยะกุล, ปรีนทร จำปาทอง, ชนัญญ มงคล, เนตรชนก ศิริเลิศรุ่งเรือง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ตำบลพระอาจารย์ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา. 2562;20(2):82-91.
7. กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนโรงพยาบาลแคนดง. แบบประเมินตนเอง Part II-9. กรุงเทพฯ: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล; 2565
8. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ [อินเทอร์เน็ต]. มปป. [เข้าถึงเมื่อ 2565 ธ.ค. 27]. เข้าถึงได้จาก: <http://odpc5.ddc.moph.go.th>
9. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินความเครียด (ST-5) [อินเทอร์เน็ต]. มปป. [เข้าถึงเมื่อ 2565 ธ.ค. 27]. เข้าถึงได้จาก: <http://env.anamai.moph.go.th>.
10. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า [อินเทอร์เน็ต]. มปป. [เข้าถึงเมื่อ 2565 ธ.ค. 27]. เข้าถึงได้จาก: <http://dmh.go.th>.
11. กนกภรณ์ ทองคุ้ม, นริศรา พิงโพธิ์สภ, นันทชิตสันต์ สกุลพงศ์. รูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31(5):838-50.
12. กชกร ฉายากุล. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา. 2561;24(2):96-107.
13. ฐิติรัตน์ ดิลกคุณานนท์, วิภา แซ่เซี้ย, ประณีต ส่งวัฒนา. ความเครียดจากการทำงาน การสนับสนุนทางสังคม และพลังสุขภาพจิตของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินในพื้นที่เสี่ยงภัยจังหวัดชายแดนใต้. วารสารสภาการพยาบาล. 2561;33(2):70-82.

บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลในการลำเลียงทางอากาศ: กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

กิตติยา มหาวิริโยทัย, พย.ม.*^๑, เกษร เกษมสุข, พย.ม.* , ภัทรมน ทับสูงเนิน, พย.ม.*

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตและเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ จำเป็นต้องได้รับการดูแลเพื่อช่วยชีวิต หรือการดูแลภาวะที่สำคัญ ในสถานที่ที่มีศักยภาพเหมาะสมอย่างเร่งด่วน การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมและทันเวลาที่ ทั้งนี้การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศอาจจะมีผลกระทบต่อผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นสมาชิกทีมลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศจึงต้องมีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียดหรือผลกระทบจากการบินที่จะส่งผลต่อร่างกายผู้ป่วย การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนการลำเลียงทางอากาศ และแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่สำคัญขณะลำเลียงทางอากาศ เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยขณะลำเลียงทางอากาศได้อย่างเหมาะสม ลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากการลำเลียงทางอากาศที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพเป็นไปตามมาตรฐาน และมีความปลอดภัย

คำสำคัญ: การลำเลียงทางอากาศ; โรคหลอดเลือดหัวใจ; บทบาทพยาบาล

* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ กองทัพอากาศ

^๑ Corresponding author: กิตติยา มหาวิริโยทัย Email: kittiya.mah@rtafnc.ac.th

รับบทความ: 10 ก.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 26 ก.ค. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 26 ก.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 19 ส.ค. 66

Review Article

Role of Nurses in Aeromedical Evacuation: A Case Study of Coronary Heart Disease

**Kittiya Mahaviriyotai, M.N.S.^{*a}, Kesorn Kasemsuk, M.N.S.^{*},
Pattaramon Tubsoongnoen, M.N.S.^{*}**

Abstract

Coronary artery disease is a life-threatening condition and a leading cause of death. It requires urgent life-saving or vital organ care in suitable potential locations. Aeromedical evacuation has an important role in ensuring that patients receive appropriate and timely care. However, transporting patients by airplane may have impacts on patients. Nurses play an important role and be a part of aeromedical evacuation team. Therefore, knowledge and understanding about the stress of flight that affects the patient's body, pre-flight assessment of the patient's condition and caring for patients with coronary heart disease during air transport are important for a proper patient care while transporting, reducing the severity and complications of air transport and providing effective patient care according to standards and safety.

Keywords: Aeromedical evacuation; Coronary heart disease, Nurses' roles

^{*} Instructor, Royal Thai Air Force Nursing College, Directorate of Medical Services, Royal Thai Air Force

^a Corresponding author: Kittiya Mahaviriyotai Email: kittiya.mah@rtafnc.ac.th

Received: Jul. 10, 23; Revised: Jul. 26, 23; Accepted: Jul. 26, 23; Published Online: Aug. 19, 23

บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้นๆ จากสถิติทั่วโลกในปี ค.ศ. 2000-2019 โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ มากกว่า 2 ล้านคนในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา สำหรับประเทศไทยจากข้อมูลในปี พ.ศ. 2562 พบว่า โรคหัวใจขาดเลือดมีอัตราการตาย 43.7 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเป็นอันดับ 4 รองจากโรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอักเสบตามลำดับ⁽¹⁾ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่อยู่ในภาวะวิกฤตและเร่งด่วน จำเป็นต้องได้รับการดูแลเพื่อช่วยชีวิตหรือช่วยยาระหว่างชีวิต ในสถานที่ที่มีศักยภาพเหมาะสม⁽²⁻³⁾ จากสถิติการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ ของศูนย์ลำเลียงทางอากาศสายแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์การบินกองทัพอากาศ ในปี พ.ศ.2565 พบว่าอันดับหนึ่งในการลำเลียงทางอากาศเพื่อส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า คือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสูงถึงร้อยละ 42.86 รองลงมาคือโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 28.57⁽⁴⁾ บุคลากรทางการแพทย์จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมและรวดเร็ว ตั้งแต่แรกเริ่มไว้ในโรงพยาบาล และหากมีความจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าแต่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล ซึ่งไม่สามารถทำการส่งต่อทางภาคพื้นได้อย่างทันท่วงที การส่งต่อทางภาคอากาศหรือการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ จึงเป็นตัวเลือกที่สำคัญสำหรับการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจให้ได้เข้ารับการรักษาอย่างรวดเร็ว ยกระดับคุณภาพชีวิต ลดอัตราการเกิดทุพพลภาพและการเสียชีวิต⁽⁵⁾

การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ คือการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยทางอากาศภายใต้การดูแลรักษาพยาบาลของเจ้าหน้าที่ชุดลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินที่อยู่ในพื้นที่ทุรกันดารพื้นที่ห่างไกล พื้นที่ที่อยู่ในระหว่างเกิดภัยพิบัติ พื้นที่ที่ไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยยานพาหนะปกติทางบกสามารถเข้าถึงการรักษาที่ได้มาตรฐานทันเวลา และป้องกันการเสียชีวิตหรือลดความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินนั้น⁽²⁾ รวมถึงผู้ป่วยระยะพักฟื้นได้กลับหน่วยต้นสังกัดหรือภูมิลำเนาเดิม⁽⁶⁾ ซึ่งในปัจจุบันการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศมีความปลอดภัยค่อนข้างสูง เนื่องจากองค์ความรู้ทางด้านเวชศาสตร์การบิน อากาศยานที่ใช้ในการลำเลียงและอุปกรณ์ทางการแพทย์ได้มีการพัฒนาให้ทันสมัยมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม ในขณะที่ทำการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศนั้น ผู้ป่วยอาจจะมีอาการทรุดลงจากสาเหตุโรคหลอดเลือดหัวใจเดิมและอาจได้รับผลกระทบต่อร่างกายซึ่งมักจะเกิดขึ้นเมื่อทำการบินอยู่ที่ระยะสูงจากระดับน้ำทะเล ที่เรียกว่าความเครียดจากการบิน (Stresses of flight)

ทั้งนี้การพิจารณาลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศเบื้องต้น แพทย์จะคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยขณะลำเลียงทางอากาศเป็นสำคัญ แม้มีความเสี่ยงขณะลำเลียงทางอากาศ หากเป็นการเคลื่อนย้ายเพื่อรักษาชีวิตไม่ว่าผู้ป่วยจะอยู่ห่างไกลเพียงใด ทุรกันดารแค่ไหน ทั้งยามปกติ หรือในสถานการณ์ฉุกเฉิน เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจแก่ทหารและประชาชนก็จะมีการพิจารณาในการลำเลียงทางอากาศเช่นกัน

ความเครียดจากการบิน (Stresses of flight) ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ความเครียดจากการบิน (Stress of flight) มักเกิดขึ้นเมื่อทำการบินขึ้นในที่สูง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของก๊าซโดยมีตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อุณหภูมิ ความชื้น และสภาพอากาศในชั้นบรรยากาศที่สูงขึ้นจากระดับน้ำทะเล ความกดดันบรรยากาศ ความหนาแน่นของอากาศ ปริมาตรและมวลของก๊าซที่ส่งผลต่อการตอบสนองของร่างกายภายใต้ความกดดันบรรยากาศที่เปลี่ยนแปลง หรือจากชนิดของอากาศยานที่ใช้ ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาแก่ผู้ป่วยขณะลำเลียงทางอากาศได้ ความเครียดจากการบินที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ความกดดันย่อยของออกซิเจนลดลง ความเหนื่อยล้า การเปลี่ยนแปลงของความกดดันบรรยากาศ อุณหภูมิ ความชื้น การสั่นสะเทือน เสียงดัง และแรงจี⁽⁶⁻⁸⁾ ดังนั้น พยาบาลซึ่งเป็นหนึ่งในเจ้าหน้าที่ชุดลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ จำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับสรีรวิทยาการบินและความเครียดจากการบินที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เพื่อนำความรู้มาใช่วางแผนการพยาบาล ป้องกันและแก้ไขในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยและไม่ให้อาการของผู้ป่วยทรุดลงในขณะลำเลียงทางอากาศ

1. **ความกดดันย่อยของออกซิเจนลดลง (Decrease partial pressure of oxygen)** เมื่อทำการบินในระยะสูงจากระดับน้ำทะเล ส่งผลให้ความกดดันย่อยของออกซิเจนลดลง ผู้ป่วยที่มีอาการหนัก มักจะเกิดภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia) ได้ง่าย ภาวะพร่องออกซิเจนเป็นปัญหาสำคัญที่คุกคามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมากที่สุดในขณะลำเลียงทางอากาศ ซึ่งจะก่อให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจทำงานมากขึ้น ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นเพื่อชดเชยให้ระดับออกซิเจนในเนื้อเยื่อเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ในคนปกติหลอดเลือดหัวใจจะขยายตัวเพื่อเพิ่มปริมาณของเลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ แต่ในผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจจะไม่สามารถทำได้ เนื่องจากหลอดเลือดหัวใจแข็งตัวหรือตีบ ส่งผลให้ปริมาณของเลือดที่ถูกปั๊มออกจากหัวใจ (Cardiac output) ลดลง จึงมักเกิดอาการแทรกซ้อนขึ้น ได้แก่ เจ็บหน้าอก (Chest pain) กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Cardiac arrhythmia) ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) ภาวะช็อกจากหัวใจ (Cardiogenic shock) หรือรุนแรงที่สุด ภาวะหัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest)⁽⁶⁻⁹⁾

2. **ความเหนื่อยล้า (Fatigue)** เป็นตัวคุกคามอันดับสอง ซึ่งเป็นผลจากความเครียดจากการบิน (Stresses of flight) ซึ่งมีโอกาสเกิดขึ้นได้เสมอเมื่อทำการบินเป็นเวลานานๆ มีผลให้อาการผู้ป่วยทรุดลง⁽⁶⁻⁸⁾

3. **การเปลี่ยนแปลงของความกดดันบรรยากาศ (Barometric pressure change)** เมื่อความสูงเพิ่มขึ้น ความกดดันบรรยากาศลดลง ทำให้อากาศหรือก๊าซที่ขังอยู่ในโพรงต่างๆ ของร่างกาย (Trapped gases) ขยายตัว ตามกฎของ Boyle's Law โดยเฉพาะก๊าซในช่องท้อง ทำให้กระบังลมยกตัวขึ้น ปอดจึงขยายตัวได้ไม่ดี ถูกกดหรือเบียด (Diaphragm crowding) ทำให้ปริมาตรของอากาศที่หายใจเข้าและหายใจออกลดลง ซึ่งจะมีผลต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคหลอดเลือดหัวใจ และอาจเกิดอาการปวดหู (Barotitis media or ear block) ซึ่งมักจะเกิดกับทุกๆ คนทั้งขณะบินขึ้นและบินลง ในขณะที่บินขึ้น แรงดันก๊าซที่ขยายตัวในหูชั้นกลางจะระบายออกทาง Eustachian tube ได้เอง ในทางตรงข้ามขณะที่บินลงแรงดันที่เพิ่มขึ้นจะดันเยื่อแก้วหูกลับเข้าไป

ในหูชั้นกลาง ทำให้เกิดการปวดหูรุนแรง และเยื่อแก้วหูบวมแดงอักเสบได้ เพราะฉะนั้นจึงต้องแนะนำวิธีการเพิ่มแรงดันในหูชั้นกลางเพื่อให้เยื่อแก้วหูถูกดันกลับออกมาที่เดิม โดยผู้ป่วยสามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง จากง่ายไปยาก ได้แก่ การกลืนน้ำลาย อ้าปากหา ขยับขากรรไกร เคี้ยวกล้ามเนื้อที่คอ เคี้ยวหมากฝรั่ง ถ้าทำวิธีดังกล่าวแล้วไม่ได้ผลพิจารณาทำวิธี Valsalva maneuver โดยการหายใจเข้าเล็กน้อยบีบจมูกหุบปากแล้วเป่าลมสั้นๆ แรงๆ โดยไม่ให้ลมออกมาภายนอก แต่ไม่แนะนำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเนื่องจากจะทำให้มีแรงดันเพิ่มมากขึ้น ให้เลือกใช้วิธี Toynbee maneuver คือบีบจมูกหุบปากแล้วกลืนน้ำลายแทน⁽⁶⁻⁸⁾

4. อุณหภูมิ (Thermal changes) เมื่อขึ้นที่สูงทุกๆ ระยะ 1,000 ฟุต อุณหภูมิจะลดลงประมาณ 2 องศาเซลเซียส ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำเกินไป (Hypothermia) ทำให้เกิดการหนาวสั่น (Shivering) ซึ่งทำให้ร่างกายต้องการออกซิเจนมากขึ้น หรือขณะเครื่องลดความสูงลง อุณหภูมิจะเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายสูงเกินไป (Hyperthermia) ส่งผลให้ร่างกายเพิ่มอัตราการเผาผลาญ ทั้งสองกรณีจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานหนักขึ้น⁽⁶⁻⁸⁾

5. ความชื้น เมื่ออากาศเย็นลงจะทำให้ความชื้นในอากาศลดลงด้วย จึงเกิดภาวะที่เรียกว่า อากาศแห้ง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ต้องพิจารณาให้ออกซิเจนควบคู่กันน้ำ (Humidifier) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจหรือเจาะคอ เพื่อให้ Secretion ที่อยู่ในทางเดินหายใจส่วนล่างไม่เหนียวมากเกินไป สามารถขับออกมาได้ง่าย ไม่เช่นนั้นอาการของโรคอาจทรุดลงได้⁽⁶⁻⁸⁾

6. การสั่นสะเทือน (Vibration) เป็นผลจากการทำงานของเครื่องยนต์ รวมทั้งกระแสลมที่แปรปรวนทำให้เกิดการสั่นสะเทือน เมื่อร่างกายสัมผัสโดยตรงกับการสั่นสะเทือนจะทำให้กล้ามเนื้อเกิดการสั่น (Muscle activity) เพิ่มมากขึ้น จึงทำให้อัตราการเผาผลาญเพิ่มขึ้น อาจทำให้เกิดอาการ Chest pain ได้ การปฏิบัติเพื่อลดการสั่นสะเทือน ควรใช้สายรัดตัวผู้ป่วยขณะนอนเปล และอย่าให้ร่างกายสัมผัสกับผนังหรือพื้นของเครื่องบินโดยตรง และควรใช้หมอนหรือผ้าห่มหนาๆ รองเปลเพื่อลดการสั่นสะเทือนและสุขสบาย รวมทั้งยึดตรึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้แน่นอยู่ตลอดเวลา รวมถึงการสั่นสะเทือนจะทำให้ปวดแผลและมีเลือดออกซ้ำได้⁽⁶⁻⁸⁾

7. เสียงดัง (Noise) คือเสียงดังที่กลบเสียงพูด หรือเสียงที่ทำให้รำคาญ จะรบกวนทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ อาจทำให้อาการของโรคทรุดลงได้ และทำให้เกิดปัญหาทางด้านการสื่อสารไม่ค่อยได้ยิน เพื่อเป็นการป้องกัน จึงควรจัดหา Earplugs หรือ Earmuffs⁽⁶⁻⁸⁾

8. แรงจี (Gravitation forces: G-Forces) การเพิ่มหรือลดความเร็วหรืออัตราเร่ง (Acceleration) จะทำให้เกิดแรงจี ชนิด +Gx ที่กระทำในทิศทางจากด้านหน้าไปด้านหลัง เครื่องบินทหารที่ใช้ในการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ เช่น C-130 มีแรงจีสูงกว่า จึงมีผลกระทบได้มาก เนื่องจากในการลำเลียงผู้ป่วยที่นอนเปลจะจัดให้หันศีรษะไปทางท้ายเครื่องบินจึงทำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจในขณะที่เครื่องบินขึ้น (Take off) เลือดจะไหลกลับเข้าสู่หัวใจเพิ่มขึ้นทำให้หัวใจทำงาน (Cardiac workload) มากขึ้น จึงควรจัดให้ผู้ป่วยโรคหัวใจนอนเปลและใช้ Back rest⁽⁶⁻⁸⁾

การเตรียมผู้ป่วยก่อนการลำเลียงทางอากาศ (Preparation of patient)⁽⁶⁻⁹⁾ มีดังนี้

1. การเตรียมด้านจิตใจ อธิบายให้ผู้ป่วยหรือญาติทราบชนิดของอากาศยานที่ใช้ในการลำเลียง ระยะที่ใช้ในการเดินทาง เมื่อถึงสนามบินปลายทางแล้วจะเดินทางอย่างไรต่อไปจนถึงโรงพยาบาลปลายทาง รวมถึงการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อลดความวิตกกังวลได้แก่ การรัดเข็มขัด การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดปัญหาทางร่างกาย รวมถึงภาวะฉุกเฉินทางอากาศยาน เป็นต้น

2. การเตรียมด้านร่างกายของผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคหลอดเลือดหัวใจ

2.1 ผู้ป่วย Acute myocardial infarction (AMI), Unstable angina, Heart failure ถ้าจำเป็นต้องลำเลียงทางอากาศแบบเร่งด่วน ต้องประสานขอชุดลำเลียงฯ ที่สามารถดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต พร้อมอุปกรณ์ยา เวชภัณฑ์และอากาศยานเป็นระบบปรับความดันในห้องโดยสาร (Cabin pressurization system)

2.2 ผู้ป่วย MI ถ้าไม่รุนแรงและไม่มีการแทรกซ้อน สามารถลำเลียงได้หลังจากเกิดอาการ 7 วันไปแล้ว จะปลอดภัยกว่า

2.3 ทำการประเมินผู้ป่วยเพื่อดูว่า ยังมีอาการเจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย คลื่นไส้ มีเหงื่อออก ไม่สามารถเดินได้ไกล (ประมาณ 50 เมตร) หรือขึ้นบันไดแล้วเหนื่อยหรือไม่ แล้วแจ้งให้ชุดลำเลียงฯ ทราบเพื่อเตรียมวางแผนการรักษาพยาบาลในขณะลำเลียง

2.4 ผู้ป่วยใช้เครื่องกำหนดการเต้นของหัวใจหรือไม่และเป็นแบบใด เช่น ชนิดชั่วคราวหรือชนิดถาวร (Temporary or permanent pacemaker) เมื่อจะนำผู้ป่วยเข้าเขตลานจอด ต้องแจ้งเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย ใช้มือตรวจค้นร่างกายไม่ควรใช้เครื่องตรวจโลหะ (Pulse induction metal detector) เพราะมีผลกระทบต่อเครื่องกำหนดการเต้นของหัวใจ (Pacemaker)

2.5 ให้อาตามแผนการรักษาและจัดเตรียมให้เพียงพอตลอดการลำเลียงฯ แจ้งข้อมูลยาที่ใช้กับผู้ป่วย เช่น ยาแก้ปวด ยาที่มีผลทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ

2.6 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนผ่านความชื้น (Humidifier oxygen) อย่างเพียงพอ เพื่อให้ O₂ Sat มากกว่า 94%

2.7 จัดท่านอนผู้ป่วยให้เหมาะสม เช่น จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่า Semi Fowler's position ถ้าไม่มีข้อห้าม

2.8 ฝ้าตรวจติดตามการทำงานของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ สัญญาณชีพ และบันทึกจำนวนสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย (I/O)

2.9 ผู้ป่วยที่ไม่มีสายให้สารน้ำเข้าหลอดเลือดดำ (IV line) ควรใส่ Heparin lock /NSS lock ก่อนทำการลำเลียงฯ เพื่อเตรียมไว้ให้สารน้ำและยาในกรณีฉุกเฉิน (Medical emergency)

2.10 ผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวลำบาก มีอาการเหนื่อย และต้องปัสสาวะแต่ ไม่สะดวกที่จะใช้หมอนอน (Bedpan) หรือไม่มีห้องสุขาภายในอากาศยาน ควรใส่สายสวนปัสสาวะก่อนทำการลำเลียงฯ

2.11 เตรียมผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบ 12 ขั้วไฟฟ้า (EKG 12-lead) และผลการตรวจ Blood chemistry, CBC ตรวจเลือดเพื่อหาค่า Cardiac biomarkers ถ้าสามารถทำได้ ในปัจจุบันการตรวจ Cardiac biomarkers ที่นิยมคือ Cardiac troponin (Troponin T) และ NT-proBNP และควรเป็นผลการตรวจที่ไม่เกิน 12 ชั่วโมง ก่อนส่งคำขอลำเลียงฯ หรือไม่เกิน 24 ชั่วโมง ก่อนทำการลำเลียงฯ

3. การเตรียมของใช้ส่วนตัว ได้แก่ เสื้อผ้าและการแต่งกาย กระเป๋าเดินทาง อาหารและยา ของมีค่า และป้ายชื่อผู้ป่วย

4. การเตรียมด้านธุรการ ได้แก่ ค่าส่งในการเดินทาง ประวัติการตรวจรักษาพยาบาล ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ผลเอกซเรย์ปอด (Chest X-ray) เพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง ใบส่งตัว และบัญชีสิ่งของต่างๆของผู้ป่วย

5. การเตรียมด้านอื่นๆ เพื่อสนับสนุนการลำเลียงผู้ป่วย ได้แก่ การประสานโรงพยาบาลต้นทาง ซึ่งเป็นหน่วยแพทย์เจ้าของผู้ป่วยที่ส่งคำขอการลำเลียงทางอากาศ และโรงพยาบาลปลายทางเป็นหน่วยแพทย์จุดหมายปลายทางที่จะรับผู้ป่วยไว้ในกรณีดูแลรักษาตามความประสงค์ในคำขอลำเลียง จัดรถพยาบาลรับ-ส่งผู้ป่วย ติดต่อโรงพยาบาลปลายทางในการให้ข้อมูลผู้ป่วยและการเข้ารับการรักษ

การประเมินสถานะผู้ป่วยก่อนลำเลียงทางอากาศ

การประเมินผู้ป่วยก่อนการลำเลียงทางอากาศ (Preflight assessment)⁽⁶⁻⁸⁾ เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญ เพราะเป็นการประเมิน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยสูงสุด เพิ่มประสิทธิภาพ และลดความผิดพลาดในการลำเลียงผู้ป่วย ทั้งนี้ ยังทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยทั้งภาคพื้นและภาคอากาศ โดยสอบถามข้อมูลจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลต้นทาง และการประเมินของหัวหน้าชุดลำเลียง (Medical crew director: MCD) ดังต่อไปนี้

1. ตรวจสอบชื่อผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค
2. ตรวจสอบระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ประเมิน Neurological signs (NSDO/ AVPU) และระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง
3. ตรวจสอบสัญญาณชีพ (Vital signs) ความเข้มข้นของออกซิเจน และคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
4. สอบถามอาการและการรักษาพยาบาลล่าสุดจากเจ้าหน้าที่นำส่ง และ/หรือตัวผู้ป่วยเองในกรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี
5. ตรวจสอบอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้สำหรับผู้ป่วยให้พร้อมใช้งาน และเปลี่ยนอุปกรณ์เป็นของทีมเจ้าหน้าที่ชุดลำเลียงทางอากาศ
6. ตรวจสอบสิ่งของที่น่าติดตัวมาของผู้ป่วย เช่น กระเป๋าเดินทาง ของมีค่า และติดป้ายชื่อ ทำบัญชีสิ่งของ
7. ประสานนักบิน เรื่องข้อจำกัดในการบินลำเลียง สำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจให้จำกัดเพดานบินไม่เกิน 6,000 ฟุต

กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการลำเลียงทางอากาศ

ชายไทย อายุ 59 ปี สังกัดกองทัพอากาศ ให้ประวัติ 5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการแน่นบริเวณกลางอกเหมือนหินทับ ใจสั่น เหงื่อแตก นานกว่า 30 นาที อาการไม่ดีขึ้น ญาตินำส่ง โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา ที่ห้องฉุกเฉิน สัญญาณชีพแรกได้รับ อุณหภูมิร่างกาย 36.3 องศาเซลเซียส, ความดันโลหิต 140/82 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที, $O_2\text{ Sat} = 92\%$, Pain score = 8/10 ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST-elevation ที่ Lead II, III, AVF แพทย์วินิจฉัยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Myocardial infarction) ให้ยา Aspirin 300 มิลลิกรัม 1 เม็ดเคี้ยวกลืน และ Plavix 75 มิลลิกรัม 4 เม็ด และทำการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดด้วยขดลวด (Percutaneous coronary intervention with stent: PCI with Stent) หลังทำการหัตถการ 24 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี บริเวณที่ใส่สายสวนไม่มีภาวะเลือดออกหรือ Hematoma วันรุ่งขึ้น (Post operative day 1) ผู้ป่วยต้องการไปรักษาต่อที่ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช แพทย์ประเมินสภาพแล้วอนุญาตให้ลำเลียงทางอากาศได้

อาการปัจจุบัน (ข้อมูลจากหน่วยแพทย์ต้นทาง) Post operative day 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ไม่มีอาการหอบเหนื่อย อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 127/78 มิลลิเมตรปรอท วัดค่า $O_2\text{ Sat} = 95\%$ ขณะ On Oxygen cannula 3 ลิตร/นาที $O_2\text{ Sat} = 92\%$ ขณะ Room air คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ (Normal sinus rhythm) On NSS lock at Right arm ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Complete blood count: Platelet 236,000/uL, Hct 37%, Hb 13g/dL ผลการตรวจเคมีคลินิก Na 137 mEq/L, K 4.7 mEq/L และ INR 1

การรักษาปัจจุบัน ASA (81 mg) 1 x 1 po pc, Plavix (75 mg) 1 x 1 po pc, Miracid (20 mg) 1 x 1 po ac, Xarator (40mg) 1 x 1 po pc เย็น, Isordil (5mg) 1 tab SL prn for chest pain

บทบาทพยาบาลในการลำเลียงทางอากาศ

1. การเตรียมผู้ป่วย (Preparation of patient)

1.1 การเตรียมทางด้านจิตใจ: สอบถามประสบการณ์การเดินทางด้วยเครื่องบิน เพื่อประเมินความวิตกกังวล รวมถึงอธิบายให้ผู้ป่วยทราบแผนการเดินทางว่าจะเดินทางจากสนามบินต้นทางกองบิน 56 จังหวัดสงขลา ไปยังสนามบินปลายทาง กองบิน 6 จังหวัดกรุงเทพมหานคร ด้วยเครื่องบิน บ.ล.8 (C-130) แล้วเดินทางต่อไปยังโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ. ด้วยรถพยาบาล ตั้งแต่เวลา 8.30 น. ถึง 10.30 น. ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง⁽¹⁾

1.2 การเตรียมทางด้านร่างกายและของใช้ส่วนตัว: เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมทางด้านร่างกายและของใช้ส่วนตัว โดยพยาบาลเวชศาสตร์การบินต้องติดต่อประสานกับพยาบาลจากหน่วยแพทย์ต้นทางและญาติผู้ป่วย ดังนี้

ติดต่อประสานพยาบาลโรงพยาบาลต้นทาง: ขอข้อมูล ประวัติความเจ็บป่วยและการรักษา เพื่อประเมินความพร้อมของผู้ป่วย และเตรียมอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยขณะลำเลียงทางอากาศ

รวมถึงดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเข้าที่ไม่ทำให้เกิดแก๊ส เช่น กะหล่ำปลี ถั่ว และให้ผู้ป่วยรับประทานยาหลังอาหารเข้าให้เรียบร้อย และขอให้พยาบาลโรงพยาบาลต้นทาง เตรียมยา Isordil (5 mg) SL 3 tab พร้อมทั้งให้สารน้ำเป็น 0.9% NSS 1000 ml IV rate 40 cc/hr และ Morphine 10 mg IV (1 amp) กรณีผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกระหว่างการลำเลียงทางอากาศ⁽⁶⁾

ติดต่อประสานญาติ: เนื่องจากต้องทำการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยเปลนอนจึงให้ผู้ป่วยแต่งชุดของโรงพยาบาลต้นทาง แนะนำให้ญาติแยกของใช้จำเป็นไว้ในกระเป๋าที่จะติดตัวขึ้นบนอากาศยาน⁽⁶⁾

1.3 การเตรียมทางด้านธุรการ: รวบรวมเอกสารได้แก่ ผลการตรวจต่างๆ ประวัติการรักษา ใบส่งตัวผู้ป่วย รวมถึงบัญชีสิ่งของ⁽⁶⁾

2. การประเมินสถานะผู้ป่วยก่อนบิน (Preflight assessment)

2.1 ด้านผู้ป่วย: เมื่อผู้ป่วยเดินทางมาถึงลานจอดเครื่องบินของกองบิน 56 หัวหน้าชุดลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศจะทำการตรวจสอบชื่อผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค และประเมินประเภผู้ป่วยตามหลักการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ วัดสัญญาณชีพ รวมถึงระดับความรู้สึกตัว จากการประเมินอาการผู้ป่วยก่อนบิน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ไม่มีอาการหอบเหนื่อย อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/78 มิลลิเมตรปรอท วัดค่า O₂ sat = 98% ขณะ On Oxygen Cannula 3 ลิตร/นาที O₂ sat = 95 % ขณะ Room Air คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ (Normal sinus rhythm) On NSS 1000 ml IV rate 40 cc/hr บริเวณที่ใส่สายสวนไม่มีเลือดออกหรือ Hematoma ซึ่งผู้ป่วยรายนี้สามารถเดินได้ด้วยตนเอง และอาจอนุญาตให้ลุกนั่งได้

2.2 ด้านอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับผู้ป่วย: การเตรียมอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยรายนี้ ประกอบด้วย เปลสนาม Backrest (พนักพิง) ชุดเครื่องนอน สายรัดตัว เครื่องตรวจวัดสัญญาณชีพ เครื่อง EKG monitor ชุดให้ออกซิเจนทางการแพทย์ Infusion pump Syringe 10 cc Needle No. 21, 24 Sterile water for injection เสาน้ำเกลือสำหรับติดเปลบนอากาศยาน พร้อมอุปกรณ์ให้สารน้ำ และเตรียมอุปกรณ์สำหรับแผนกผู้ป่วยบนอากาศยาน กรณีผู้ป่วยหยุดหายใจ หัวใจหยุดเต้น ประกอบด้วย อุปกรณ์ใส่ท่อช่วยหายใจ, Cardiac board, กระเป๋าอุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ช่วยฟื้นคืนชีพ, Transport ventilator, เครื่องกระตุ้นหัวใจ (Defibrillator) หรือเครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าชนิดอัตโนมัติ (Automated External Defibrillator: AED) และเครื่องดูดเสมหะ⁽⁶⁾

3. การดูแลผู้ป่วยขณะลำเลียงทางอากาศ (Inflight assessment)

ขณะลำเลียงทางอากาศ พยาบาลเวชศาสตร์การบินจะวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล โดยพิจารณาจากองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดร่วมกับหลักสรีรวิทยาการบิน (Aviation physiology) และความเครียดจากการบิน (Stress of flight)⁽⁶⁻¹²⁾ ข้อวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล ดังนี้

1. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน

กิจกรรมการพยาบาล

1) จำกัดเพดานบิน ไม่เกิน 6,000 ฟุต จากระดับน้ำทะเล และจัดผังบรรทุกโดยหันศีรษะผู้ป่วยไปทางท้ายอากาศยาน เพื่อป้องกันปัญหา Decreased partial pressure of oxygen และ G-Forces ตามลำดับ

2) ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเต็มที่ (Absolute bed rest) นอนเปลืองด้วยผ้าที่หนาและอ่อนนุ่ม ศีรษะสูง 30-45 องศา โดยการใช้ Backrest และสายรัดตัวผู้ป่วย เพื่อป้องกันปัญหา Decreased partial pressure of oxygen, Barometric pressure change, G-Forces, Vibration และ Fatigue ตามลำดับ

3) On Oxygen Cannula 3 ลิตร/นาที่ เพื่อป้องกันปัญหา Decreased partial pressure of oxygen

4) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ 0.9 NSS 1,000 ml เข้าทางหลอดเลือดดำ โดยบีบให้สารน้ำในกระเปาะสายให้สารน้ำ (Drip chamber of IV line) ไม่เกิน ½ ของกระเปาะ และใช้ Infusion pump เพื่อควบคุมการไหลของสารน้ำ เพื่อป้องกันปัญหา Barometric pressure change

5) ดูแลให้ผู้ป่วยใส่เสื้อผ้าหนาๆ หรือห่มผ้าห่ม เพื่อป้องกันปัญหา Thermal changes

6) ประเมินสภาพทั่วไป วัดสัญญาณชีพ (Vital signs) ทุก 1 ชม. Keep O₂ sat > 94%, ฝ้าารระวังอาการ Hypoxia ได้แก่ หายใจเร็วถี่ หายใจหอบเหนื่อย และอาการเจ็บหน้าอก (Chest pain)

7) ประเมินอาการเจ็บหน้าอก ใจสั่น โดยซักถามผู้ป่วย และติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Monitor EKG)

2. มีโอกาสเกิดภาวะเลือดออก เนื่องจากได้รับยา Anticoagulant ขณะทำ PCI

กิจกรรมการพยาบาล

1) ดูแลให้การพยาบาล ทำหัตถการด้วยความนุ่มนวล และดูแลให้ผู้ป่วยนอนเปลืองด้วยผ้าที่หนาและอ่อนนุ่ม

2) ระวังระวังการเกิดอุบัติเหตุ เช่น ตกเปล การหกล้ม หรือการรัดสายรัดตัวที่แน่นเกินไป เป็นต้น

3) ดูแลให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายผู้ป่วย ด้วยการห่มผ้า เพื่อป้องกันปัญหา Thermal change

4) ประเมิน และสังเกตอาการแสดงของภาวะเลือดออกง่ายจากแผลที่ขาหนีบข้างขวา Hematoma รวมถึงจุดจ้ำเลือดตามร่างกาย, รอยช้ำตามร่างกาย เลือดออกตามไรฟัน หรือเลือดจากอวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะในช่องท้อง เช่น ท้องอืด กดเจ็บที่บริเวณหน้าท้องถ่ายเป็นเลือดหรือมีสีดำ อาเจียนเป็นเลือด เป็นต้น

3. ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยขณะลำเลียงทางอากาศ

กิจกรรมการพยาบาล

1) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติด้วยวาจาที่สุภาพ อ่อนโยน ท่าทางที่เป็นมิตร จริงใจ เพื่อความเป็นกันเอง

2) อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรค แผนการเดินทาง และการปฏิบัติตัว เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจ และให้ความร่วมมือในการรักษา

3) อธิบายเหตุผลการให้ยา ขนาดที่ใช้ อาการข้างเคียงที่อาจพบ ความสำคัญที่ต้องได้รับยาตามแนวทางการรักษาให้ครอบคลุมเพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบ

- 4) อำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย และประคับประคองด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย
- 5) ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล ใช้น้ำเสียงฟังแล้วนุ่มหู
- 6) ในขณะให้การพยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามปัญหาที่สงสัย ระบายความรู้สึก
- 7) ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในกิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลของการพยาบาล

ทั้งนี้ตามหลักการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ จะต้องเตรียมแผนกู้ชีพบนอากาศยาน กรณีผู้ป่วยหยุดหายใจหรือหัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest) โดยมีหลักปฏิบัติดังนี้

- 1) เคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเปลลงบนพื้นอากาศยาน หรือเลื่อนระดับเปลลงให้อยู่ในระดับที่พอเหมาะเพื่อใส่ Cardiac board
- 2) ทำการฟื้นคืนชีพตามหลักการของ Advanced Cardiac Life Support⁽¹³⁾
- 3) ติดต่อประสานนักบิน แจ้งสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อขอลงจอดฉุกเฉินที่สนามบินที่ใกล้ที่สุด

สรุป

การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศเป็นการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพและรวดเร็ว แต่เมื่อทำการบินขึ้นสูงจากระดับน้ำทะเล ความเครียดจากการบินย่อมส่งผลกระทบต่อร่างกายผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงในอวัยวะที่สำคัญของร่างกายอยู่แล้ว ขณะลำเลียงทางอากาศอาจจะส่งผลให้พยาธิสภาพของโรคแย่ลง ดังนั้นพยาบาลผู้ทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยบนอากาศยานจึงควรมีความรู้เกี่ยวกับสรีรวิทยาการบิน ความเครียดจากการบิน การประเมินสภาวะก่อนลำเลียงทางอากาศ การเตรียมอุปกรณ์ และการดูแลผู้ป่วยขณะลำเลียงทางอากาศ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยสูงสุดขณะลำเลียงทางอากาศ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอย่างสูง แด่พลอากาศตรีภุชญา ศาสตราวหา ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์การบิน กองทัพอากาศ ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด และนาวาอากาศเอกหญิง สุวิสาห์ สุขตระกูล รองผู้อำนวยการศูนย์ลำเลียงทางอากาศสายแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์การบินกองทัพอากาศ พยาบาลเวชศาสตร์การบิน ผู้เชี่ยวชาญการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศที่ให้คำแนะนำด้านการเขียนบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. สถานการณ์และแนวโน้มสุขภาพและการแพทย์ฉุกเฉิน (ระดับโลกและประเทศไทย). 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2566 มิ.ย. 1]. เข้าถึงได้จาก:
https://www.niems.go.th/1/UploadAttachFile/2022/EBook/414764_20220208161448.pdf
2. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. คู่มือแนวทางปฏิบัติการลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉินทางอากาศ. เชียงใหม่: เชียงใหม่พิมพ์นิยม; 2561.
3. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: เนคสเทป ดีไซน์; 2563
4. ศูนย์ลำเลียงทางอากาศสายแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์การบิน กองทัพอากาศ. สถิติการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ ปีพ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: ศูนย์ลำเลียงทางอากาศสายแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์การบิน กองทัพอากาศ; 2565
5. เอกลักษณ์ ติ่งโรจน์. การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ: การลำเลียงข้าราชการตำรวจที่เจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติหน้าที่ของกลุ่มงานศูนย์ส่งกลับและรถพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2564;13(1):208-17.
6. สถาบันเวชศาสตร์การบิน กองทัพอากาศ. การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ. ปทุมธานี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2562.
7. Dorlac WC, Mason PE, Dorlac GR. Preparation for long-distance aeromedical evacuation. In Hurd W, Beninati W. (eds.). Aeromedical Evacuation. Springer, Cham; 2019.
8. Hurd WW, Jernigan GJ. Aeromedical evacuation: management of acute and stabilized patients. New York: Springer; 2003.
9. บุญยอร์ ทิฆิณญา. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบหัวใจและหลอดเลือดระหว่างการลำเลียงทางอากาศ. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2557;6(2):263-74.
10. Holleran RS. ASTNA Patient transport principles and practice. 4th ed. USA: Elsevier; 2010.
11. Department of the Air Force E-Publishing. Aerospace Medicine En Route Care and Aeromedical Evacuation Medical Operations [Internet]. 2020 [cited 2023 Jul 1]. Available from: https://static.e-publishing.af.mil/production/1/af_sg/publicationdafi48-107v1/dafi48-107v1.pdf.
12. ศรีรัตน ศรีประสงค์. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. ใน: วันดี โตสุขศรี และคณะ, บรรณาธิการ. การพยาบาลอายุรศาสตร์ 2 ฉบับปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: หจก.เอ็นพีเพรส; 2561: 52-74 .
13. United Medical Education. ACLS Algorithms 2023 (Advanced Cardiac Life Support) Introduction: What is Advanced Cardiac Life Support (ACLS)? [Internet]. 2023 [cited 2023 Jul 1]. Available from: <https://www.acls-pals-bls.com/algorithms/bls#CPRadults>

บทความวิชาการ

การจัดการความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาในทารกคลอดก่อนกำหนด ก่อนการเจาะเลือดส้นเท้า หรือการเปิดหลอดเลือดดำส่วนปลาย

น้ำทิพย์ เหนียงจิตต์^a

บทคัดย่อ

ทารกคลอดก่อนกำหนดมีโอกาสได้สัมผัสกับความเจ็บปวดจากการทำหัตถการได้บ่อยครั้งและต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่อย่างไรก็ตามการแสดงออกซึ่งความเจ็บปวดของทารกคลอดก่อนกำหนดนั้น บางครั้งยากแก่การประเมิน จึงมักถูกละเลยไปผลของความเจ็บปวดในแต่ละครั้งที่ทารกคลอดก่อนกำหนดได้รับการทำหัตถการ โดยเฉพาะการเจาะเลือดส้นเท้าหรือการเปิดหลอดเลือดดำส่วนปลาย ซึ่งเป็นหัตถการที่พบได้บ่อยในทารกคลอดก่อนกำหนดก่อให้เกิดผลเสีย ทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนดได้รับความเจ็บปวดและผลเสียในระยะยาว ต่อพัฒนาการทางด้านจิตใจ อารมณ์ รวมทั้งส่งกระทบต่อการเรียนในอนาคตได้

ดังนั้นผู้เขียนจึงมุ่งหวังในการนำเสนอแนวทางการลดความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถนำไปพิจารณาใช้เพื่อช่วยลดความเจ็บปวดให้กับทารกคลอดก่อนกำหนดตามความเหมาะสมของทารกคลอดก่อนกำหนดแต่ละราย

คำสำคัญ: การจัดการความปวด; ทารกคลอดก่อนกำหนด; การเจาะเลือดส้นเท้า; การเปิดหลอดเลือดดำส่วนปลาย

* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ กองทัพอากาศ

^a Corresponding author: น้ำทิพย์ เหนียงจิตต์ Email: mim.niang@gmail.com

รับบทความ: 16 ก.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 6 ส.ค. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 6 ส.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 19 ส.ค. 66

Review Article

Non-pharmacological Pain Management in Preterm before Heel Puncture or Peripheral Intravenous Insertion

Namtip Niangjit^{*a}

Abstract

Preterm babies are more likely to experience pain procedures frequently and continuously since birth until being discharge from the hospital. However, expression of pain in preterm are sometimes difficult to assess and often ignored. The effect of pain exposure each time from the procedure, especially heel puncture and peripheral intravenous insertion which are common treatments in preterm will inevitably lead to harmful effects. The unfavorable effects occur suddenly during pain exposure and cause long term effects to psychological, emotional and student life in the future.

This article aims to present a non-pharmacological approach to pain reduction as this is nurse's independent role that can be considered to reduce pain for preterm infants as appropriate.

Keywords: Pain management; Preterm; Heel puncture; Peripheral intravenous insertion

^{*} Instructor, Royal Thai Air Force Nursing College, Directorate of Medical Services, Royal Thai Air Force

^a Corresponding author: Namtip Niangjit Email: mim.niang@gmail.com

Received: Jul. 16, 23; Revised: Aug. 6, 23; Accepted: Aug. 6, 23; Published Online: Aug. 19, 23

บทนำ

ทารกแรกเกิดทุกรายมีโอกาสดำรงชีพกับความเจ็บปวดตั้งแต่วันแรกของการมีชีวิตอยู่ภายนอกครรภ์มารดา เริ่มตั้งแต่การฉีดยาวิตามินเค การให้ภูมิคุ้มกัน หรือการเจาะ ระดับน้ำตาลในเลือด และโดยเฉพาะอย่างยิ่งทารกคลอดก่อนกำหนดมีโอกาสดำรงชีพกับความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่อง จากการรักษามากเป็นพิเศษ และจากผลการสำรวจหัตถการจำนวน 3,000 ครั้ง ในทารกคลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการรักษาตัวในห้องอภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต (Neonatal intensive care unit: NICU) พบว่าการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้าเป็นหัตถการที่พบสูงสุดถึง 56% และการเปิดหลอดเลือดดำส่วนปลายเพื่อให้สารน้ำสูงถึง 8%⁽¹⁾ การที่ทารกได้รับความเจ็บปวดอย่างรุนแรงหรือได้รับความเจ็บปวดซ้ำๆ เป็นเวลาหลายครั้ง ส่งผลเสียต่อระบบประสาทของทารกโดยตรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งทารกคลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางที่ระบบประสาทจะได้รับอันตรายจากความเจ็บปวดได้ง่าย พื้นที่ที่ทารกคลอดก่อนกำหนดสัมผัสกับความเจ็บปวดร่างกายจะมีการตอบสนองโดยมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่ไม่คงที่ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ระดับออกซิเจนในเลือดไม่คงที่ รวมทั้งรบกวนแบบแผนการนอนหลับ และการย่อยอาหาร และในระยะยาวอาจส่งผลให้ระดับความอดทนต่อความเจ็บปวดลดลง และส่งผลต่อจิตใจและการพัฒนาทางด้านการเรียนรู้ ทารกคลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการกระตุ้นจากความเจ็บปวดบ่อยๆ มีแนวโน้มที่จะมีภาวะสมาธิสั้น และอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อการเรียนรู้ในอนาคต^(2,3)

ความเจ็บปวดของทารกเป็นสิ่งที่มักจะถูกมองข้าม และได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์น้อยกว่าที่ควรจะเป็น เนื่องจากทารกไม่สามารถสื่อสารหรือแสดงอาการต่อความเจ็บปวดได้ชัดเจน แต่อย่างไรก็ตาม การที่ทารกไม่ร้องไห้ ไม่ได้แสดงว่าเขาไม่มีอาการเจ็บปวด⁽³⁾ จากผลการสำรวจพฤติกรรมในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในประเทศบราซิล พบว่าพยาบาลใน NICU จำนวน 84% รับรู้และสัมผัสได้ว่าการทำหัตถการก่อให้เกิดความเจ็บปวดในทารก แต่ยังคงมีพยาบาลจำนวน 34% รายงานว่าไม่เคยใช้เครื่องมือในการประเมินความเจ็บปวดหลังทำหัตถการ และมีองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวดไม่เพียงพอ⁽⁴⁾

การจัดการความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา ถือเป็นตัวเลือกที่ดีที่สุดและเหมาะสมสำหรับทารกคลอดก่อนกำหนดในการทำหัตถการเจาะเลือดหรือเปิดหลอดเลือดดำส่วนปลายเพื่อให้สารน้ำซึ่งเป็นหัตถการที่พบบ่อย และมีข้อดีมากกว่าการใช้ยาแก้ปวด เนื่องจากทารกคลอดก่อนกำหนดอาจมีโอกาสดำรงชีพที่จะได้รับผลข้างเคียงจากยาแก้ปวดได้มาก ดังนั้นการเลือกแนวทางการบรรเทาความเจ็บปวดให้กับทารกคลอดก่อนกำหนดจึงเป็นสิ่งที่สำคัญและเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถทำได้อย่างอิสระ สะดวก ปลอดภัยและไม่เสียค่าใช้จ่าย

แนวทางการจัดการความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา

ปัจจุบัน ได้มีการแนะนำแนวทางสำหรับนำมาใช้เพื่อช่วยบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาให้กับทารกคลอดก่อนกำหนดอยู่หลายวิธี เช่น การใช้นมแม่ การให้สารละลายซูโครส 24% การห่อตัว การจัดทำการใช้มือโอบ และการทำ kangaroo care ดังนี้

1. การใช้นมแม่

1.1 การให้ทารกกูดนมแม่ (Breast-feeding) ในระหว่างทำหัตถการ เป็นวิธีที่ช่วยลดความเจ็บปวดที่ดีที่สุด จากผลการศึกษาทดลองเปรียบเทียบในทารกแรกเกิดที่ได้รับการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้าจำนวน 3 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มที่ 1 ให้ดื่มนมแม่ขณะเจาะเลือด กลุ่มที่ 2 ดูดจุกหลอกโดยให้แม่อุ้มขณะเจาะเลือด และกลุ่มที่ 3 ดูดจุกหลอกโดยให้คนอื่นที่ไม่ใช่แม่อุ้มในขณะเจาะเลือด พบว่าทารกกลุ่มที่ได้ดื่มนมแม่ แสดงอาการร้องไห้น้อยที่สุดในระหว่างและหลังเจาะเลือด⁽⁵⁾

1.2 กลิ่นของนมแม่ สามารถกระตุ้นประสาทสัมผัสเพื่อช่วยลดความเจ็บปวดหลังการทำหัตถการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้าได้ จากผลศึกษาทดลองเปรียบเทียบในทารกคลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการรักษาตัวใน NICU จำนวน 48 คน โดยกลุ่มทดลองได้มีการใช้กลิ่นของนมแม่ในการกระตุ้นประสาทสัมผัสก่อนการเจาะเลือดส้นเท้าเป็นเวลา 30 วินาที และประเมินคะแนนความเจ็บปวดโดยใช้ (The Premature Infant Pain Profile: PIPP score) พบว่ามีคะแนนความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการกระตุ้นด้วยกลิ่นนมแม่⁽⁶⁾ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของเปรียบเทียบผลของการใช้กลิ่นของนมแม่และนมผสมในการช่วยลดความเจ็บปวดในการทำหัตถการเจาะเลือดส้นเท้า ในทารกคลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์ 27-32 สัปดาห์ จำนวน 50 คน ที่ได้รับการรักษาใน NICU โดยนำกระดาศรองจุ่มนมแม่ วางไว้ใกล้จุกของทารกก่อนเจาะเลือด 3 นาที จนถึงหลังเจาะเลือด 9 นาที เทียบกับกลุ่มที่ได้รับกลิ่นของนมผสม พบว่าทารกกลุ่มที่ได้รับกลิ่นของนมแม่ มีคะแนนความเจ็บปวด (PIPP score) ที่น้อยกว่าทารกที่ได้รับกลิ่นของนมผสม⁽⁷⁾

2. การใช้สารละลายซูโครส 24% (24% Sucrose)

สารละลายซูโครส 24% สามารถช่วยบรรเทาความเจ็บปวดให้กับทารกได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะในทารกคลอดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์น้อยมาก (Extremely preterm) พบว่าการให้สารละลายซูโครส มีประสิทธิภาพในการลดความเจ็บปวดได้ดีที่สุดมากกว่าการนวด การเปิดเพลง และการให้นมแม่⁽⁸⁾ สอดคล้องกับการศึกษาทดลองเปรียบเทียบวิธีการลดความเจ็บปวดในทารกคลอดก่อนกำหนดจำนวน 300 คน จำนวน 4 วิธี โดยแบ่งเป็น กลุ่มที่ได้รับการนวดกระตุ้นฝ่าเท้า กลุ่มที่ได้รับสารละลายซูโครส 24 % กลุ่มที่ทำ Kangaroo และกลุ่มที่ได้รับการฟังเพลง พบว่า กลุ่มที่ได้รับสารละลายซูโครส 24 % มีคะแนนความเจ็บปวด PIPP score น้อยที่สุด⁽⁹⁾

ซึ่งปัจจุบันได้มีแนวทางการนำสารละลายซูโครส 24% Sucrose มาใช้ในการลดความเจ็บปวดให้กับทารกแรกเกิด ดังนี้ ดูดสารละลายซูโครส 24% ด้วย Syringe 1 cc และค่อยๆ หยดสารละลายบริเวณลิ้นด้านหน้า จากนั้นป้ายสารละลายอย่างช้าๆ ให้ทารกได้รับรสหวาน ก่อนการทำหัตถการเล็กน้อย ที่ได้รับความเจ็บปวด 2 นาที แต่ไม่ควรใช้มากกว่า 3 ครั้งต่อ 1 หัตถการ และไม่ควรใช้ภายหลังได้รับการผ่าตัด โดยขนาดและวิธีการใช้ที่แนะนำ คือในทารกที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ให้ 0.1 ml ในทารกน้ำหนักน้อยกว่า 1000 กรัม ให้ 0.1 ml ในทารกอายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ ให้ 0.1 ml ในทารกน้ำหนักระหว่าง 1000-2000 กรัม

ให้ 0.1-0.2 ml และ ในทารกน้ำหนัก 2000 กรัมขึ้นไป ให้ 0.1-0.5 ml แต่อย่างไรก็ตามห้ามใช้ในทารกที่เสี่ยงต่อการเกิด NEC⁽³⁾

3. การห่อตัว การจัดทำ และการใช้มือโอบ

การห่อตัวโดยใช้ผ้าห่อตัวให้ทารกอยู่ในท่าแขนขาอเข้าหาลำตัวคล้ายอยู่ในครรภ์มารดา (Facilitated tucking) เป็นอีกหนึ่งวิธีที่ช่วยลดความเจ็บปวดให้กับทารกได้ดี จากการศึกษาทดลองเปรียบเทียบผลของการจัดทำ Facilitated tucking ในทารกคลอดก่อนกำหนดเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการทำหัตถการตามปกติ โดยเริ่มจัดทำห่อตัวก่อนการเจาะเลือด 15 นาทีและทำต่อเนื่องหลังทำหัตถการ และเริ่มประเมินความเจ็บปวดที่นาทิตี 10 ก่อนเจาะเลือด นาทิตี 3 ขณะเจาะเลือด และนาทิตี 10 หลังการเจาะเลือด พบว่าสามารถช่วยลดความเจ็บปวดในระดับรุนแรงในทารกคลอดก่อนกำหนดได้ ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้รับการจัดทำ Facilitated tucking มีรายงานคะแนนความเจ็บปวด PIPP score อยู่ในระดับรุนแรง⁽¹⁰⁾

ปัจจุบันได้มีการนำองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดทำ Facilitated tucking มาพัฒนาเป็นนวัตกรรมมือโอบ โดยใช้มือโอบช่วยในการจัดทำและโอบแขนขาทารกเข้าหากันกลางลำตัว ในท่าตะแคง และได้ทำการทดลองเปรียบเทียบในทารกคลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์ 28- 35 สัปดาห์ จำนวน 30 คน โดยได้ใช้นวัตกรรมมือโอบเป็นระยะเวลา 2 นาทีก่อนการเจาะเลือดส้นเท้าต่อเนื่องจนถึง 10 นาทีหลังเจาะเลือด พบว่าทารกที่ได้รับการโอบตัว มีคะแนนความเจ็บปวดน้อยกว่าทารกที่ได้รับการดูแลตามปกติ⁽¹¹⁾



ภาพที่ 1 นวัตกรรมมือโอบ จัดทำ Facilitated tucking

ที่มา: <https://www.semanticscholar.org/paper/Effect-of-Facilitated-Tucking-Created-with-Hands-on-Salmani-Karjoo/13243985765b6f41733a397a3667f76d1639f113>

4. การทำ Kangaroo care

การทำ Kangaroo care ให้กับทารกคลอดก่อนกำหนดสามารถช่วยลดความเจ็บปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการทำให้ Kangaroo care อย่างต่อเนื่อง 15 นาที สามารถช่วยลดการร้องไห้และการเปลี่ยนแปลงอัตราการเต้นของหัวใจในระหว่างทำการเจาะเลือดส้นเท้าได้เป็นอย่างดี⁽³⁾

5. การใช้จุกหลอก

จุกหลอก (Pacifier) เป็นอีกหนึ่งแนวทางการเบี่ยงเบนความสนใจของทารกที่สามารถนำมาช่วยลดความเจ็บปวดได้ แต่อย่างไรก็ตาม พบว่าการใช้จุกหลอกเพียงอย่างเดียวมีประสิทธิภาพในการลดความเจ็บปวดที่น้อยกว่าการใช้จุกหลอกร่วมกับแนวทางการลดความเจ็บปวดรูปแบบอื่น ซึ่งจากการศึกษาทดลองเปรียบเทียบการใช้จุกหลอกเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในทารกคลอดก่อนกำหนดพบว่า ทารกที่ได้รับจุกหลอกร่วมกับการให้สารละลายน้ำตาลซูโครสมีระดับคะแนนความเจ็บปวด PIPP score น้อยที่สุด⁽¹²⁾ และการใช้จุกหลอกร่วมกับการห่อตัวทารก (Swaddling) สามารถช่วยลดความเจ็บปวดในทารกคลอดก่อนกำหนดได้เมื่อเทียบกับทารกที่ได้รับการดูแลตามปกติ⁽¹³⁾

6. การนวด

การนวดเป็นอีกหนึ่งวิธีที่ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดให้กับทารกได้ เนื่องจากการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ทำให้ประตูควบคุมความปวดที่ไขสันหลังถูกปิด สัญญาณความปวดไม่สามารถส่งผ่านไปยังสมอง⁽¹⁴⁾ ผลการศึกษาทดลองเกี่ยวกับการนวดเฉพาะที่ช่วยลดความเจ็บปวด พบว่าเมื่อทำการนวดเฉพาะที่ในบริเวณที่จะทำการเจาะเลือดเป็นระยะเวลา 2 นาที ก่อนการเจาะเลือด สามารถช่วยลดระยะเวลาในการร้องไห้ของทารกและลดความเจ็บปวดได้ดีกว่าในทารกที่ได้รับการทำหัตถการปกติ⁽¹⁵⁾ แต่อย่างไรก็ตาม การนวดอาจต้องพิจารณาตามความเหมาะสมเฉพาะรายเนื่องจากพบว่ามีผลการศึกษาที่ขัดแย้งเกี่ยวกับผลของการนวดต่อการลดความเจ็บปวด ซึ่งได้ทำการทดลองนวดขาและเท้าข้างที่จะทำการเจาะเลือดในทารกคลอดก่อนกำหนดจำนวน 30 ราย เป็นระยะเวลา 2 นาที ก่อนการเจาะเลือด โดยมีท่านวดทั้งหมด 5 ขั้นตอน เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่าทารกกลุ่มที่ได้รับการนวดขาและเท้าก่อนการเจาะเลือด มีคะแนนความเจ็บปวดขณะเจาะเลือด และหลังเจาะเลือดในนาทีที่ 5 มากกว่าทารกคลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการดูแลตามปกติ⁽¹⁶⁾

การเลือกแนวทางการจัดการความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาแบบผสมผสาน

แนวทางการลดความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยานั้น สามารถเลือกและนำไปใช้ได้หลายแนวทางตามความเหมาะสมของทารกแต่ละราย แต่อย่างไรก็ตาม การใช้แนวทางลดความเจ็บปวดร่วมกันแบบผสมผสานจะเป็นวิธีที่ช่วยลดความเจ็บปวดได้ดีที่สุด โดยเฉพาะเรื่องของการใช้นมแม่ พบว่าการใช้นมแม่ในการกระตุ้นประสาทสัมผัสร่วมกันในหลายมิติ ทั้งการดมกลิ่น ร่วมกับการรับรสชาติทางลิ้นสัมผัส และการสัมผัสนุ่มนวลควบคู่กับเสียงของพยาบาลที่เบาสบาย สามารถช่วยลดความเจ็บปวดในทารกที่ได้รับการเจาะเลือดส้นเท้าได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยได้ทำการศึกษาดูแลทารกแรกเกิดจำนวน 120 คน แบ่งออกเป็น

3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้รับการดูแลตามปกติ (ใช้การสัมผัสที่นุ่มนวลบริเวณศีรษะของทารกร่วมกับการพูดคุยกับทารก ด้วยเสียงที่นุ่มสบายของพยาบาล ก่อนและหลังเจาะเลือด) เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ 2 ที่ได้รับการกระตุ้น ประสาทสัมผัสด้วยกลิ่นของนมมารดา (ใช้สาลีก้อนขุ่นนมมารดาที่ได้จากการบีบในช่วงเช้า จุ่มนมแม่และ นำมาวางใกล้บริเวณจมูกของทารก 3 นาทีก่อนเจาะเลือด จนถึง 5 นาทีหลังเจาะเลือด) ร่วมกับการดูแลตามปกติ และกลุ่มที่ 3 ที่ได้รับการกระตุ้นประสาทสัมผัสด้วยกลิ่น และรสชาติของนมมารดา (น่านมแม่จำนวน 3 ซีซี หยดใส่ปากของทารก ก่อนเจาะเลือด 2 นาที) ร่วมกับการดูแลตามปกติ พบว่ากลุ่มที่ 3 ที่ได้รับการดูแล ในหลายมิติร่วมกัน มีค่าคะแนนความเจ็บปวด NIPP scale น้อยที่สุด^(17,18)

สำหรับการเลือกใช้วิธีจัดท่านั้น มีข้อเสนอว่า การจัดทำห่อตัวทารกเพียงอย่างเดียวมีประสิทธิภาพในการลดความเจ็บปวดได้น้อย ดังนั้นจึงควรใช้การจัดทำห่อตัวร่วมกับการให้สารละลายซูโครส 24% เพื่อลด ความเจ็บปวดในทารกที่ได้รับการทำหัตถการที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด⁽¹⁹⁾

ข้อจำกัดสำหรับแนวทางการลดความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาในทารกคลอดก่อนกำหนด

แนวทางการลดความเจ็บปวดโดยไม่ใช้นั้นมีหลากหลายแนวทางด้วยกัน แต่อย่างไรก็ตามผู้เชี่ยวชาญ มีความคิดเห็นว่ายังคงมีข้อจำกัดในเรื่องของการนำมาใช้ได้บางกรณี เช่น

1. **กรณีไม่มีนมแม่** ถึงแม้รสชาติและกลิ่นของนมแม่สามารถช่วยลดความเจ็บปวดได้ดี และสามารถใช้ได้ ในรายที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลำไส้เน่าอักเสบรุนแรง (Necrotizing enterocolitis: NEC) ได้ แต่อย่างไร ก็ตามทารกคลอดก่อนกำหนดบางรายอาจไม่มีนมแม่ หรือมีนมแม่ที่ไม่เพียงพอสำหรับนำมาช่วยบรรเทา ความเจ็บปวดได้ เช่น มารดาไม่ต้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาทิ้งบุตร มารดาไม่สามารถบีมนมได้ในปริมาณ ที่เพียงพอในระหว่างที่ทารกคลอดก่อนกำหนดรักษาตัวอยู่ใน NICU จึงยังเป็นข้อจำกัดที่ไม่สามารถใช้ได้ กับทารกคลอดก่อนกำหนดทุกราย

2. **กรณีทารกยังดูดนมเองไม่ได้** ในทารกคลอดก่อนกำหนดโดยเฉพาะทารกคลอดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์ น้อยกว่า 32 สัปดาห์ จะมีข้อจำกัดในเรื่องของประสิทธิภาพในการดูดกลืน ถึงแม้ว่าวิธีการให้ทารกดูดนมแม่ (Breastfeeding) ขณะที่ได้รับการเจาะเลือดจะเป็นวิธีที่ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดที่ดีที่สุด⁵ แต่ก็ยังไม่สามารถ นำมาใช้ได้กับทารกคลอดก่อนกำหนดทุกราย

3. **กรณีที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ NEC** ถึงแม้ว่าสารละลายซูโครส 24 % เป็นทางเลือกที่ค่อนข้าง ปลอดภัยในการนำมาบรรเทาความเจ็บปวดให้กับทารกก่อนการทำหัตถการที่ได้รับความเจ็บปวด และเข้าถึงได้ ในทารกคลอดก่อนกำหนดทุกราย แต่อย่างไรก็ตาม ยังไม่แนะนำให้ใช้ในรายที่มีโอกาสเกิดภาวะ NEC หรือมีอาการและอาการแสดงของภาวะ NEC ได้⁽³⁾

4. **กรณีอาการผู้ป่วยไม่คงที่** ในทารกคลอดก่อนกำหนดที่อาการหนักหรือมีปัญหาในเรื่องของการหายใจ อาจมีข้อจำกัดในเรื่องของการใช้แนวทางการบรรเทาความเจ็บปวดโดยการจัดท่าแบบ Facilitated tucking

5. กรณีจำกัดการเข้าเยี่ยม เนื่องจากทารกคลอดก่อนกำหนดจำเป็นต้องรักษาตัวอยู่ใน NICU เป็นระยะเวลานาน และโรงพยาบาลส่วนใหญ่อนุญาตให้มารดาเข้าเยี่ยมได้ในช่วงเวรเช้า จึงทำให้ไม่สามารถใช้วิธีการลดความเจ็บปวดแบบ Kangaroo care หรือ Breastfeeding ได้

ข้อเสนอแนะการเลือกแนวทางการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาในทารกคลอดก่อนกำหนด

1. กรณีทารกคลอดก่อนกำหนดไม่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิด NEC แนะนำให้ใช้สารละลายซูโครส 24% ร่วมกับการจัดทำ Facilitated tucking เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบรรเทาความเจ็บปวดดีที่สุด
2. กรณีที่มีมารดาอยู่ด้วยในขณะที่ทำหัตถการเจาะเลือดหรือเปิดหลอดเลือดดำส่วนปลาย และทารกคลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ อาการคงที่ แนะนำให้ใช้วิธี Breastfeeding ร่วมกับการทำ Kangaroo care
3. กรณีทารกคลอดก่อนกำหนด เสี่ยงต่อภาวะ NEC และไม่มีนมแม่ รวมถึงไม่มีมารดาอยู่ด้วย ในขณะที่ทำหัตถการ แนะนำให้ใช้เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจโดยการใช้จุกหลอกร่วมกับการจัดทำ Facilitated tucking
4. กรณีทารกคลอดก่อนกำหนด เสี่ยงต่อภาวะ NEC แต่มีนมแม่ แนะนำให้ใช้เทคนิคกลืนของแม่ บรรเทาความเจ็บปวด ร่วมกับการใช้จุกหลอกร่วมและการจัดทำ Facilitated tucking

สรุป

ทารกคลอดก่อนกำหนดทุกรายควรได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดก่อนการเจาะเลือดเส้นเท้า หรือการเปิดหลอดเลือดดำส่วนปลายทุกครั้งเพื่อลดผลกระทบต่อการตอบสนองต่อความเจ็บปวดในด้านร่างกาย และจิตใจของทารกคลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นได้ทั้งในระยะสั้นและในระยะยาว ซึ่งปัจจุบันแนวทางการลดความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยามีหลากหลายวิธีที่สามารถเลือกนำไปให้การพยาบาลกับทารกคลอดก่อนกำหนดได้ การผสมผสานแนวทางการลดความเจ็บปวดหลายวิธีเข้าด้วยกัน จะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการลดความเจ็บปวดให้กับทารกคลอดก่อนกำหนดได้ดีกว่าการเลือกใช้แนวทางการลดความเจ็บปวดอย่างเดียวเพียงอย่างหนึ่ง

ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ควรประเมินสภาพของทารกคลอดก่อนกำหนดทุกครั้งก่อนการทำหัตถการเจาะเลือดเส้นเท้า หรือการเปิดหลอดเลือดดำส่วนปลาย เพื่อเลือกแนวทางการลดความเจ็บปวดที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพที่ดีที่สุดสำหรับทารกคลอดก่อนกำหนดแต่ละราย

เอกสารอ้างอิง

1. Barker DP, Rutter N. Exposure to invasive procedures in neonatal intensive care unit admissions. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 1995 Jan;72(1):F47-8. doi: 10.1136/fn.72.1.f47.
2. Mitchell A, Boss BJ. Adverse effects of pain on the nervous systems of newborns and young children: a review of the literature. *J Neurosci Nurs.* 2002 Oct;34(5):228-36. doi: 10.1097/01376517-200210000-00002.
3. Krishnan L. Pain relief in neonates. *J Neonatal Surg.* 2013 Apr 1;2(2):19. PMID: 26023439; PMCID: PMC4420379.
4. Costa T, Rossato LM, Bueno M, Secco IL, Sposito NP, Harrison D, Freitas JS. Nurses' knowledge and practices regarding pain management in newborns. *Rev Esc Enferm USP.* 2017 Apr 6;51:e03210. English, Portuguese. doi: 10.1590/S1980-220X2016034403210.
5. Phillips RM, Chantry CJ, Gallagher MP. Analgesic effects of breast-feeding or pacifier use with maternal holding in term infants. *Ambul Pediatr.* 2005 Nov-Dec;5(6):359-64. doi: 10.1367/A04-189R.1.
6. Kim J, Choi SJ. Effect of Olfactory Stimulation with Breast Milk on Pain Responses to Heel Stick in Premature Infants: A Randomized Controlled Trial. *Breastfeed Med.* 2022 Jul;17(7):605-610. doi: 10.1089/bfm.2021.0374.
7. Badiie Z, Asghari M, Mohammadizadeh M. The calming effect of maternal breast milk odor on premature infants. *Pediatr Neonatol.* 2013 Oct;54(5):322-5. doi: 10.1016/j.pedneo.2013.04.004.
8. Mangat AK, Oei JL, Chen K, Quah-Smith I, Schmölzer GM. A Review of Non-Pharmacological Treatments for Pain Management in Newborn Infants. *Children (Basel).* 2018 Sep 20;5(10):130. doi: 10.3390/children5100130.
9. Us MC, Saran MG, Cebeci B, Akkuş E, Şeker E, Aybar ŞŞ. A Randomized Comparative Effectiveness Study of Reflexology, Sucrose, and Other Treatments for Needle Procedures in Newborns. *Pediatr Neurol.* 2023 Mar;140:78-85. doi: 10.1016/j.pediatrneurol.2022.11.019.
10. Gomes Neto M, da Silva Lopes IA, Araujo ACCLM, Oliveira LS, Saquetto MB. The effect of facilitated tucking position during painful procedure in pain management of preterm infants in neonatal intensive care unit: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Pediatr.* 2020 May;179(5):699-709. doi: 10.1007/s00431-020-03640-5.

11. ประทุมวดี เถาบุญ, ทิพวัลย์ ดารามาศ, ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล. ผลของการใช้มือโอบตัวทารกต่อการตอบสนองความปวดจากการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้าในทารกเกิดก่อนกำหนด. ราชวิทยาลัยพยาบาลสาร. 2563;26(1):18-30.
12. Elserafy FA, Alsaedi SA, Louwrens J, Bin Sadiq B, Mersal AY. Oral sucrose and a pacifier for pain relief during simple procedures in preterm infants: a randomized controlled trial. Ann Saudi Med. 2009 May-Jun;29(3):184-8. doi: 10.4103/0256-4947.52821.
13. Mangat AK, Oei JL, Chen K, Quah-Smith I, Schmölzer GM. A Review of Non-Pharmacological Treatments for Pain Management in Newborn Infants. Children (Basel). 2018 Sep 20;5(10):130. doi: 10.3390/children5100130.
14. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. Science. 1965 Nov 19;150(3699):971-9. doi: 10.1126/science.150.3699.971.
15. Küçüktepe A, Canbulat Şahiner N. The effect of regional massage performed before blood collection on pain and vital signs in newborns. J Paediatr Child Health. 2023;59(4):660-6. doi: 10.1111/jpc.16368.
16. พิษณุภา พาเชื้อ, ทิพวัลย์ ดารามาศ, เรณู พุกบุญมี. ผลของการนวดขาและเท้าต่อความปวด อัตราการเต้นของหัวใจ และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดในทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้า. ราชวิทยาลัยพยาบาลสาร. 2561;24(3):279-94.
17. Lan HY, Yang L, Lin CH, Hsieh KH, Chang YC, Yin T. Breastmilk as a Multisensory Intervention for Relieving Pain during Newborn Screening Procedures: A Randomized Control Trial. Int J Environ Res Public Health. 2021 Dec 10;18(24):13023. doi: 10.3390/ijerph182413023.
18. Erdoğan Ç, Çamur Z. The Impact of Breast Milk Taste and Smell in Reducing Pain in Infants Undergoing Blood Drawing Procedure: A Randomized Controlled Study. Breastfeed Med. 2022 Aug;17(8):673-677. doi: 10.1089/bfm.2022.0055.
19. Cignacco EL, Sellam G, Stoffel L, Gerull R, Nelle M, Anand KJ, Engberg S. Oral sucrose and "facilitated tucking" for repeated pain relief in preterms: a randomized controlled trial. Pediatrics. 2012 Feb;129(2):299-308. doi: 10.1542/peds.2011-1879.

ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมฝึกสมองสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะความรู้คิดพร่องเล็กน้อย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

ชญานิศา มณีวรรณ^{*a}

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มทดสอบก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมฝึกสมองผู้สูงอายุที่มีภาวะความรู้คิดพร่องเล็กน้อย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีความรู้คิดพร่องเล็กน้อย ต.ท่าหินโงม และ ต.ชัยสืทอง จำนวน 50 คน สุ่มด้วยการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่คืนที่ แยกเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน กลุ่มควบคุม 25 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมฝึกสมองผู้สูงอายุที่มีภาวะความรู้คิดพร่องเล็กน้อย 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q plus และ 3) การประเมินพุทธิปัญญา (Montreal Cognitive Assessment: MoCA) วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าร้อยละ และค่าสถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ ที่ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกิจกรรมได้ 46 ราย เนื่องจากมีปัญหาสุขภาพและไม่สะดวกในการเดินทาง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฝึกสมองผู้สูงอายุที่มีภาวะความรู้คิดพร่องเล็กน้อย มีคะแนนความรู้คิดเฉลี่ยรวมหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=5.18, p<0.001$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยด้านความตั้งใจจดจ่อ ($t=5.79, p<0.001$) การระลึกถึงคำก่อนหน้า ($t=3.63, p=0.001$) และการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล ($t=6.11, p<0.001$) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=5.54, p<0.001$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความตั้งใจจดจ่อ ($t=4.45, p<0.001$) การระลึกถึงคำก่อนหน้า ($t=3.63, p=0.001$) และการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล ($t=6.11, p<0.001$) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้มิติสัมพันธ์/ หน้าที่บริหารจัดการของสมอง การเรียกชื่อ ภาษา และความคิดเชิงนามธรรม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ควรจัดมีผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อการกระตุ้นให้ทำกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้าน เพิ่มความสามารถด้านความจำ การสื่อสาร การรับรู้มิติสัมพันธ์และการบริหารจัดการ ค้นหาแนวทางการนำพากลุ่มเป้าหมายมาเข้าร่วมกิจกรรมที่สถานบริการใกล้บ้านหรือเพิ่มเติมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ และพัฒนาศักยภาพทีมที่จัดกิจกรรมให้ครอบคลุม

คำสำคัญ: โปรแกรมฝึกสมอง; ผู้สูงอายุ; ภาวะความรู้คิดพร่องเล็กน้อย; ประสิทธิผลของโปรแกรม

^{*} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชัยภูมิ

^a Corresponding author: ชญานิศา มณีวรรณ Email: chanyam2517@gmail.com

รับบทความ: 26 ก.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 2 ก.ย. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 3 ก.ย. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 17 ก.ย. 66

Effectiveness of Brain Training Program for Elderly with Mild Cognitive Impairment from Mueang District, Chaiyaphum Province

Chayanisa Maneewan^{*a}

Abstract

The objective of this quasi-experimental research with two-group pre- and post-test design was to examine the effect of a brain training program for the elderly with mild cognitive impairment in Mueang district, Chaiyaphum province. Samples were 50 elderly with mild cognitive impairment in Tha Hin Ngom and Sap See Thong subdistricts selected through simple random sampling without replacement and assigned equally to experimental and control groups. Research tools included 1) Montreal Cognitive Assessment test, 2) depression test (2Q plus) and 3) brain training program for the elderly with mild cognitive impairment. The data were analyzed using means, standard deviations, percentages and t-test for independent samples with significant level of 0.05. There were 46 persons successfully completed the programs. The drop-out was due to health problems and inconvenience of traveling. The results showed that those who received the brain training program for the elderly with mild cognitive impairment had a significantly higher average total cognitive score after receiving the program ($t=5.18$, $p<0.001$). When considering each aspect, it was found that the average scores of these areas were significantly higher after the program: attention ($t=5.79$, $p<0.001$), delayed recall ($t=3.63$, $p=0.001$), orientation ($t=6.11$, $p<0.001$). The experimental group had a significantly higher mean scores than those from the control group ($t=5.54$, $p<0.001$). When considering each aspect, the experimental group had significantly higher mean scores on attention ($t=4.45$; $p<0.001$), delayed recall ($t=3.63$; $p=0.001$), orientation ($t=6.11$, $p<0.001$). No difference was found in visuospatial, executive functions, naming, memory, language and abstraction. It was recommended to train caregivers so they can encourage continuing activities at home. These activities should also be promoted at service centers and the elderly club.

Keywords: Brain stimulation program; Elderly; Mild cognitive impairment; Program effectiveness

^{*} Registered Nurse, Professional Level, Chaiyaphum Hospital

^a Corresponding author: Chayanisa Maneewan Email: chanyam2517@gmail.com

Received: Jul. 26, 23; Revised: Sep. 2, 23; Accepted: Sep. 3, 23; Published Online: Sep. 17, 23

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุ (Aging society) ตั้งแต่ พ.ศ.2548 ซึ่งเป็นปีแรกที่มีสัดส่วนของประชากรสูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติ นั่นคือ ประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ โดยในปี พ.ศ.2562 มีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 16.73 ของประชากรทั้งประเทศ และจะก้าวสู่การเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete-aged society) ในปี พ.ศ.2564 เมื่อสัดส่วนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ทั้งนี้ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged society) ในปี พ.ศ. 2574 สัดส่วนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 28 จากสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมโดยรวม การเตรียมการเพื่อรองรับสถานการณ์ของผู้สูงอายุจึงเป็นประเด็นที่สำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพที่เรื้อรัง ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ได้คาดประมาณงบประมาณที่ต้องใช้ในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยเฉลี่ยแล้วสูงถึงประมาณ 15,000 ล้านบาทต่อปี หรือร้อยละ 0.1 ของ GDP ในช่วงปี พ.ศ. 2558-2565 จึงต้องเน้นให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุเพื่อลดภาระด้านเศรษฐกิจของประเทศ สังคม และครอบครัว⁽¹⁾

ภาวะสมองเสื่อมเป็นความผิดปกติของสมองที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ ความจำจะเสื่อมถอยลงและมีพฤติกรรมผิดปกติ มักเข้าใจว่าเป็นความเสื่อมตามอายุ การเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นอย่างช้าๆ จึงไม่สังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น แต่ญาติหรือผู้ดูแลจะให้ข้อมูลเหล่านั้นได้⁽²⁾ ภาวะสมองเสื่อมแบ่งตามระดับความรุนแรงเป็น 3 ระยะ ผู้สูงอายุที่ภาวะสมองเสื่อมในระยะแรกส่วนใหญ่ มีอาการหลงลืม มีปัญหาความจำระยะสั้น (Short-term memory) ไม่สามารถรับข้อมูลใหม่ๆ รวมถึงการบริหารจัดการต่างๆ (Executive function) ส่วนความจำเกี่ยวกับความรู้ทั่วไป (Semantic memory) และความจำเกี่ยวกับทักษะชีวิตประจำวันจะยังคงอยู่ หากผู้สูงอายุยังไม่ได้รับการแก้ไขด้วยการฝึกความจำ จะทำให้เข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมระยะกลาง ซึ่งจะเริ่มมีปัญหาในการเข้าใจภาษา และการใช้ภาษา ความจำของผู้สูงอายุจะลดลงจนเข้าสู่ระยะสุดท้ายที่ผู้สูงอายุไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ดูแลทั้งหมด มีความผิดปกติของการใช้ภาษา การพูดจาโต้ตอบ จนกระทั่งพูดไม่ได้เลย มวลกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวลดลง จนติดเตียงและเกิดภาวะพึ่งพิง⁽³⁾ ผู้สูงอายุที่มีความพร่องด้านความรู้ความเข้าใจระดับเล็กน้อย (Mild cognitive impairment: MCI) เป็นกลุ่มหนึ่งที่มีความเสี่ยงสูงต่อการพัฒนาไปสู่โรคอัลไซเมอร์ โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะ MCI มีอัตราการพัฒนาไปสู่โรคอัลไซเมอร์และโรคที่ก่อให้เกิดภาวะสมองเสื่อมชนิดอื่น ร้อยละ 10-15 ต่อปี และร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะ MCI จะพัฒนาไปสู่โรคอัลไซเมอร์ภายใน 6 ปี โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านความจำเป็นกลุ่มที่พบได้บ่อยที่สุด และมีอัตราการพัฒนาไปสู่โรคอัลไซเมอร์มากกว่าร้อยละ 20 ต่อปี ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะมีความบกพร่องด้านความจำเป็นหลัก รวมถึงความจดจ่อ (Attention) และการบริหารจัดการ (Executive function) ร่วมด้วยแต่ยังคงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้⁽⁴⁾ ระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมควรบวกรวมประกอบด้วย 3 ระบบ คือ ระบบคัดกรอง/คัดแยก ระบบการวินิจฉัย (คัดกลุ่ม)

บำบัดรักษา และระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยมีการดำเนินการตาม 6 คุณลักษณะภายใต้ระบบ Comprehensive dementia care system for older persons: CDC System คือ 1) ครบวงจร (Comprehensive) คือ มีระบบคัดกรองคัดแยก วินิจฉัยรักษาและดูแลต่อเนื่อง 2) มีความต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ (Seamless) ในการดำเนินการของระบบย่อย 3) ต้องครอบคลุม (Coverage) ประชากรสูงอายุ 4) เข้าถึง (Access) บริการได้โดยสะดวก 5) เป็นความร่วมมือ (Participation) ของไตรภาคี ทีมสุขภาพ สังคมและชุมชน 6) เป็นการบูรณาการ (Integration) การทำงานและแหล่งประโยชน์⁽⁵⁾

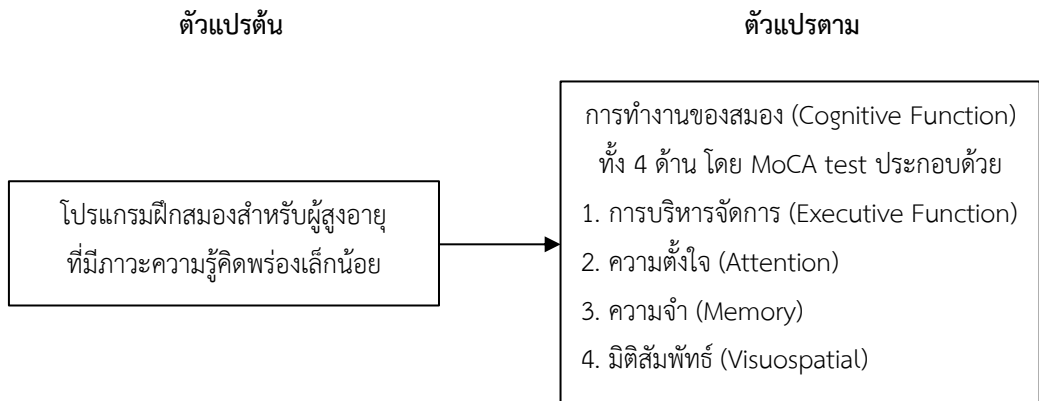
ในปี พ.ศ. 2565 เขตสุขภาพที่ 9 เป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ มีอัตราผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 23.10 ซึ่งประกอบด้วย 4 จังหวัด ได้แก่ นครราชสีมา สุรินทร์ บุรีรัมย์ และชัยภูมิ อัตราผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 22.57, 22.98, 22.72 และ 24.20 ตามลำดับ อำเภอเมืองชัยภูมิก็เช่นกัน มีอัตราผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 26.63⁽⁶⁾ ซึ่งมีอัตราผู้สูงอายุสูงมากที่สุด การป้องกันดูแลจึงเป็นเรื่องสำคัญที่ไม่ควรละเลย โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม เนื่องจากหากสมองเสื่อมแล้วจะเกิดภาวะพึ่งพิงผู้ดูแลและมีปัญหาในการสื่อสารเป็นภาระในการดูแลเป็นอย่างมาก ผู้วิจัยรับผิดชอบกลุ่มวัยสูงอายุมาเป็นระยะเวลา 5 ปี ได้ร่วมกับ ตำบลคันทากุ่มเสี่ยงด้วยการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ และพยายามนำกลุ่มเสี่ยงมาเข้าสู่การรักษา แต่ค้นพบว่ากลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรองส่วนใหญ่ไม่เข้าถึงการรักษา เนื่องจากไม่สะดวกในการเดินทางไปโรงพยาบาล ยังไม่เห็นความสำคัญในการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บป่วย และผู้ดูแลต้องประกอบอาชีพไม่มีเวลาในการพาไปรักษาฟื้นฟู ผู้วิจัยจึงปรึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพจัดระบบบริการ Aging mobile clinic ขึ้นมาเพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการ ทำให้ค้นพบผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ค้นหาลิขสิทธิ์ภาวะพึ่งพิงด้วยโรคมองเสื่อมในอนาคต โดยไม่เพิ่มภาระงานบุคลากรสาธารณสุข ลดระยะเวลาขั้นตอนจากกรมการแพทย์ 3 เดือน เหลือ 1 เดือนครึ่ง และจาก 6 ครั้ง เหลือ 2 ครั้ง จึงจัดบริการทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องลงไปให้บริการ ประเมินและตรวจรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชน ให้บริการตรวจรักษาแบบ “One stop service” ณ จุดบริการในรายที่มีความพร้อมด้านความรู้ความเข้าใจระดับเล็กน้อย โดยมีพยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้ประสานงานหลัก แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวหน้าทีม และพยาบาลจิตเวช คัดกรองให้คำปรึกษาภาวะซึมเศร้า จึงได้พัฒนาโปรแกรมฝึกสมองผู้สูงอายุที่มีภาวะความรู้คิดพร้อมเล็กน้อย ตำบลท่าหินโงม และขับสีทอง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ เพื่อให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเข้าถึงบริการลดภาวะพึ่งพิงด้วยสมองเสื่อมในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมฝึกสมองผู้สูงอายุที่มีภาวะความรู้คิดพร้อมเล็กน้อย ตำบลท่าหินโงม และตำบลขับสีทอง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมฝึกสมองผู้สูงอายุที่มีภาวะความรู้คิดพร้อมเล็กน้อย ตำบลท่าหินโงม และตำบลขับสีทอง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ก่อนและหลังการทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมฝึกสมองผู้สูงอายุที่มีภาวะความรู้คิดพร้อมเล็กน้อย ตำบลท่าหินโงม และตำบลขับสีทอง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดการกระตุ้นความสามารถสมอง เพื่อให้การทำงานของสมองมีประสิทธิภาพมากขึ้นเมื่อมีความเสื่อมของสมองจะยังคงความสามารถเท่าที่ทำได้⁽⁷⁾ และการจัดกิจกรรมกระตุ้นสมองผู้สูงอายุที่มีภาวะความรู้คิดพร่องเล็กน้อย TEAMV⁽⁸⁾ สามารถกำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม (Two-group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมฝึกสมองผู้สูงอายุที่มีภาวะความรู้คิดพร่องเล็กน้อย ตำบลท่าหินโงมและชัยสืทอง อำเภอมือเมือง จังหวัดชัยภูมิ จากกลุ่มตัวอย่าง ที่มีลักษณะทางประชากรที่ใกล้เคียงกันด้านเพศ อายุ และสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย มีความบกพร่องด้านการรู้คิดที่ได้รับการประเมินระดับความรุนแรงภาวะสมองเสื่อมด้วยแบบประเมินพุทธิปัญญา (Montreal Cognitive Assessment: MoCA) คะแนนน้อยกว่า 25 จากคะแนนเต็ม 30 และทดสอบภาวะซึมเศร้าเพื่อคัดแยกให้ได้ผู้ที่สงสัย MCI ที่แท้จริง ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q plus ที่ตอบถูก 1 ข้อขึ้นไป หรือมีปัญหาสุขภาพจิต ออกจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้ร่วมวิจัยทั้ง 2 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จะได้รับการประเมินความสามารถของสมองด้วย MoCA test ก่อนและหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ครั้งที่ 1 วัดผลกลุ่มทดลองระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลอง ครั้งที่ 2 วัดผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลองทำการฝึกตามโปรแกรมจำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 3 ชั่วโมง ห่างกันเป็นเวลา 2 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมให้การดูแลรักษาตามแนวทางเดิมที่กำหนด

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพบว่ากลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรองส่วนใหญ่ไม่เข้าถึงการรักษา เนื่องจากไม่สะดวกในการเดินทาง ยังไม่เห็นความสำคัญในการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บป่วย และผู้ดูแลต้องประกอบอาชีพไม่มีเวลาในการพาไปรักษาฟื้นฟู ผู้วิจัยจึงจัดบริการในชุมชนด้วย Aging mobile clinic เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

เข้าถึงบริการ ทำให้ค้นพบผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม จึงค้นหาวิถีชีวิตภาวะพึ่งพิงด้วยโรคสมองเสื่อม ในอนาคต โดยไม่เพิ่มภาระงานบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ และได้พัฒนาโปรแกรม Cognitive training จากโปรแกรมฝึกสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดพ่วงเล็กน้อย : TEAMV โดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราช ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข ให้มีกิจกรรมการฝึกครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ของหน้าที่ด้านการรู้คิด ทั้งการเคลื่อนไหวและกระตุ้นสมอง ประกอบด้วย ทักษะการจัดการ ความตั้งใจ ความจำ มิติสัมพันธ์ ภาษา การรับรู้ทางสังคม⁽⁹⁾ เนื่องจากการพัฒนากิจกรรมเพื่อให้มีรูปแบบที่ลดระยะเวลาขั้นตอน จึงได้ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยลดระยะเวลาจาก 3 เดือน เหลือ 1 เดือนครึ่ง และจาก 6 ครั้ง เหลือ 2 ครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์ และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ทำกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้านให้สอดคล้องกับการฝึกในครั้งที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 รายละเอียดกิจกรรมที่กระตุ้นการทำงานของสมองแต่ละด้าน

ครั้งที่	กิจกรรม	ความสามารถของสมองที่กระตุ้น (ระยะเวลา)	รายละเอียดของกิจกรรม
1	การเคลื่อนไหว	ฝึกความตั้งใจ ความจำระยะสั้น 60 นาที	ทักทาย 1. ทำท่าประกอบจังหวะเพลงดอกไม้บาน 2. “ตาราง 9 ช่อง”
	กิจกรรมหลัก	1. ฝึกความตั้งใจ 30 นาที 2. ฝึกความจำ 30 นาที 3. ฝึกความตั้งใจ มิติสัมพันธ์ 30 นาที 4. ฝึกความตั้งใจ ทักษะ การจัดการ 30 นาที	1. ให้ความรู้เรื่องความสามารถสมอง 2. “จำหน้า จำชื่อ” เพื่อนที่มาร่วม กิจกรรม 3. “ต่อ Block” ต่อลูกบาศก์ตามภาพที่กำหนด 4. “แผนที่ทางเดิน” ลากเส้นทางเดิน ด้วยดินสอบนแผนที่ตามการบอกเล่า
	กิจกรรมต่อเนื่อง	ฝึกความจำระยะยาว	ให้การบ้าน “อดีตชีวิตประวัติของตนเอง” ให้กลับไปทำกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้าน
2	การเคลื่อนไหว	ฝึกความตั้งใจ ความจำระยะสั้น ฝึกสมองซ้าย-ขวา 30 นาที	1. “บริหารมือ 2 ข้าง” 2. “กายบริหาร”
	กิจกรรมหลัก	1. ฝึกความจำ 30 นาที 2. ฝึกความจำ 30 นาที 3. ฝึกความตั้งใจ การบริหารจัดการ 30 นาที 4. ฝึกการบริหารจัดการ 60 นาที	1. ทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 1 2. เล่าอดีตชีวิตประวัติของตนเองและความ ภูมิใจ 3. “จัดบ้าน” 4. “ทำอาหาร”
	กิจกรรมต่อเนื่อง	ฝึกความจำระยะยาว	ให้กลับไปทำกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้าน นัดประเมิน MOCA test อีก 2 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพร่องทางด้านความคิดจำเล็กน้อย ตำบลท่าหินโงมและชัยสิทธิ์ทอง จำนวน 56 ราย ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 30 มิถุนายน 2566

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 ราย กำหนดจากตารางของ Krejcie & Morgan⁽¹⁰⁾ โดยกำหนดจากประชากร ที่มีขนาดเล็กจากประชากร 56 ราย เลือกจากตารางพบว่า อยู่ตรงกลางระหว่าง 55 กับ 60 ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างทางกัน 4 ราย จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง $48+2=50$ ราย คัดเลือกตัวอย่างด้วยการจับฉลาก สุ่มด้วยการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่คืนที่ (Simple random sampling without replacement) จาก 56 ใบ ให้ครบ 50 ใบ แยกเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน กลุ่มควบคุม 25 คน ตามพื้นที่ตำบล

เกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่างสู่กระบวนการวิจัย มีดังนี้ ผู้สูงอายุมีอายุ 60 ปี ขึ้นไป อ่านหนังสือออก เขียนหนังสือได้ ADL ≥ 12 คะแนน, ผลการประเมิน MoCA test < 25 คะแนน และ 2Q plus = 0

เกณฑ์คัดออกกลุ่มตัวอย่างจากกระบวนการวิจัย มีดังนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบ และไม่มีการชดเชยการเข้าร่วมโปรแกรม ปฏิเสธหรือขอลถอนตัวในการเข้าร่วมครั้งต่อไป

เครื่องมือการวิจัย มีสองส่วน ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมฝึกสมองผู้สูงอายุที่มีภาวะความรู้คิดพร่องเล็กน้อย ผู้วิจัยพัฒนาจากโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย TEAMV⁽⁸⁾ ให้มีกิจกรรมการฝึกครอบคลุมทั้ง 4 ด้านของหน้าที่ด้านการรู้คิด ทั้งการเคลื่อนไหวและกระตุ้นสมอง ประกอบด้วย ทักษะการจัดการ ความตั้งใจ ความจำ มิติสัมพันธ์ ภาษา การรับรู้ทางสังคม จำนวน 2 ครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์ พร้อมให้กลับไปฝึกปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้านหลังทำการฝึกแต่ละครั้ง ตรวจสอบคุณภาพแนวทางปฏิบัติ ความสอดคล้องของกิจกรรมกับวัตถุประสงค์การวิจัย จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน นำคำแนะนำมาปรับตามข้อเสนอแนะ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบประเมินพุทธิปัญญา (Montreal Cognitive Assessment: MoCA) ประกอบด้วย การประเมิน การรับรู้มิติสัมพันธ์/หน้าที่บริหารจัดการของสมอง (Visuospatial/Executive functions) 5 คะแนน, การเรียกชื่อ (Naming) 3 คะแนน, ความจำ (Memory) ไม่มีคะแนน, ความตั้งใจจดจ่อ (Attention) 6 คะแนน, ภาษา (Language) 3 คะแนน, ความคิดเชิงนามธรรม (Abstraction) 2 คะแนน, การระลึกถึงคำก่อนหน้านี้ (Delayed recall) 5 คะแนน, การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล (Orientation) 6 คะแนน จุดตัดของคะแนนคือ 25 จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ถ้ามีการศึกษาน้อยกว่าหรือเท่ากับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ให้บวก 1 คะแนน ค่าความเที่ยงตรงของแบบทดสอบ พบว่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.814⁽³⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา เพศ อายุ ด้วย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย กลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง และเปรียบเทียบกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการทดลอง ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยเรื่องประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมฝึกสมองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะความรู้คิดพร่องเล็กน้อย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ รหัสเลขที่ 08/2566 ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้เข้าร่วมวิจัยจะต้องเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ และสามารถถอนตัวจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลใดๆ กับผู้เข้าร่วมการวิจัย และไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงจะได้รับจากสถานบริการพยาบาล
2. เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย จะเซ็นหนังสือยินยอม เข้าร่วมการศึกษาวิจัย ภายหลังจากทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ลักษณะการเก็บข้อมูล และลักษณะการเข้าร่วมศึกษาวิจัยอย่างชัดเจน
3. การรักษาความลับของผู้เข้าร่วมการศึกษาวิจัยทุกคนจะได้รับการชี้แจงก่อนการเข้าร่วมวิจัยว่าข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยผู้ที่จะเข้าถึงข้อมูลมีเพียงผู้ศึกษาวิจัยและคณะกรรมการกำกับดูแลการวิจัย เท่านั้น
4. การเก็บข้อมูล แบบสัมภาษณ์ ใช้รหัสแทน ชื่อ-สกุลจริงของผู้เข้าร่วมวิจัย การรายงานผลการวิจัย จะนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อบุคคล

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุมและทดลองกลุ่มละ 23 คน กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 12 คน คิดเป็นร้อยละ 52.20 อายุเฉลี่ย 68.30 ปี อายุน้อยสุด 62 ปี อายุมากที่สุด 75 ปี กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 14 คน คิดเป็นร้อยละ 60.90 อายุเฉลี่ย 70.61 ปี อายุน้อยสุด 62 ปี อายุมากที่สุด 86 ปี การศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา 23 คนทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 100.00 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง (n=46)

ลักษณะประชากร		จำนวน		ร้อยละ	
		กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
เพศ	ชาย	11	9	47.80	39.10
	หญิง	12	14	52.20	60.90
อายุ		$\bar{X}$ =68.30	$\bar{X}$ =70.61		
		Min=62.00	Min=62.00		
		Max=75.00	Max=86.00		

การเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้คิด กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฝึกสมองผู้สูงอายุที่มีภาวะความรู้คิดพร่องเล็กน้อย ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฝึกสมองผู้สูงอายุที่มีภาวะความรู้คิดพร่องเล็กน้อยมีคะแนนเฉลี่ยรวมสูงกว่าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ก่อนการทดลองเท่ากับ 12.26 (SD=4.27) หลังการทดลองเท่ากับ 18.82 (SD=4.34), $t=5.18$, $p < 0.001$ ผลการทดสอบรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะความรู้คิดพร่องเล็กน้อยหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความตั้งใจจดจ่อ การระลึกถึงคำก่อนหน้า และการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าเฉลี่ยความตั้งใจจดจ่อ ก่อนการทดลองเท่ากับ 2.26 (SD=1.13) หลังการทดลองเท่ากับ 4.05 (SD=1.02), $t=5.79$, $p < 0.001$ การระลึกถึงคำก่อนหน้า ก่อนการทดลองเท่ากับ 1.21 (SD=1.31) หลังการทดลองเท่ากับ 2.78 (SD=1.75), $t=3.63$, $p=0.001$ และการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล ก่อนการทดลองเท่ากับ 3.65 (SD=1.15) หลังการทดลองเท่ากับ 5.34 (SD=0.71), $t=6.11$, $p < 0.001$ อย่างไรก็ตามคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้มิติสัมพันธ์/หน้าที่บริหารจัดการของสมอง การเรียกชื่อ ภาษา และความคิดเชิงนามธรรม ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้คิด กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฝึกสมองผู้สูงอายุที่มีภาวะความรู้คิดพร่องเล็กน้อย ก่อนและหลังการทดลอง ($n=23$)

การประเมินพุทธิปัญญา (MoCA)	ก่อน		หลัง		t	df	p
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
การรับรู้มิติสัมพันธ์/ หน้าที่บริหารจัดการของสมอง (Visuospatial/Executive function)	1.17	1.19	1.21	1.27	-1.00	22	0.32
การเรียกชื่อ (Naming)	2.13	1.01	2.08	1.16	0.37	22	0.71
ความตั้งใจจดจ่อ (Attention)	2.26	1.13	4.04	1.02	-5.79	22	<0.001*
ภาษา (Language)	1.08	0.73	1.08	0.73	0.00	22	1.00
ความคิดเชิงนามธรรม (Abstraction)	0.95	0.76	1.00	0.73	-0.56	22	0.57
การระลึกถึงคำก่อนหน้า (Delayed recall)	1.21	1.31	2.78	1.75	-3.63	22	<0.01*
การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล (Orientation)	3.65	1.15	5.34	0.71	-6.11	22	<0.001*
คะแนนรวม	12.26	4.27	18.82	4.34	-5.18	22	<0.001*

* p-value<0.05

การเปรียบเทียบภาวะความรู้คิดหลังได้รับโปรแกรมฝึกสมองผู้สูงอายุที่มีภาวะความรู้คิดพร่องเล็กน้อย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฝึกสมองผู้สูงอายุที่มีภาวะความรู้คิดพร่องเล็กน้อยมีคะแนนเฉลี่ยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กลุ่มทดลองเท่ากับ 18.82 (SD=4.34) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 14.34 (SD=5.88), $t=5.54$, $p < 0.001$ ผลการทดสอบรายด้าน พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะความรู้คิดพร่องเล็กน้อยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความตั้งใจจดจ่อ การระลึกถึงคำก่อนหน้า และการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าเฉลี่ยความตั้งใจจดจ่อ กลุ่มทดลองเท่ากับ 4.04 (SD=1.02) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 3.37 (SD=1.64), $t=4.45$, $p < 0.001$ การระลึกถึงคำก่อนหน้า กลุ่มทดลองเท่ากับ 4.52 (SD=1.75) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 2.78 (SD=1.65), $t=3.63$, $p=0.001$ และการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล กลุ่มทดลองเท่ากับ 5.34 (SD=0.17) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 4.52 (SD=1.62), $t=6.11$, $p < 0.001$ อย่างไรก็ตามคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้มิติสัมพันธ์/หน้าที่บริหารจัดการของสมอง การเรียกชื่อภาษา และความคิดเชิงนามธรรม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้คิด หลังได้รับโปรแกรมฝึกสมองผู้สูงอายุที่มีภาวะความรู้คิดพร่องเล็กน้อย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n=46$)

การประเมินพุทธิปัญญา (MoCA)	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	df	p
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
การรับรู้มิติสัมพันธ์/หน้าที่บริหารจัดการของสมอง (Visuospatial/Executive function)	1.21	1.27	1.04	1.22	2.23	22	0.36
การเรียกชื่อ (Naming)	2.08	1.16	2.17	1.15	1.36	22	0.19
ความตั้งใจจดจ่อ (Attention)	4.04	1.02	3.37	1.64	4.45	22	<0.001*
ภาษา (Language)	1.08	0.73	1.00	1.08	0.89	22	0.38
ความคิดเชิงนามธรรม (Abstraction)	1.00	0.73	1.00	0.64	0.31	22	0.75
การระลึกถึงคำก่อนหน้า (Delayed recall)	4.52	1.75	2.78	1.65	3.63	22	<0.01*
การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล (Orientation)	5.34	0.71	4.52	1.62	6.11	22	<0.001*
คะแนนรวม	18.82	4.34	14.34	5.88	5.54	22	<0.001*

*p-value<0.05

การอภิปรายผล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใกล้เคียงกัน สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ โดยไม่เกิดความลำเอียงทางข้อมูล กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60.90 และ 52.20 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 70.61 และ 68.30 ตามลำดับ อายุสูงสุด 86 และ 75 ปี ตามลำดับ อายุ น้อยที่สุด 62 ปี โปรแกรมฝึกสมองผู้สูงอายุที่มีภาวะความรู้คิดพร่องเล็กน้อยในการศึกษานี้ทำให้ค่าคะแนนความรู้ คิดเฉลี่ยรวมภายหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=5.18$, $p<0.001$) ผลการทดสอบรายด้าน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยด้านความตั้งใจจดจ่อ ($t=5.79$, $p<0.001$) การระลึกถึงคำ ก่อนหน้า ($t=3.63$, $p=0.001$) และการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล ($t=6.11$, $p<0.001$) เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้มิติสัมพันธ์/หน้าที่บริหารจัดการของสมอง การเรียกชื่อ ภาษา และความคิดเชิงนามธรรม ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน กลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมฝึกสมองผู้สูงอายุที่มีภาวะความรู้คิดพร่องเล็กน้อยมีคะแนนเฉลี่ยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=5.54$, $p<0.001$) ผลการทดสอบรายด้าน พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะความรู้คิด พร่องเล็กน้อยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความตั้งใจจดจ่อ ($t=4.45$, $p<0.001$) การระลึกถึงคำก่อนหน้า ($t=3.63$, $p<0.001$) และการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล ($t=6.11$, $p<0.001$) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้มิติสัมพันธ์/หน้าที่บริหารจัดการของสมอง การเรียกชื่อ ภาษา และความคิดเชิงนามธรรม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมฝึกสมองผู้สูงอายุที่มีภาวะความรู้คิดพร่องเล็กน้อย ได้พัฒนา ตามแนวทางคู่มือการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร สำหรับผู้จัดการการดูแล ภาวะสมองเสื่อม⁽¹¹⁾ การพัฒนาศักยภาพสมองหรือการกระตุ้นสมอง ผู้ที่มีภาวะการรับรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย เป็นผู้ที่ควรได้รับการดูแลและกระตุ้นศักยภาพของสมองเพื่อชะลอความเสื่อม โดยไม่รื้อหรือมุ่งหวังแต่การใช้ยา เนื่องจากยังไม่มียาชนิดใดที่ใช้รักษาโรคอัลไซเมอร์ให้หายขาด มีเพียงยาที่ใช้เพื่อชะลออาการของโรค ให้ความเสื่อมช้าลง ผู้สูงอายุที่มีภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย เป็นกลุ่มที่มีความสำคัญ ควรได้รับการพัฒนา ศักยภาพสมอง เพื่อชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากมีการศึกษาวิจัยที่บ่งชี้ว่า ร้อยละ 10-15 ของผู้ที่ มีการรับรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยมีโอกาสพัฒนาเป็นผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ ซึ่งโปรแกรม TEAMV เป็นโปรแกรม สำหรับฝึกสมองแต่ละด้านอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง 4 ด้าน คือ 1) ความความสนใจใส่ใจ คือ ความสามารถในการตั้งใจจดจ่อกับสิ่งกระตุ้นตรงหน้าได้ในระยะเวลาหนึ่ง 2) ความจำระยะสั้นและระยะยาว ความจำ ระยะสั้น คือ ความสามารถในการเก็บข้อมูลที่รับรู้ไว้ระยะเวลาหนึ่ง 3) การกระตุ้นมิติสัมพันธ์ มีหลักการคือ กระตุ้นให้รับรู้ตำแหน่งของตนเอง การรับรู้ทิศทาง และตำแหน่งวัตถุ เข้าใจความหมายคำว่า ล่าง หลัง ซ้าย ขวา ทำให้ทราบความแตกต่างการกระยะ 4) กระตุ้นการคิด ตัดสินใจ การบริหารจัดการ เป็นการทำงานของสมอง ระดับที่เชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตกับสิ่งที่เรากำลังทำในปัจจุบัน ช่วยให้ควบคุมอารมณ์ การตัดสินใจ และการกระทำ ส่งผลให้ลงมือทำงาน และมุ่งมั่นทำงานสำเร็จตามเป้าหมาย สอดคล้องกับ ร.พ.ลำปาง ร.พ.จิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ร.พ.ศรีธัญญา ร.พ.ขอนแก่น และ ร.พ.สุราษฎร์ธานี นำโปรแกรมพัฒนา

ศักยภาพสมอง TEAMV มาใช้ มีกลุ่มเป้าหมาย 262 คน เมื่อประเมินศักยภาพสมอง พบว่าโปรแกรมสามารถพัฒนาศักยภาพด้านการใช้ความจำมากที่สุด รองลงมาการบริหารจัดการ มิติสัมพันธ์และความใส่ใจ และในครั้งที่ 1-4 มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)⁽⁹⁾ และ สุภัทรา จันทรคำ ศึกษาผลของโปรแกรมฝึกสมองต่อหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องของการรู้คิด ในกลุ่มตัวอย่าง 18 คน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องของการรู้คิดกลุ่มทดลองมีหน้าที่ด้านการรู้คิดในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05⁽³⁾ และ ดาวชมพู นาคะวิโร และคณะ ศึกษาการกระตุ้นความสามารถสมองด้านทักษะการจัดการ ความใส่ใจ ความจำและมิติสัมพันธ์ ในผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น ผลการศึกษาในภาพรวมพบว่า การทำกิจกรรมกลุ่มที่กระตุ้นความสามารถของสมอง TEAMV ช่วยกระตุ้นความสามารถของสมองได้ โดยดูจากผลการเปลี่ยนแปลงของคะแนนที่เปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้นในกลุ่มที่ทำกิจกรรม คือมีค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมทั้งกลุ่มหลังจากทำกิจกรรมสูงขึ้นกว่าก่อนทำกิจกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ยกเว้นแบบทดสอบ Verbal fluency-letter ($p = 0.425$)⁽⁷⁾ และ D'Amico ศึกษาการคงสภาพการกระตุ้นการรู้คิดบำบัดในกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จำนวน 236 ราย ทำกิจกรรม 7 สัปดาห์ 14 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที พบว่า หลังการทดลอง 3 เดือน กลุ่มทดลองมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้น แต่หลังการทดลอง 6 เดือน ด้านคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ด้านการรู้คิดไม่มีความแตกต่างกัน⁽¹²⁾ และการพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสมองและศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมระยะที่ 1 โดยคณะทำงานและทีมวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลศรีธัญญา พัฒนาและศึกษาวิจัย มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการกระตุ้นความสามารถสมองด้วยกิจกรรมกลุ่ม ในผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น ผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวน 73 คน แบ่งเป็นกลุ่มเข้าร่วมกิจกรรมและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนด้านความจำและการตัดสินใจใน 2 กลุ่ม ไม่แตกต่าง⁽⁸⁾

ข้อจำกัดในการศึกษาค้างครั้งนี้คือ กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบ 50 คน สามารถเข้าร่วมโครงการครบทุกครั้งเพียง 46 คน เนื่องจากเกิดภาวะเจ็บป่วยและไม่สะดวกในการเดินทาง บางคนมีปัญหาในการได้ยิน ต้องใช้เวลาในการสื่อสารเพิ่มขึ้นเป็นรายบุคคล บางคนมีปัญหาในการเคลื่อนไหว ต้องปรับรูปแบบการใช้เท้าเดินตาราง 9 ช่องเป็นมือแทน การให้การบ้านและฝึกเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องบางคนไม่ได้ทำ เนื่องจากไม่มีผู้ดูแลช่วยเหลือและกระตุ้นให้ทำอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะการปฏิบัติ

1. ควรจัดให้ผู้ดูแลหรือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มาเข้าร่วมโปรแกรมด้วยทุกราย เพื่อการกระตุ้นให้ทำกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อความสามารถด้านความจำ การสื่อสาร การรับรู้มิติสัมพันธ์ และการบริหารจัดการ
2. ควรหาแนวทางหรือประสานรถรับส่งจากท้องถิ่นในการเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อความสะดวกในการเดินทางและในกลุ่มเป้าหมายได้เข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง

3. ทีมสหสาขาวิชาชีพลงพื้นที่แต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อจัดกิจกรรมกระตุ้นสมองจำนวน 2 ครั้ง ใช้เวลา 60 วัน กว่าเสร็จสิ้นครบทั้งอำเภอใช้เวลายาวนาน ควรวางแผนขยายผลการจัดกิจกรรมให้ทีมอื่นได้ช่วยเหลือเพื่อให้งานเสร็จสิ้นทันปีงบประมาณ หรือนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ในโรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ควรศึกษาผลการใช้โปรแกรมฝึกสมองผู้สูงอายุที่มีภาวะความรู้คิดพ่องเล็กน้อย ในผู้สูงอายุที่มีภาวะความรู้คิดพ่องเล็กน้อยร่วมกับผู้ดูแลเพื่อศึกษาและวัดผลความต่อเนื่องของการทำกิจกรรม
2. ควรขยายผลการศึกษาการใช้โปรแกรมฝึกสมองผู้สูงอายุที่มีภาวะความรู้คิดพ่องเล็กน้อย ให้ครอบคลุมทั้งอำเภอเมือง เพื่อให้เห็นผลของโปรแกรมชัดเจนขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กรมอนามัย. กรุงเทพฯ: บริษัท อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2562.
2. ก้องเกียรติ ภูณัทกันทรารกร. ประสาทวิทยาทันยุค. กรุงเทพฯ: พราวเพรส จำกัด; 2553.
3. สุภัทรา จันท์คำ. ผลของโปรแกรมฝึกสมองต่อหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องของการรู้คิด [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสมอง จิตใจ และการเรียนรู้]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2560.
4. Perri R, Serra L, Carlesimo GA, Caltagirone C; Early Diagnosis Group of Italian Interdisciplinary Network on Alzheimer's Disease. Preclinical dementia: an Italian multicentre study on amnesic mild cognitive impairment. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2007;23(5):289-300. doi: 10.1159/000100871.
5. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. คู่มือการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร สำหรับอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์บริษัทสินทวีการพิมพ์ จำกัด; 2563.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. รายงาน HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน ส่งเสริมป้องกัน [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ม.ค. 10]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=aa86b13e8cb60cae6c3216b7e3e5f151
7. ดาวชมพู นาคะวิโร, สิริธร ฉันทศิริกาญจน, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, อรพรรณ แอบไธสง, ภัทรา สุดสาคร, จารุณี วิทยาจักร และคณะ. การกระตุ้นความสามารถสมองด้านทักษะการจัดการ ความใส่ใจ ความจำและมิติสัมพันธ์ ในผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2560;62(4):337-48.
8. อรรธรณ คูหา. คู่มือพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดพ่องเล็กน้อย สำหรับบุคลากรสุขภาพ. กรุงเทพฯ: บริษัท สินทวีการพิมพ์ จำกัด; 2563.

9. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. รายงานการพัฒนาศักยภาพสมองของผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น[อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ม.ค. 10]. เข้าถึงได้จาก: http://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2020/07/book_17.pdf.
10. ประสพชัย พสุนนท์. การกำหนดขนาดตัวอย่างตามแนวทาง Krejcie and Morgan ในการวิจัยเชิงปริมาณ. วารสารวิชาการศิลปศาสตร์ประยุกต์. 2557; 7(2):112-20.
11. อรวรรณ คูหา. คู่มือการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร สำหรับผู้จัดการการดูแลภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: บริษัท อีส ออิกส์ จำกัด; 2563.
12. D'Amico F, Rehill A, Knapp M, Aguirre E, Donovan H, Hoare Z, Hoe J, Russell I, Spector A, Streeter A, Whitaker C, Woods RT, Orrell M. Maintenance cognitive stimulation therapy: an economic evaluation within a randomized controlled trial. J Am Med Dir Assoc. 2015 Jan;16(1):63-70. doi: 10.1016/j.jamda.2014.10.020. PMID: 25528281.

คำแนะนำในการจัดเตรียมต้นฉบับ (Author's Guidelines)

เพื่อส่งบทความลงตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9

(ปรับปรุง 27 พฤศจิกายน 2566)

วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 เป็นวารสารในระบบการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Journal Citation Index) โดยได้รับการประเมินให้อยู่ใน TCI Tier 2 ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2567 วารสารฯ เผยแพร่งานวิจัยและองค์ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม การสาธารณสุข การพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ บทความจะได้รับการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่ตรงกับ **บทความอย่างน้อย 2-3 ท่าน** เพื่อให้การนำเสนอบทความวิชาการในวารสารเป็นไปในทิศทางเดียวกัน วารสารฯ จึงได้กำหนดขั้นตอนและรูปแบบของการส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารดังนี้

ประเภทของบทความ

วารสารฯ รับบทความ 2 ประเภท ได้แก่ บทความวิจัย และบทความวิชาการ

บทความวิจัย (Research Article) หรือต้นฉบับดั้งเดิม (Original Article) คือบทความที่รายงานผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัยอย่างเป็นระบบและถูกต้องตามระเบียบวิธีวิจัย หากเป็นงานวิจัยที่มีการศึกษาและดำเนินการในมนุษย์ ควรต้องผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Research Ethical Committee: EC หรือ Institutional Review Board: IRB) จากสถาบันที่มีมาตรฐาน

บทความวิจัยควรพิมพ์ในโปรแกรม MS Word (ไม่รับบทความที่เป็นรูปแบบ PDF) ตั้งระยะขอบทั้ง 4 ด้าน 1 นิ้ว (2.54 ซม.) พิมพ์ไม่เว้นบรรทัด ใช้ตัวอักษร Th Sarabun PSK ขนาด Font ตามที่แนะนำในแบบฟอร์ม (หน้าถัดไป) เอกสารอ้างอิงไม่เกิน 20 รายการ และบทความโดยรวมมีความยาวไม่เกิน 15 หน้า **บทความวิจัยต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) อย่างน้อย 3 ท่านก่อน** จึงจะสามารถตีพิมพ์ในวารสารได้

บทความทบทวน หรือบทความวิชาการ (Review/Academic Article) เป็นบทความจากการทบทวนองค์ความรู้ในประเด็นที่มีความสำคัญ มีส่วนเพิ่มเติมจากองค์ความรู้ที่มีอยู่เดิม เป็นประเด็นค้นพบใหม่ มีการถ่ายทอดประสบการณ์ หรือมีนวัตกรรมที่น่าสนใจ บทความวิจัยควรพิมพ์ในโปรแกรม MS Word (ไม่รับบทความที่เป็นรูปแบบ PDF) ตั้งระยะขอบทั้ง 4 ด้าน 1 นิ้ว (2.54 ซม.) พิมพ์ไม่เว้นบรรทัด ใช้ตัวอักษร Th Sarabun PSK ขนาด Font ตามที่แนะนำในแบบฟอร์ม (หน้าถัดไป) เอกสารอ้างอิงไม่เกิน 20 รายการ และบทความโดยรวมมีความยาวไม่เกิน 12 หน้า **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; เนื้อหาพิมพ์ด้วย 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; เนื้อหาพิมพ์ด้วย ThSarabunPSK Normal Font16)

บทความวิชาการ/ทบทวนไม่มีรูปแบบที่ตายตัว แต่บทความต้องนำเสนอประเด็นใหม่ ที่ไม่เคยมีการนำเสนอในที่ใดมาก่อน บทความวิชาการ/ทบทวน ไม่ใช้การทบทวนวรรณกรรม 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 “ด้วย” ตัวอย่างเช่น ⁽¹⁾
2. ทุกครั้งที่มีการอ้างจะต้องใช้หมายเลขเดิมในการอ้างอิง และหมายเลขที่ใช้อ้างอิงจะต้องตรงกับหมายเลขของรายการอ้างอิงท้ายเล่มด้วย
3. สำหรับการอ้างอิงในตารางหรือในคำอธิบายตารางให้ใช้เลขที่สอดคล้องกับที่ได้เคยอ้างอิงมาก่อนแล้วในเนื้อเรื่อง
4. การอ้างอิงจากเอกสารมากกว่า 1 ฉบับต่อเนื่องกันจะใช้เครื่องหมายไฮฟน (hyphen หรือ -) เชื่อมระหว่างฉบับแรกถึงฉบับสุดท้าย เช่น ⁽¹⁻³⁾ แต่ถ้าอ้างถึงเอกสารที่มีลำดับไม่ต่อเนื่องกัน จะใช้เครื่องหมายจุลภาค (comma หรือ ,) โดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร เช่น ^(4,6,10)

การอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่ม

การอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่มหรือที่เรียกว่า “เอกสารอ้างอิง”

1. พิมพ์ตามลำดับการอ้างอิงตามหมายเลขที่ได้กำหนดไว้ภายในวงเล็บที่ได้อ้างถึงในเนื้อหาของปริญาพนธ์ โดยไม่ต้องแยกภาษาและประเภทของเอกสารอ้างอิง
2. พิมพ์หมายเลขลำดับการอ้างอิงไว้ชิดขอบกระดาษด้านซ้าย ถ้ารายการอ้างอิงมีความยาวมากกว่าหนึ่งบรรทัด ให้พิมพ์บรรทัดถัดไปโดยไม่ต้องย่อหน้า ลักษณะการอ้างอิงจะแตกต่างกันตามชนิดของเอกสารที่นำมาอ้างอิง ดังนี้

****หมายเหตุ:** เครื่องหมาย / ต่อไปนี้ แทนการเว้นวรรค 1 ระยะ

บทความวารสาร

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้แต่ง./ชื่อบทความ./ชื่อย่อของวารสารต่างประเทศ(ถ้าเป็นวารสารภาษาไทยให้ใช้ชื่อเต็ม)/ปีที่ตีพิมพ์;เล่มที่พิมพ์(ฉบับที่พิมพ์):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. พิเชฐ สัมปทานกุล, นิพนธ์ อุดมสันติสุข, รสสุคนธ์ ศรีพัฒน์วัฒน์. วิธีการเพาะเชื้อแบบง่ายเพื่อวินิจฉัยโรคติดเชื้อไมโครแบคทีเรียของต่อมน้ำเหลืองในการเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็กทางเซลล์วิทยา; การประเมินคุณค่าและการใช้งาน. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2539;40(5):383-91.

¹ ทิพวรรณ สุขวย. การเขียนเอกสารอ้างอิงทางวิชาการรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) [อินเทอร์เน็ต] 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2563 สิงหาคม 5]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ams.cmu.ac.th/lib/administrator/paper/Vancouver%20citation3.pdf>

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 อัมสมบูรณ์, บรรณาธิการ. ไมเกรน รักษาได้โดยไม่ใช้ยา. กรุงเทพฯ: เนชั่นบุ๊คส์; 2556.
4. Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

วิทยานิพนธ์หรือปริญญาานิพนธ์หรือสารนิพนธ์

การอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ต้องระบุคำว่า [dissertation] หรือ [วิทยานิพนธ์หรือปริญญาานิพนธ์หรือสารนิพนธ์] ชื่อย่อของปริญญา สาขาวิชา] ในวงเล็บใหญ่

ตัวอย่าง

5. พงษ์พัฒน์ เวชสิทธิ์. การศึกษาโปรตีนจากพิษงูแมวเซาที่มีผลต่อการทำงานของไตในหนูขาว [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเคมีชีวภาพ]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2542.
6. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [Dissertation Ph.D. Medicine]. St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

เอกสารอิเล็กทรอนิกส์

การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เขียนต้องพิมพ์วัน เดือน ปี ที่เปิดดูข้อมูลดังกล่าวด้วย เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวอาจมีการปรับปรุง หรือลบออกจากแฟ้มข้อมูลได้ การเขียนอ้างอิงให้เขียนดังนี้

7. อุษณีย์ อนุกุล. Methicillin-resistant Staphylococcus Aureus ที่สัมพันธ์กับชุมชนและปศุสัตว์: ภัยเงียบของการสาธารณสุขไทย. วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 2557 มกราคม 23];46(3):[หน้า 187-206]. เข้าถึงได้จาก:
<http://www.ams.cmu.ac.th/journal/images/stories/journal/201309vol3/20130901.pdf>
8. LaPorte RE, Marler E, Akazawa S, Sauer F. The death of biomedical journals. BMJ [serial online]. 1995[cited 2000 Aug 5];310:1387-90. Available from:
<http://www.bmj.com/bmj/archive/6991ed2.html>

การพิจารณาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ วารสารศูนย์อนามัยที่ 9

มีขั้นตอนดังนี้

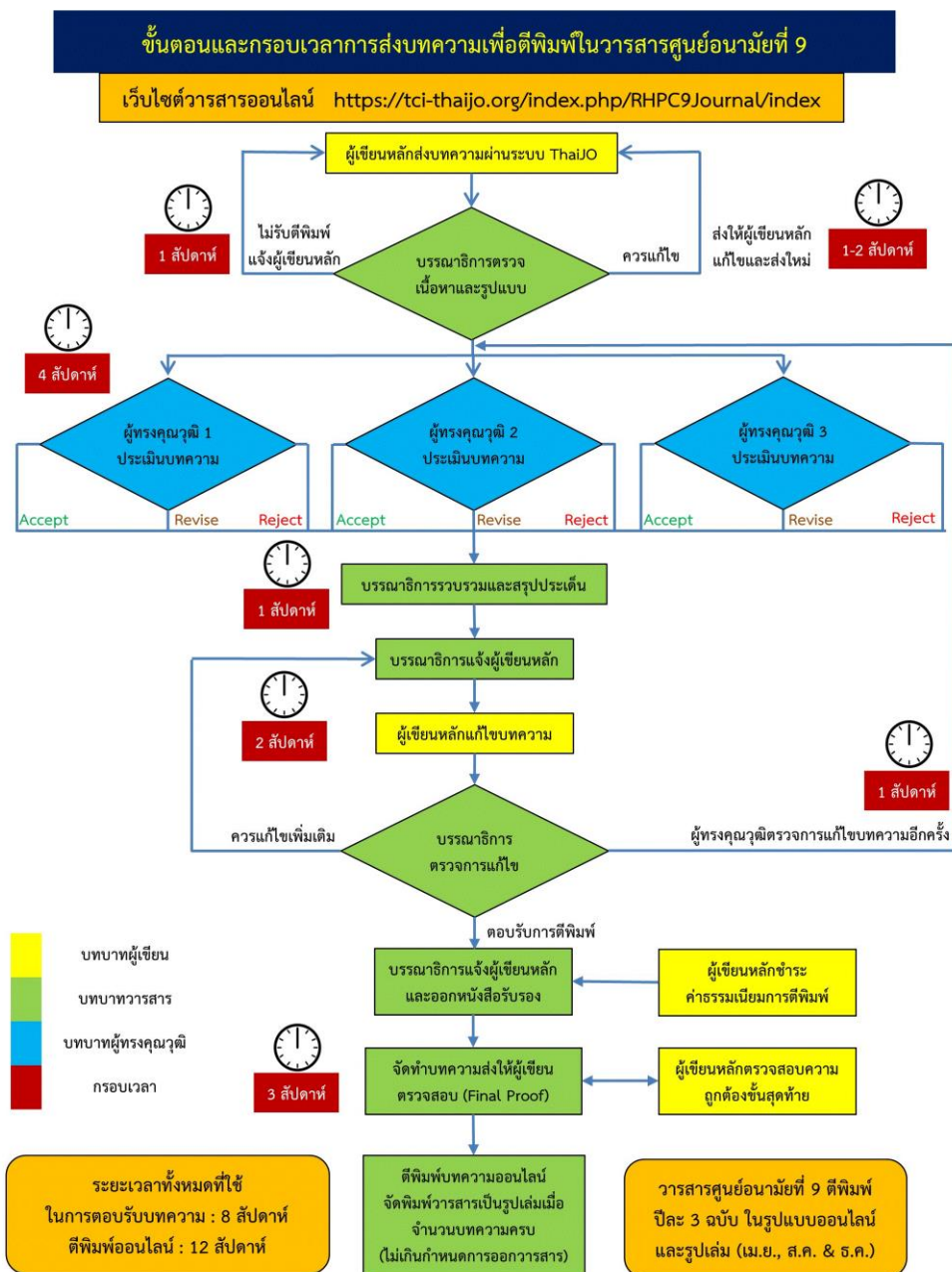
ลำดับ	กิจกรรม	ผู้ดำเนินการ	ระยะเวลา
1	ผู้เขียนเตรียมต้นฉบับตามรูปแบบที่วารสารกำหนด	ผู้เขียน	N/A
2	ผู้เขียนส่งบทความ (รูปแบบ MS Word เท่านั้น) พร้อมหนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ (สแกน) และสแกนหนังสือรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย (กรณีบทความวิจัย) ผ่านระบบ Thai Journal Online (ThaiJO) ในเว็บไซต์วารสาร	ผู้เขียน	N/A
3	บรรณาธิการตรวจสอบเนื้อหาว่ามีคุณภาพและรูปแบบว่าถูกต้องหรือไม่ หากผ่านการประเมินเบื้องต้น บรรณาธิการตอบรับและนำบทความเข้าสู่กระบวนการประเมิน หากไม่ผ่าน บรรณาธิการแจ้งผู้เขียนให้มีการปรับปรุง หรือปฏิเสธการรับพิจารณาหากบทความมีคุณภาพต่ำมาก หรือไม่ตรงประเด็นการเผยแพร่ของวารสารฯ	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
4	บรรณาธิการส่งบทความที่ผ่านการประเมินในเบื้องต้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) ประเมินและให้คำแนะนำในการปรับปรุงบทความอย่างน้อยบทความละ 2-3 ท่าน ผ่านระบบ ThaiJO โดยใช้กระบวนการประเมินแบบปกปิดทั้งสองฝั่ง (Double-Blinded Review)	บรรณาธิการ ผู้ทรงคุณวุฒิ	3 สัปดาห์
5	บรรณาธิการรับคำแนะนำในการปรับปรุงต้นฉบับ ตรวจสอบคำแนะนำ และสรุปประเด็นที่ต้องแก้ไข	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
6	บรรณาธิการส่งคำแนะนำในการปรับปรุงต้นฉบับให้ผู้เขียนผ่านระบบ ThaiJO โดยให้เวลาในการแก้ไข/ปรับปรุงคุณภาพงานเขียน 1-2 สัปดาห์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปริมาณงานที่ต้องแก้ไข	บรรณาธิการ ผู้เขียน	1-2 สัปดาห์
7	ผู้เขียนส่งงานที่แก้ไขแล้วกลับมาที่วารสารฯ ผ่านระบบ ThaiJO	ผู้เขียน	N/A

N/A = Not Applicable

ลำดับ	กิจกรรม	ผู้ดำเนินการ	ระยะเวลา
8	บรรณาธิการตรวจสอบการแก้ไขเบื้องต้นเปรียบเทียบกับคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยดำเนินการต่อใน 3 รูปแบบขึ้นอยู่กับคุณภาพการแก้ไข และคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
8.1	บรรณาธิการตอบรับการตีพิมพ์บทความ กรณี-ผู้ทรงคุณวุฒิมอบหมายให้บรรณาธิการพิจารณาต่อและบทความมีการปรับแก้ครบทุกประเด็นแล้ว (ไปลำดับที่ 9)	บรรณาธิการ	N/A
8.2	บรรณาธิการส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินอีกครั้ง กรณี-ผู้ทรงคุณวุฒิขอประเมินบทความซ้ำอีกครั้งและ บรรณาธิการตรวจสอบแล้วว่าบทความมีการปรับแก้ครบทุกประเด็นตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำมาแล้ว	บรรณาธิการ	N/A
	ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความที่ได้รับการแก้ไขและส่งผลการประเมินมาที่บรรณาธิการเพื่อดำเนินการต่อไป	ผู้ทรงคุณวุฒิ	1-2 สัปดาห์
8.3	บรรณาธิการส่งบทความให้ผู้เขียนแก้ไขเพิ่มเติม กรณี-ผู้เขียนแก้ไขบทความไม่ครบถ้วนตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ หรือบรรณาธิการพิจารณาแล้วเห็นว่าควรมีการแก้ไขเพิ่มเติมเพื่อให้คุณภาพของบทความดียิ่งขึ้น		
	ผู้เขียนแก้ไขบทความตามคำแนะนำ	ผู้เขียน	1-2 สัปดาห์
9	ผู้เขียนโอนค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความในวารสารจำนวน 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	ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษรจัดทำต้นฉบับให้ บรรณาธิการตรวจสอบความถูกต้อง	ฝ่ายออกแบบ และพิสูจน์ อักษร และ บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
12	บรรณาธิการส่งบทความฉบับพร้อมตีพิมพ์ให้ผู้เขียน ตรวจสอบเป็นครั้งสุดท้ายก่อนตีพิมพ์ออนไลน์	บรรณาธิการ และผู้เขียน	1-2 วัน
13	บรรณาธิการตีพิมพ์บทความออนไลน์ที่เว็บไซต์ของวารสาร และแจ้งให้ผู้เขียนทราบ	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
14	ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษรรวบรวมบทความที่ตีพิมพ์ใน ฉบับที่มีกำหนดออกวารสารเป็นรูปเล่ม ส่งให้บรรณาธิการ ตรวจสอบความถูกต้องและเขียนบทบรรณาธิการ ในช่วง เวลาที่สอดคล้องกับกำหนดออกวารสาร ดังนี้ - ฉบับเดือน ม.ค.-เม.ย. ดำเนินการไม่เกินปลายเดือน มี.ค. - ฉบับเดือน พ.ค.-ส.ค. ดำเนินการไม่เกินปลายเดือน ก.ค. - ฉบับเดือน ก.ย.-ธ.ค. ดำเนินการไม่เกินปลายเดือน พ.ย.	ฝ่ายออกแบบ และพิสูจน์ อักษร และ บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
15	จัดพิมพ์วารสารเป็นรูปเล่ม	โรงพิมพ์	1-2 สัปดาห์
16	ฝ่ายจัดการจัดส่งวารสารที่จัดพิมพ์เป็นรูปเล่มให้ผู้เขียน	ฝ่ายจัดการ	1 สัปดาห์

บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ที่ปรากฏในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9
เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน
บรรณาธิการ คณะผู้จัดทำ และศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
ผู้เขียนมีความรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง
กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไขข้อความ
ให้ถูกต้องตามหลักภาษาและมีความเหมาะสม



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	
ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้บทความได้รับการทบทวนจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Reviewer) จำนวน	
..... ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน	 ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า บทความนี้ ไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ หรือเคยตีพิมพ์เผยแพร่ใดๆ และยินยอปรับแก้บทความที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด และข้าพเจ้ารับทราบว่าการตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 มีค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์จำนวนบทความละ 3,500 บาทสำหรับบทความภาษาไทย และบทความละ 5,000 บาทสำหรับบทความภาษาอังกฤษ (โดยโอนเข้าบัญชี ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา หมายเลขบัญชี 301-0-04317-1 เมื่อบทความได้รับการแก้ไขและตอบรับให้ตีพิมพ์ในวารสารแล้ว)	
.....	
(.....)	
ผู้ส่งบทความ (ผู้บันทึกหลัก)	
...../...../.....	
หมายเหตุ สแกนหรือถ่ายรูปหนังสือรับรอง ส่งเป็นไฟล์แนบมาพร้อมต้นฉบับผลงาน หรือส่งให้บรรณาธิการวารสาร ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ้นพนมมี ทาง Email : DoctorSinsakchon@gmail.com	

ดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่

https://docs.google.com/document/d/1tPUjghGkSgOQaLr_E4W7VlCeR0l7-Lem/edit?usp=sharing&oid=105233580674827740242&rtopf=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 และบทความนี้อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ หรือเคยตีพิมพ์เผยแพร่ใดๆ และนักศึกษา ยินดีปรับแก้บทความที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด และข้าพเจ้ารับทราบว่า การตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 มี ค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์จำนวนบทความละ 3,500 บาทสำหรับบทความภาษาไทย และ 5,000 บาทสำหรับบทความภาษาอังกฤษ (โดยโอนเข้าบัญชี ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา หมายเลขบัญชี 301-0-04317-1 เมื่อบทความได้รับการแก้ไขและตอบรับให้ ตีพิมพ์ในวารสารแล้ว)	
ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้บทความได้รับการทบทวนจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Reviewer) จำนวน.....	
..... ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน	 ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน
.....	
(.....)	(.....)
นักศึกษา	อาจารย์ที่ปรึกษา
...../...../.....	/...../.....
หมายเหตุ สแกนหรือถ่ายรูปหนังสือรับรอง ส่งเป็นไฟล์แนบมาพร้อมต้นฉบับผลงาน หรือส่งให้บรรณาธิการวารสาร ดร.สินศักดิ์ ขันมิ่ง อุ่นพรมมี ทาง Email : DoctorSinsakchon@gmail.com	

ดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่

https://docs.google.com/document/d/1tPUghGkSgOQaLr_E4W7WlCeR0l7-Lem/edit?usp=sharing&oid=105233580674827740242&tpof=true&sd=true