



วารสารวิชาการ
สาธารณสุขชุมชน

Academic
Journal of Community Public Health
Volume 8 Number 1 January – March 2022

วารสารวิชาการ
สาธารณสุขชุมชน



วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน (Academic Journal of Community Public Health: AJCPH)

วัตถุประสงค์วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

1. เพื่อรวบรวมและเผยแพร่ความรู้ทางการสาธารณสุขชุมชน นำไปสู่การสร้างนวัตกรรมและองค์ความรู้ใหม่
2. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนคุณภาพการวิจัยทางการสาธารณสุขชุมชน
3. เพื่อส่งเสริมการดำเนินงานทางวิชาการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ทั้งในภาครัฐและเอกชน
4. เพื่อเป็นสื่อวิชาการด้านการสาธารณสุขชุมชน สำหรับสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพชุมชน
5. เพื่อส่งเสริมคุณค่าและอัตลักษณ์ทางวิชาการของบุคลากรในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

ขอบเขตบทความตีพิมพ์

บทความตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชนควรสอดคล้องกับขอบเขตงานด้านสาธารณสุขสำหรับศตวรรษที่ 21 ได้แก่

1. การติดตามสถานการณ์สุขภาพในชุมชนเพื่อค้นหาปัญหา
2. การวินิจฉัยปัญหา การสืบสวนปัญหาและอันตรายด้านสุขภาพ
3. การแจ้งข่าว และการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน
4. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาสุขภาพ
5. การพัฒนานโยบายและแผน
6. กฎหมายและระเบียบเพื่อป้องกันสุขภาพ และสร้างเสริมความปลอดภัย
7. การเชื่อมประสานประชาชนกับการบริการสุขภาพ
8. การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรเพื่อให้มีความสามารถในการปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพ
9. การประเมินประสิทธิผลของโครงการ
10. การสร้างองค์ความรู้ใหม่ในการแก้ปัญหาสุขภาพ

สำนักงานกองบรรณาธิการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2 - 4 อาคารรวมหน่วยงานราชการ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา

5 ธันวาคม 2550 ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ฯ 10210

E-mail: editorial.ajcph@gmail.com Website: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph>

คณะกรรมการวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

คณะกรรมการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ นพ.ประเวศ วะสี	รองศาสตราจารย์ นพ.สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ
นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา	นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
นพ.อำพล จินดาวัฒนะ	นพ.วีระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ
นพ.ชูชัย ศรชำนิ	ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุปรีดา อดุลยานนท์	พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ทุกแห่ง
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.นพ.ศาสตรี เสาวคนธ์	มหาวิทยาลัยบูรพา
ศาสตราจารย์ ดร.นพ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ศาสตราจารย์ ดร.สธิกร พงศ์พานิช	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ ดร.สุพัตรา ขาติปัญญาชัย	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์พิพัฒน์ ลักษณะมีจรัสกุล	มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.เฉลิมพล ต้นสกุล	มหาวิทยาลัยชินวัตร
รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนา สำโรงทอง	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทร แสนไชยสุริยา	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
คณบดีคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา	มหาวิทยาลัยทักษิณ
คณบดีสำนักวิชาสหเวชศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์	มหาวิทยาลัยนเรศวร
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์	มหาวิทยาลัยบูรพา
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
นายประพัทธ์ ธรรมวงศา	ประธานชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย
นายธาดา วรรณปิยกุล	ประธานมูลนิธิเครือข่ายหมออนามัย
นายมงคล เงินแจ่ม	นายกสมาคมหมออนามัย
นายปิ่น นันทะเสน	นายกสมาคมวิชาชีพสาธารณสุข

กองบรรณาธิการ

บรรณาธิการบริหาร

รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อาจารย์บุญเรือง ขาวนวล	มหาวิทยาลัยทักษิณ
นายปริญญา ระลิก	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บรรณาธิการวิชาการ

รองศาสตราจารย์ ดร.สุภัทธา กลางคาร	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
-----------------------------------	----------------------

กองบรรณาธิการวิชาการ

รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์	มหาวิทยาลัยทักษิณ
รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช	มหาวิทยาลัยทักษิณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
ดร.รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
ดร.ประจวบ แหลมหลัก	มหาวิทยาลัยพะเยา
ดร.พิทยา ศรีเมือง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ปริญญา จิตอร่าม	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
ดร.กรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา
ดร.อรทัย ศรีทองธรรม	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี
ดร.นงา สิงห์วีระธรรม	สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
อาจารย์บุญเรือง ขาวนวล	มหาวิทยาลัยทักษิณ

ฝ่ายจัดการ

นายปริญญา ระลิก	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
นายสมบัติ ชัดโพธิ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
อาจารย์ ดร.ภัทรพล โพนไพรสันต์	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อาจารย์ขจร อินธิเสน	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บรรณาธิการแถลง

เรียน ผู้นิพนธ์ ผู้อ่าน วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชนทุกท่าน

สวัสดีปีใหม่ 2565 วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน ก้าวเข้าสู่ปีที่ 8 พร้อมเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัยที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับเหตุการณ์ปัจจุบัน โดยฉบับนี้ ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การจัดการโรคติดเชื้อ และไม่ติดเชื้อ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ด้วยเนื้อหาและบทความได้ให้ความสำคัญกับคุณภาพของบทความ ซึ่งแต่ละบทความผ่านการพิจารณาผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อให้ผลงานมีคุณภาพก้าวเข้าสู่ปีที่ 8 และปีถัดไปอย่างมั่นคง

สำหรับวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน (Academic Journal of Community Public Health: AJCPH) อยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ขอขอบคุณผู้นิพนธ์ที่ให้ความไว้วางใจในการให้ทางวารสารฯ เป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานของท่านสู่สาธารณะ จึงขอเชิญทุกท่านส่งบทความมาตีพิมพ์เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ที่เกิดจากการวิจัยทางด้านสาธารณสุขต่อไป

กองบรรณาธิการ

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

สารบัญ	หน้า Page	Contents
บทบรรณาธิการ		Editorial statement
บทความวิชาการ		Academic article
● การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในชุมชนในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) วิภา สุวรรณรัตน์ มาลี เกตแก้ว กัณณวันท์ สกุลหรั่ง	1	■ Building Community Mental Strength in The Coronavirus 2019 Pandemic Wipa Suwannarat, Malee Katekaew, Kannawan Sakulrang
บทความวิจัย		Research articles
● การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดขอนแก่น พชรพร ครองยุทธ ปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์ เจษฎา สุรวรรณ จักรกริช ไชยทองศรี กชมน นรปติ	15	■ Model Development of New Case Pulmonary Tuberculosis Management, Khon Kaen Province Pacharaporn Kongyuth, Pattama Lophongpanit, Jesada Surawan, Jagkrit Chaitongsri, Kocdamon Norapati
● ปัจจัยความสำเร็จและความล้มเหลวในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดการบริโภคเค็ม ชุมชนบ้านป่าเหียงอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ยงยุทธ แก้วเต็ม ณัฏฐ์ธรรณ ปัญจพันธ์ วรางคณา สันเทพ ไกรสร วงศ์ธิดา ประดิษฐ์ นิรัตติชัย	28	■ The Key Success and Failure Factors in Health Literacy to Reduce Salty Consumption Ban Pa Hiang Community, Mueang District, Lampang Province Yongyuth Kaewtem, Nutthaporn Panchakhan, Warangkana Suntep, Kraisorn Wongthida, Pradit Nirattisai

สารบัญ	หน้า Page	Contents
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุในอำเภอรามัน จังหวัดยะลา อัยลา มุสลีมานู เพ็ญมาศ สுகอนธจิตต์ กิตติพร เนาว์สุวรรณ	45	Factors Influencing Food Security of the Elderly in Raman District, Yala Province Ailada Musleemanu, Penmat Sukhonthachit, Kittiporn Nawsuwan
พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ตำบลแม่ท้อ อำเภอเมือง จังหวัดตาก พุดพิงค์ มากมาย	60	Exercise behaviors of elderly people in Maetor subdistrict, Maueng district, Tak province Phutthipong Makmai
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในเขตอำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก เมธี สุทธิศิลป์ วลัยลักษณ์ พันธุ์ศรี ศศิวรรณ ส่งท้าย	73	Factors Influencing Stress Coping of Care givers of Elderly with Diabetes at Mueng Tak District, Tak Province Mathee Sootthasil, Walailak Panturee, Sasiwan Songtai
สถานะสุขาภิบาลอาหารของร้านจำหน่ายอาหารในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จังหวัดสมุทรปราการ ณัฏฐวี ชั่งชัย อัญรินทร์ พิธาภักดีสถิตย์ จิรสุดา สินธุศิริ วารangkana วิเศษมณีลี เสาวลักษณ์ ถักขมจีรกุล กรรณิการ์ แจ้งวิจารณ์	86	The Sanitary Conditions of Food Service Establishments in the University Samut-Prakan Province Nuttawee Changchai, Anyarin Pithapakdeesatith, Jirisuda Sinthusiri, Varangkana Visedmanee Lee, Saovalug Luksamijarulkul, Kunika Changwichan

สารบัญ	หน้า Page	Contents
● ความรู้ เจตคติและการจัดการ สิ่งแวดล้อมในวิทยาลัยการสาธารณสุข สิรินธร จังหวัดยะลา โดยบุคลากรและ นักศึกษา อัญชลี พงศ์เกษตร นิรัชรา ลิลละฮ์กุล อับดุลบาสิต ยาโงะ สัตตมาส ลรรพรัตน์ กฤษเนตร เกษสระ สัญญา ยีอราน กรกฎ พงศ์เกษตร	100	■ Knowledge Attitude and Environmental Management at Sirindhorn College of Public Health, Yala by College's Staff and Student Anchalee Pongkaset, Niratchara Lillahkul, Abdullbasis Yangok, Sattamat Lappharat, Kritsanate Katsara, Sanya Yueran, Korakot Pongkaset
● การประเมินผลการดำเนินงานตาม นโยบายการใช้อย่างสมเหตุผลของ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัด เพชรบุรี เกษศิริรินทร์ วิเชียรเจริญ อารยา ประเสริฐชัย ธีระวุธ ธรรมกุล	110	■ Performance Evaluation base on Drug Use Policies of Hospitals under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health in Phetchaburi Province Ketsirin Wicheanchaoen, Araya Prasertchai, Theerawut Thammakun
● ความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลเด็กในเรื่อง การเลิกดูดขวดนมของเด็กอายุ 6 – 36 เดือน เดือนเพ็ญ แก้วประสาร ศิริพร คำสะอาด อรวรรณ นามมนตรี จุลพันธ์ สุวรรณ	123	■ Knowledge and Attitude of Children Caregivers Toward Bottle Weaning in Children 6-36 Months Old Duanphen Kawprasan Siriporn Kamsa-ard, Orawan Nammontri, Julapan Suwan

สารบัญ	หน้า Page	Contents
● เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ บุญประจักษ์ จันทรวิน ปาริฉัตร ถาวรวงษ์ เกษรา วณิชิตระกูล นรานุช ขะระเขื่อน วิชชุตา มัคสิงห์	138	■ A Comparative of Parents of Preschool Children in Child Development Centers: Oral Care Behaviors and Associated Factors Boonprajuk Junwin, Parichat Thawornwong, Ketsara Wanachottrakun, Naranuch Karakhuean, Witchuta Muksing
● การประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคในเด็กวัยเรียน ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี สิริรัตน์ วีระเดช ละอองดาว วงศ์อำมตย์	151	■ Evaluation of Oral Health Promotion and Disease Prevention Programs in School-Aged Children Health Center 10 Ubon Ratchathani Sirirat Weeradet, Laongdao Wongammat
● ความต้องการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษา ในเขตสุขภาพที่ 5 ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี กุลธิดา กิ่งสวัสดิ์ ปริญญญา จิตอร่าม สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์ พรชัย ขุนคงมี จิรนนท์ ตูลชาติ ศุภนิจ ทับชัย	167	■ The Demand of Graduated Degree Studied in Public Health Region 5 Of Sirindhorn College of Public Health Suphanburi Kunthida Kingsawad, Parinya Jitaram, Sutthisak Surirak, Pornchai Khunkongme, Jiranan Tullachat, Supanij Tabchai

สารบัญ	หน้า Page	Contents
● ระดับภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโควิด-19 หลังการฉีดวัคซีนในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข พื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 และ 8 แพรพรรณ ภูริบัญชา อนุวัฒน์ ศรีสมฤทธิ์ ยุวาลี ฉายวงศ์	179	■ The Level of Anti Covid-19 Antibody Titer After Vaccination in Healthcare Workers, Health region 7,8 Praepan Phuribancha, Anuwat Sornsomlit, Yuwalee Chaywong

บทความวิชาการ

การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในชุมชนในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

วิภา สุวรรณรัตน์^{1,*} มาลี เกตแก้ว² กัณณวัฒน์ สุกุลหรั่ง³

บทคัดย่อ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่งผลกระทบต่อทุกภาคส่วนทั่วโลก และส่งผลถึงชุมชน ที่ประกอบด้วยปัจเจกคน ครอบครัวและชุมชน ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสังคมที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น ทำลายระบบบริหาร ระบบบริการ ระบบการศึกษาวิจัย ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และทีมช่วยเหลือต่าง ๆ เพื่อคิดค้นพัฒนาวิธีการควบคุมโรค การส่งเสริมป้องกัน การดูแลรักษา การติดตามเฝ้าระวัง และการเยียวยาประคับประคองให้ประชาชนรู้สึก มั่นคง ปลอดภัย ยืนหยัดอยู่ได้ในชุมชน และคงไว้ซึ่งสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี สิ่งสำคัญที่สุดคือการให้ความสำคัญในระดับรากหญ้า นั่นคือชุมชน การส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้เกิดความคุ้มค่าระยะยาว หากชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจและร่วมกันปฏิบัติจนเป็นชุมชนสุขภาพดีแล้ว เมื่อเผชิญภัยร่วมกันย่อมเป็นชุมชนเข้มแข็งที่ใหญ่และกว้างขึ้น ประการสำคัญที่สุด คือ ทุกคนควรตระหนักว่าสุขภาพเป็นของตนเอง ไม่ใช่เป็นของคนใดคนหนึ่ง แต่เป็นหน้าที่ของทุกคนที่อยู่ในครอบครัวและชุมชนเดียวกันที่ต้องรวมพลังกันสร้าง จากบทเรียนของโรค COVID 19 ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพองค์รวม แต่การรักษาส่วนใหญ่มุ่งไปที่สุขภาพกาย ในขณะที่กายกับจิตเป็นของคู่กัน ถึงเวลาแล้วที่จะมาสร้างความเข้มแข็งทางใจในชุมชนท่ามกลางการระบาดเพื่อความมั่นคงของชุมชนและประเทศชาติต่อไป

คำสำคัญ: การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ชุมชน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

¹ อาจารย์ประจำ กลุ่มสาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ

² พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มภารกิจบริการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

³ นักจิตวิทยาคลินิก กลุ่มภารกิจบริการจิตเวชและสุขภาพจิต โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

* Corresponding Author : Wipa.s@tsu.ac.th

*Academic Article***Building Community Mental Strength in The Coronavirus 2019 Pandemic**Wipa Suwannarat^{1,*}, Malee Katekaew², Kannawan Sakulrang³**Abstract**

The outbreak of the Coronavirus disease 2019 (COVID-19) has affected all sectors around the world and also the community consisting of individual, family, and community. This has intensely affected the physical, mental health, and society. It is a challenging situation for the service system, research education system, medical practitioners and support teams who need to develop methods for disease control promotion, prevention, maintenance, monitoring and supportive remedies in order to make people feel secure, safe, and able to survive in the community and maintain good physical and mental health. Most importantly, is a grassroots priority for the community. Health promotion is essential to achieve long-term benefits. If the community has the knowledge and the understanding society can work together to become a healthy community. Then when they join forces together they will become stronger. Most importantly, everyone should be aware that responsibility for their health is their own. It does not belong to any one person but it is the duty of everyone in the same family and community to join forces. From the lessons of the COVID-19 disease that has affected mental health but most treatments are aimed at physical health. However, the body and the mind are synonymous. It's time to build the mental strength in the community in the midst of the pandemic for the security of the community and the nation.

Keywords: building mental strength resilience, community, Coronavirus 2019

¹ Lecturer, Faculty of Nursing, Thaksin University

² Registered Nurse, Department of Nursing, Songkhlarajanagarindra Psychiatric Hospital

³ Clinical Psychologist, Department of Mental Health and Psychiatric Service, Songkhlarajanagarindra Psychiatric Hospital

* Corresponding author: Wipa.s@tsu.ac.th

บทนำ

ชุมชน (Community) คือ กลุ่มก้อนของ ผู้คนหรือประชากร (People) ที่เป็นองค์ประกอบ สำคัญ ในการอยู่ร่วมกันในบริเวณเดียวกัน (Area) คนและสถานที่ต่างเป็นส่วนประกอบสำคัญที่ สัมพันธ์กันแยกกันไม่ได้ คนที่อยู่ร่วมชุมชน เดียวกันจะต้องมีการติดต่อแลกเปลี่ยน มีความ เชื่อมโยง (Connectedness) มีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) มีวิถีการดำเนินชีวิตมีความรู้สึกเป็น อันหนึ่งอันเดียวกันที่เจริญเติบโตบนความสนใจ และ ผล ประโยชน์ ร่วม กัน (Common Interest) ความสัมพันธ์ (Relationship) ของ สมาชิกในชุมชนเป็นสิ่งผูกพันให้สมาชิกอยู่ร่วมกัน ในชุมชนโดยยึดโยงแบบแผนไว้กับวิถีชีวิตที่มี ลักษณะทางวัฒนธรรมขนบธรรมเนียม ประเพณี (cultural Traditions) ตลอดจนแบบ แผน การ ดำเนินชีวิตในชุมชน (Pattern of Community Life) ที่คล้ายคลึงกัน¹²³ โดย สามารถแบ่งชุมชนออกเป็นชุมชนเมือง (Urban community) และ ชุมชนชนบท (Rural community)⁴ หรือแบ่งชุมชนออกเป็น 3 มิติ คือ มิติภูมิศาสตร์ (Geography) ชุมชนด้านกายภาพที่ เห็นด้วยตา มิติสังคมศาสตร์ (Sociology) ชุมชน ด้านความสัมพันธ์ของคนที่มีผลประโยชน์ร่วมกัน (mutual interest) และ มิติจิตวิทยา (Psychology) ชุมชนด้านความเอื้ออาทร ความ ผูกพัน ความซื่อสัตย์จงรักภักดีที่มีต่อกันและกัน⁵ รวมถึงการเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลสุขภาพคนใน ชุมชนร่วมกัน

ภายหลังการปฏิรูประบบสุขภาพของ ประเทศไทยในปี 2545 เน้นให้ประชาชนสามารถ สร้างเสริมสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงในยาม ปกติ หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และป้องกันตนเองจาก การเจ็บป่วยจากโรคที่ป้องกันได้ การดูแลสุขภาพ ชุมชนจึงเน้นการดูแลสุขภาพเชิงรุก (proactive) มากกว่าเชิงรับ (reactive) เน้นการสร้างสุขภาพ มากกว่าการซ่อมสุขภาพ สนับสนุนประชาชน

เรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของตนเองในการดูแล สุขภาพ ให้ตระหนักว่าการดูแลสุขภาพเป็นหน้าที่ ของตนเองและครอบครัว การมีส่วนร่วมในการ สร้างปัจจัยที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีและร่วมสร้าง พลังชุมชน การกระจายบริการสุขภาพสู่ชุมชน และการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในระดับปฐมภูมิ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น การดูแลสุขภาพชุมชน ยุคใหม่มีเป้าหมายทำให้ประชาชนมีสุขภาพ แข็งแรงอายุยืน มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถ ดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะทั้งทางกาย จิตสังคมและ ปัญญา⁶

นับแต่เดือนธันวาคม พ.ศ.2562 เป็นต้นมา มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จากเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศ จีน องค์การอนามัยโลก (WHO) เล็งเห็นว่าการ ระบาดของโรค COVID-19 แพร่กระจายอย่าง รวดเร็ว จึงประกาศในวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 ให้การระบาดของโรค COVID-19 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) และเมื่อวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้เป็นการระบาด ใหญ่ทั่วโลก (Pandemic) ปัจจุบันลูกกลมไป 222 ประเทศ ข้อมูลวันที่ 16 กรกฎาคม 2564 มีผู้ติด เชื้อทั่วโลกมากกว่า 183,849,136 คน และ เสียชีวิตไปกว่า 3,979,872 คน ในประเทศไทยพบ ผู้ติดเชื้อสะสม 381,907 คน และเสียชีวิต 3,097 คน⁷ รัฐบาลไทยได้ขอความร่วมมือประชาชน ปฏิบัติตามมาตรการและคำแนะนำทางการแพทย์ อย่างเคร่งครัด รับรู้ข้อมูลข่าวสารช่องทางที่เชื่อถือ ได้ ภายใต้แนวคิด “อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ”⁸ และนับแต่การบังคับใช้ประกาศสถานการณ์ ฉุกเฉินคราวที่ 12 ถึง 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 การระบาดของโรคทวีความรุนแรงโดยเฉพาะ อย่างยิ่งในกรุงเทพมหานคร ปริมณฑล และใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ซึ่ง ไม่แสดงอาการแต่สามารถแพร่เชื้อโรคได้เพิ่มขึ้น ในอัตราเร่งที่สูงมาก ประกอบกับเชื้อโรคได้กลาย

พันธุ์เป็นหลายสายพันธุ์แพร่กระจายได้ง่าย รัฐบาลจึงได้ยกระดับความเข้มข้นของมาตรการ และบังคับใช้อย่างจริงจัง เพื่อบรรเทาสถานการณ์ ให้คลี่คลายโดยเร็ว โดยกำหนดมาตรการที่มุ่งลด และจำกัดการเคลื่อนย้ายของบุคคลเพื่อลดการ ติดต่อสัมผัสกัน ลดการรวมกลุ่มของบุคคล เร่งรัด การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล การฉีดวัคซีน และยังคงมาตรการให้ระบบ เศรษฐกิจพื้นฐานยังดำเนินต่อไปได้ ซึ่งจำเป็นต้อง อาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเพื่อฝ่าวิกฤตินี้ ไปด้วยกัน⁹ รวมทั้งการใช้มาตรการ ข้อสั่งการ แนวปฏิบัติให้ประชาชนตระหนักมีจิตสำนึก รับผิดชอบป้องกันตนเอง ครอบครัว ชุมชนและ สังคม⁷

ปฏิริยาต่อการระบาดที่พัฒนาอย่างรวดเร็วถูกแชร์บนแพลตฟอร์มโซเชียลมีเดีย¹⁰ และการแพร่ระบาดส่งผลกระทบต่อทั่วโลกทั้งด้าน เศรษฐกิจการท่องเที่ยว อุตสาหกรรม เกษตรกรรม สังคมโดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง¹¹ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อสถาน บริการ ระบบบริการ บุคลากรทางการแพทย์ และบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้อง ผลกระทบต่อสุขภาพ กายนอกจากเจ็บป่วยจนถึงขั้นเสียชีวิตแล้วยัง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต โดยการระบาดใหญ่ ครั้งนี้ได้เปลี่ยนแปลงชีวิตประจำวันไปอย่างมาก จนทำให้เกิดความกลัวในทุกช่วงอายุ¹² ประชากร วัยสูงอายุมีความเสี่ยงพิเศษต่อภาวะแทรกซ้อน ทางร่างกายและจิตใจ¹³ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่โดด เดี่ยวหรือเสื่อมถอยทางสติปัญญาจะวิตกกังวล โกรธเคือง เครียด กระสับกระส่าย เกิดภาวะถอน จากการดื่มสุราขณะกักกัน และมีแนวโน้มที่โรค ประจำตัว เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน หรือโรคระบบทางเดินหายใจเพิ่ม ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรค COVID-19¹⁴ ประมาณ 20% ของผู้ที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไปประสบ ปัญหาสุขภาพจิตหรือการใช้สารเสพติด¹⁵ เพิ่ม ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย¹⁶ ดังนั้นในวิกฤตการณ์นี้ การวางแผนให้ความรู้

สาธารณะตามวัฒนธรรม สังคมเศรษฐกิจ ศาสนา และบริบทของชุมชนเป็นสิ่งสำคัญ¹⁷ เป็นผลให้ บุคลากรที่ปฏิบัติงานได้ทบทวนระบบสุขภาพที่ สร้างความท้าทายและให้ประโยชน์อย่างเหมาะสม สำหรับบริการสุขภาพจิต¹⁸ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในช่วงการระบาดสามารถส่งเสริมสุขภาพจิตใน ชุมชนและเป็นโอกาสสำคัญสำหรับบุคลากร สาธารณสุขในฐานะสมาชิกชุมชนและผู้ให้บริการ หาวีธีส่งเสริมสุขภาพและตอบสนองความต้องการ ด้านสุขภาพจิตเพื่อสร้างความเข้มแข็งในชุมชน¹⁹

การสร้างศักยภาพของชุมชนเป็นการดูแล สุขภาพแบบองค์รวม เป็นความรับผิดชอบระดับ บุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่จะสร้างความ ตระหนัก ความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วยเพื่อคงไว้ซึ่งความยั่งยืน²⁰ ชุมชนเป็นรากฐานสำคัญของการรวมตัวกันของ คนในสังคม เพื่อสร้างสายสัมพันธ์ช่วยเหลือและ อยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ดังนั้นการดูแลสุขภาพ ประชาชนเพื่อลดและป้องกันการแพร่ระบาดของ โรค COVID -19 ต้องอาศัยความร่วมมือจาก ประชาชนและชุมชน หากชุมชนใดมีความเข้มแข็ง เป็นทุนเดิม การจัดการแก้ไขป้องกันปัญหาก็ สามารถผ่านพ้นวิกฤตไปได้²¹

วัตถุประสงค์ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็ง ทางใจในชุมชน (ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน)

การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจใน ชุมชน

การสร้างความเข้มแข็งทางใจในชุมชน (Community Resilience) หมายถึง การสร้าง ความสามารถของอารมณ์และจิตใจในการปรับตัว และฟื้นตัวหลังเจอกับวิกฤตหรือเหตุการณ์ร้ายใน ชีวิต ให้กลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ โดยแบ่งการ สร้างความเข้มแข็งทางใจในชุมชนออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับบุคคล ระดับครอบครัว และระดับ ชุมชน²¹

การสร้างความเข้มแข็งทางใจระดับบุคคล เป็นความสามารถของคนที่มีอยู่ในตัวเอง และ นำมาใช้เมื่อต้องเอาชนะปัญหา อุปสรรค หรือ

ความยากลำบาก²² การส่งเสริมให้บุคคลมีความเข้มแข็งทางใจจะช่วยให้สามารถใช้วิกฤติเป็นโอกาส ยกระดับความคิด จิตใจ มีพลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไปได้ หลังจากผ่านพ้นเหตุการณ์ที่ไม่ดีในชีวิต ซึ่งมีหลายวิธีดังต่อไปนี้

1. การสร้างความเข้มแข็งทางใจด้วย พลัง อึด อึด สู้²³

1.1 พลังอึด คือ ตัวเรา (I am) มีความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ เป็นตัวของตัวเอง ภูมิใจในตนเอง มีความศรัทธาในศาสนา มีความเห็นอกเห็นใจและให้ความเอื้อเฟื้อแก่ผู้อื่น โดยให้สำรวจตัวเองว่าสามารถหาความรู้เพื่อดูแลสุขภาพตนเองได้ มีสุขภาพแข็งแรงดีหรือเป็นกลุ่มเสี่ยงหรือไม่ เมื่อป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือไม่ เน้นติดตามข่าวสารที่เชื่อถือได้ ไม่เสพข่าวมากจนเครียด ไม่สร้างและแชร์ข่าวปลอม เน้น “ตระหนักแต่ไม่ตระหนก”

1.2 พลังอึด คือ เรามีอะไรบ้าง (I have) มีคนในครอบครัว เพื่อนฝูง ชุมชนที่จะช่วยเหลือให้คำปรึกษา ให้การสนับสนุน เป็นแบบอย่างดีในการดำเนินชีวิต ในระดับประเทศ มีการให้ข้อมูลที่เชื่อถือได้ มีการให้ความรู้ มีระบบการควบคุมกักกันแยกโรค และมีระบบการรักษาที่ระดับหนึ่ง

1.3 พลังสู้ คือ เราสามารถทำอะไรได้บ้าง (I can) มีทักษะต่าง ๆ เช่น ทักษะการคิดบวก การจัดการอารมณ์ การเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น โดยเน้นทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต เช่น การจัดการแก้ไขปัญหา การพูดคุยรับฟังเพื่อลดความขัดแย้ง

สรุปได้ว่าพลังอึด คือ ทำใจให้สงบต่อเรื่องราวที่มากกระทบ พลังอึด คือ สร้างกำลังใจ มีความหวัง และพลังสู้ คือ ใช้ร่างกาย แรงใจ สติปัญญาาร่วมกันต่อสู้กับโรค

2. การใช้ทักษะการหายใจ (breathing exercise) เป็นการฝึกหายใจเข้าออกช้า ๆ อย่างถูกวิธี ช่วยให้หัวใจเต้นช้าลง สมองแจ่มใสเพราะได้ออกซิเจนมากขึ้น ทำให้ปลดปล่อยความเครียด

ความวิตกกังวล โดยค่อยฝึกทำช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไป โดย 1) นั่งในท่าที่สบาย หลังตาเบาๆ เอามือประสานวางไว้ที่หน้าท้อง 2) ค่อยๆ หายใจเข้าช้า ๆ นับ 1 2 3 4 รู้สึกว่าท้องพองออก แล้วกลืนหายใจเอาไว้อีกครู่ 3) ค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออกช้า ๆ ให้หมดนับ 1-8 จนหน้าท้องแฟบลง 5) ทำซ้ำอีกประมาณ 5-10 นาที²⁴

3. การใช้ทักษะผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (muscle relaxation) เป็นทักษะที่ช่วยให้บุคคลได้ผ่อนคลาย 3 ทาง คือ ทางกาย กล้ามเนื้อต่าง ๆ ผ่อนคลายสบายตัวคลายปวดเมื่อย ทางจิตใจรู้สึกปลอดโปร่ง คลายความกังวลลดความคิดฟุ้งซ่าน และทำให้มีสมาธิมากขึ้นเนื่องจากขณะฝึกจิตใจจะจดจ่ออยู่กับการเกร็งและคลายกล้ามเนื้อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานสมองดีขึ้น โดยฝึกในสถานที่สงบ นั่งในท่าสบาย คลายเสื้อผ้าให้หลวม ถอดรองเท้า หลับตาทำใจให้ว่าง สมาธิจดจ่ออยู่ที่กล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ใช้เวลาเกร็ง 3-5 วินาที และผ่อนคลาย 10-15 วินาที จึงเริ่มเกร็งซ้ำใหม่ เพื่อผลในระบบการไหลเวียนเลือด ฝึกโดย 1) มือและแขน เริ่มจากข้างขวาให้เหยียดแขนออก กำมือและเกร็งแขนจากนั้นให้คลายออก แล้วสลับมาที่มือและแขนข้างซ้ายด้วยวิธีเดียวกัน 2) หน้าผาก เลิกคิ้วสูงแล้วคลาย ขมวดคิ้วแล้วคลาย 3) แก้มตาจมูก หลับต่าย่นจมูกแล้วคลาย 4) ขากรรไกร ลิ้น ริมฝีปาก กัดฟันใช้ลิ้นดันที่เพดานปากแล้วคลาย 5) คอ ก้มหน้าให้คางจรดคอแล้วคลาย และเงยหน้าจนสุดแล้วคลาย 6) ออกไหล่หลัง สูดหายใจเข้าลึกๆ กลืนไว้อีกครู่แล้วค่อยๆ ผ่อนออก ยกไหล่ทั้ง 2 ข้างให้สูงแล้วคลาย 7) หน้าท้อง และก้น ขม่วท้องให้สุดแล้วคลายและขมิบก้นแล้วคลาย 8) เท้าและขาข้างขวา เหยียดขาออกจนนิ้วเท้าแล้วคลาย กระดกปลายเท้าขึ้นแล้วคลาย เปลี่ยนมาที่เท้าและขาข้างซ้ายด้วยวิธีการเดียวกัน²⁵

4. การใช้ทักษะการคลายเครียดโดยการจินตนาการ (visualization) เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจจาก สถานการณ์เครียดไปสู่

ประสบการณ์เดิมในอดีตที่เคยทำให้จิตใจสงบและเป็นสุข โดย 1) เลือกสถานที่สงบ นั่งในท่าที่สบายหลับตาเบาๆ เริ่มจินตนาการถึงเหตุการณ์ในอดีตที่ทำให้สงบ มีความสุข เมื่อจินตนาการจนรู้สึกสงบเพลิดเพลิน ให้บอกสิ่งดี ๆ กับตัวเองว่า “ฉันเป็นคนดี ฉันเป็นคนเก่ง ฉันจะไม่หวั่นกลัวต่ออุปสรรคใด ๆ ฉันสามารถเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ได้อย่างแน่นอน” 2) นับ 1...2...3 แล้วค่อยๆ ลืมตาขึ้น คงความสงบไว้ ทำให้จิตใจสงบเป็นสุขพร้อมที่จะต่อสู้กับอุปสรรคในชีวิตต่อไป²⁶

5. การปฏิบัติตัวตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของโรค COVID-19 ของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน คือ หลัก DMHTT ดังนี้ D (Distancing) คือ การเว้นระยะห่างกับคนอื่นอย่างน้อย 1-2 เมตรเพื่อป้องกันการฟุ้งของละอองฝอยจากการพูดไอจาม M (Mask Wearing) คือ การสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยเพื่อลดการฟุ้งกระจาย H (Hand washing) คือ การหมั่นล้างมือบ่อย ๆ ทั้งน้ำสบู่และเจลแอลกอฮอล์ เพื่อป้องกันการสัมผัสใบหน้าโดยไม่รู้ตัว T (Testing) คือ การตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายสม่ำเสมอ ทั้งก่อนเข้าทำงาน เข้าร้านค้าต่าง ๆ และหากทราบว่าประวัติสัมผัสกลุ่มเสี่ยงควรเข้ารับการตรวจหาเชื้อ และ T (Thai Cha Na) คือ การสแกนแอปไทยชนะทุกครั้งที่เดินทางไปสถานที่ต่าง ๆ²⁷ สรุปหลักการ DMHTT ให้ง่ายต่อการเข้าใจ คือ “อยู่ห่างไว้ ใส่แมสก์กัน หมั่นล้างมือ ตรวจวัดอุณหภูมิ ตรวจหาเชื้อ COVID -19 และใช้แอปไทยชนะ” ซึ่งเป็นแนวทางสากลในการป้องกันโรค โดยรัฐบาลได้รณรงค์ให้ประชาชนเกิดความตระหนักและปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความภาคภูมิใจ มีความมั่นใจในการป้องกันโรค รู้สึกมั่นคง ปลอดภัย และนำไปสู่ความสงบทางจิตใจ

6. การฝึกสมาธิและสติบำบัด เป็นการฝึกในแนวสุขภาพจิตไม่อิงศาสนาอธิบายด้วยจิตวิทยาและวิทยาศาสตร์ คือ ให้รู้ลมหายใจในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ที่ต้องอยู่บ้านตามมาตรการ

ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ผู้ที่สงสัยว่าอาจติดเชื้อและต้องกักตัวอยู่ในบ้าน ผู้ติดเชื้อ และเจ้าหน้าที่หรือผู้ที่มีความเครียดจากภาระงานสามารถฝึกจิตตามโปรแกรมประจำวันละ 20-30 นาที ในช่วงเวลาที่แน่นอนและทำอย่างสม่ำเสมอ การฝึกพื้นฐานจะอยู่ใน 7 วันแรก และตั้งแต่วันที่ 8 เป็นการฝึกทุกวันให้เป็นวิถีชีวิต ดังนี้ วันที่ 1 ฝึกสมาธิช่วยลดความวุ่นใจ วันที่ 2 ฝึกสติพื้นฐานช่วยให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างมีสติ วันที่ 3 สติในการกิน ช่วยให้ดูแลสุขภาพได้ดีปลอดภัยจากโรค วันที่ 4 สติควบคุมอารมณ์ ช่วยจัดการกับอารมณ์ลบที่เกิดขึ้น วันที่ 5 สติใคร่ครวญ ช่วยให้ใคร่ครวญดีขึ้น วันที่ 6 สติสื่อสาร ช่วยให้สื่อสารถึงคนใกล้ชิด วันที่ 7 สติเมตตาให้อภัย ช่วยให้ใจเปิดกว้าง แม้นิยามวิกฤต และวันที่ 8 สติเป็นวิถี สร้างความเข้มแข็งในจิตใจและเป็นพลังใจให้ผู้อื่น^{28,29}

การสร้างความเข้มแข็งทางใจในระดับบุคคลมีความหลากหลาย เป็นทางเลือกหนึ่งที่บุคคลสามารถเลือกปฏิบัติได้ตามความชอบ สนใจ หรือถนัด การฝึกเป็นรายบุคคลหรือฝึกร่วมกับผู้อื่นอย่างต่อเนื่องจะทำให้จิตใจมีความเข้มแข็งพร้อมที่จะฟันฝ่าอุปสรรคและก้าวข้ามสิ่งต่าง ๆ ไปได้

การสร้างความเข้มแข็งทางใจระดับครอบครัว

การสร้างความเข้มแข็งทางใจระดับครอบครัว หรือวัคซีนครอบครัว หมายถึง การส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวมีความสามารถเป็นเกราะป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ช่วยให้ครอบครัวเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถฟื้นตัวกลับมาและพัฒนาสิ่งต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ดังนี้

1. การฝึกใช้ 3 พลัง เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งในครอบครัว ได้แก่ 1) พลังบวก เป็นการส่งเสริมให้ครอบครัวมองมุมบวกเป็น เห็นทางออกในทุกปัญหาแม้นิยามวิกฤตทุกคนในครอบครัวมองเห็นข้อดีและเสริมพลังบวกซึ่งกันและกัน 2) พลังยึดหยุ่น เป็นการส่งเสริมให้ครอบครัวมีการปรับตัว

เปลี่ยนบทบาทหน้าที่เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระที่เกิดขึ้น โดยรับผิดชอบหน้าที่ของตนเอง รับฟังเข้าใจกัน ช่วยกันแก้ปัญหาให้ผ่านพ้นไปได้ 3) พลังร่วมมือ เป็นการส่งเสริมให้ครอบครัวมีความปรองดอง มีน้ำหนึ่งใจเดียวกันในการฟันฝ่าปัญหาอุปสรรค สมาชิกในครอบครัวควรส่งเสริมและพัฒนาพลังบวก พลังยืดหยุ่น และพลังร่วมมือเพื่อให้สมาชิกไว้ใจกัน ขอโทษกัน ปลอบใจกันปรึกษากันเพื่อหาวิธีการแก้ปัญหาให้ได้³⁰

2. การใช้หลัก 5 ต. ในการดูแลครอบครัวเพื่อสร้างความเข้มแข็งและลดความเครียดในครอบครัว ดังนี้ 1) ต. ติดต่อกัน พูดคุยปฏิสัมพันธ์กับคนในครอบครัวอย่างปกติ รักษาระยะห่าง ติดต่อกับเพื่อนหรือคนในชุมชนผ่านโทรศัพท์หรือโซเชียลมีเดีย 2) ต. ติดตาม ติดตามข่าวสารสถานการณ์โรค ไม่เกิน 1 ชั่วโมงต่อวัน และใช้เวลาติดตามเรื่องราวอื่น ๆ ตามปกติ 3) ต. ต่อต้าน ประเมินความเครียดด้วยตนเอง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง หากพบว่ามีความเครียดระดับสูงขึ้นไป ให้ปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน 4) ต. เติมเต็ม สามารถเข้าถึงข้อมูลดูแลจิตใจตนเองเมื่อรู้สึกไม่สบายใจเครียดกังวล ได้ที่ สายด่วนสุขภาพจิต 1323 หรือ www.สุขภาพใจ.com และ 5) ต. ต้องชม ให้กำลังใจและชื่นชมตนเองและสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งพูดถึงคุณค่าประโยชน์ของตนเองและสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ร่วมกัน³¹

การสร้างความเข้มแข็งทางใจในครอบครัว มุ่งเน้นให้สมาชิกในครอบครัวพูดคุยสื่อสาร รับฟังให้กำลังใจช่วยเหลือเกื้อกูลกัน รับผิดชอบ บทบาทหน้าที่ของตนเอง มองบวกพร้อมที่ส่งเสริมข้อดีของสมาชิกเพื่อให้ครอบครัวสามารถแก้ปัญหาาร่วมกัน เป็นกำลังใจซึ่งกันและกัน และอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

การสร้างความเข้มแข็งทางใจระดับชุมชน

การสร้างความเข้มแข็งทางใจระดับชุมชน หรือวัดขึ้นใจในชุมชน หมายถึง มาตรการหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมให้คนในชุมชนร่วมมือกันเผชิญปัญหาหรือวิกฤตต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยชุมชนร่วมใจป้องกัน จัดการแก้ไขปัญหาจนสามารถก้าวข้ามไปได้ และทำให้ชุมชนฟื้นตัวกลับสู่สภาวะปกติในเวลาอันรวดเร็ว ซึ่งจำเป็นต้องใช้จุดแข็ง ศักยภาพที่มีในชุมชน ผู้นำที่เข้มแข็ง คนในชุมชนที่มีความสามารถ และพร้อมที่จะร่วมแรงร่วมใจกันด้วยสายสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นของชุมชนเพื่อชุมชน³⁰ การสร้างความเข้มแข็งทางใจในชุมชนต้องอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผน การทำ การตรวจสอบ และการดำเนินการ ผลการมีส่วนร่วมของชุมชนนำไปสู่ความสามัคคี ความสุขของผู้เข้าร่วม การพัฒนาชุมชน การรับรู้ความสามารถของตนเอง ของผู้นำความสามารถในการจัดการข้อขัดแย้งของผู้เข้าร่วม การเพิ่มมูลค่าของผู้ที่มีส่วนร่วม และระบบอาสาสมัคร³² การสร้างความเข้มแข็งทางใจในชุมชนมีดังนี้

1. การใช้การจัดการสาธารณสุขภัยโดยยึดหลัก 2P2R²³ โรค COVID-19 เป็นสาธารณสุขภัยอย่างหนึ่ง การบริหารจัดการสาธารณสุขในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพและการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องมีการวางแผนเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและป้องกันผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในชุมชน โดยยึดหลัก 2 P คือ 1. Prevention and Mitigation เป็นการป้องกันและลดผลกระทบ และ 2. Preparedness and Emergency Management เป็นการเตรียมความพร้อมและจัดการในภาวะฉุกเฉิน และหลัก 2 R คือ 1. Response and Relief เป็นการรับมือและบรรเทาทุกข์ และ 2. Recovery เป็นการฟื้นฟู

1.1 การป้องกันและการลดผลกระทบ (Prevention and mitigation) เป็นการสร้างความตระหนักให้ประชาชนในชุมชนเฝ้าระวังการ

แพร่ระบาด เน้นให้คนในชุมชนปฏิบัติตามมาตรการ แนวทางที่รัฐบาลกำหนดอย่างเคร่งครัด ให้ความรู้เรื่องโรค การดูแลรักษา และการป้องกันแก่ประชาชนอย่างเข้มข้น ผ่านช่องทางที่เข้าถึงได้ง่ายสะดวกรวดเร็ว และเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงความรู้ ข้อมูลอย่างถูกต้อง ครบถ้วนและเท่าเทียมกัน เพื่อให้ชุมชนมีความรู้ความเข้าใจ ความตระหนัก ความตื่นตัว ในการป้องกันตนเอง ครอบครัว ชุมชน สนับสนุน " ชุมชน หมู่บ้านปลอด COVID-19 " ส่งเสริมเครือข่ายในชุมชน และเอกชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหา เพื่อสามารถปรับตัวให้ทันต่อเหตุการณ์ และการเปลี่ยนแปลง

1.2 การเตรียมพร้อมและการจัดการในภาวะฉุกเฉิน (Preparedness and Emergency Management) โดยจัดตั้งศูนย์อำนวยการป้องกันและแก้ไขปัญหา COVID-19 ระดับตำบลเพื่อบริหารจัดการแก้ไขสถานการณ์ภายในชุมชน เพิ่มขีดความสามารถของทีมชุมชนจากทุกภาคส่วนรับมือกับสถานการณ์และผลกระทบ ร่วมมือป้องกันและแก้ไขปัญหาในชุมชนอย่างเข้มข้น เตรียมความพร้อมของบุคลากรหรือทีมช่วยเหลือในชุมชนให้มีความเข้าใจแผนและการใช้แผนช่วยเหลือประชาชนเมื่อมีการระบาด แจ้งเตือนสถานการณ์ให้ประชาชนรับรู้ข้อมูล ข่าวสารที่เป็นจริง ชัดเจน เพื่อลดความกลัวและความตื่นตระหนก วางแผนสำรองและพัฒนาระบบข้อมูล ข่าวสาร การสื่อสารเพื่อรองรับกรณีฉุกเฉิน เตรียมความพร้อมของบุคลากร โรงพยาบาลทุกระดับงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ ที่พักพิงชั่วคราว หรือโรงพยาบาลสนามทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค กรณีที่มีการแพร่ระบาดของโรคมามากขึ้น

1.3 การรับมือและการบรรเทาทุกข์ (Response and Relief) โดยช่วยเหลือผู้ติดเชื้อตามแนวทางการรักษาอย่างเข้มข้น เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย คลายความกังวล กำหนดมาตรการอย่างเข้มข้น ในการปฏิบัติตัวของประชาชนเพื่อลดความเสี่ยงที่ทำให้เกิดการ

แพร่ระบาดหรือการติดเชื้อ เช่น มาตรการ 3 ไม่ (ไม่นำเชื้อเข้าตัว ไม่นำเชื้อเข้าบ้าน ไม่นำเชื้อไปสู่ผู้อื่น) 3 ต้อง (ต้องปฏิบัติตน ต้องติดตามข่าวสาร ต้องติดต่อสื่อสาร) ช่วยเหลือประชาชนตามความต้องการขั้นพื้นฐาน เช่น การดูแลสุขภาพ การดูแลด้านสุขาภิบาลอนามัยสิ่งแวดล้อม การติดตามหาญาติและที่พักพิง แจ้งเตือนสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนตระหนัก เข้าใจ เห็นความสำคัญ ให้ความร่วมมือลดความตื่นตระหนก และป้องกันผลกระทบจากความทุกข์ทรมานทางร่างกายและจิตใจ ขยายความร่วมมือกับชุมชนอื่น ๆ ป้องกันและแก้ไขปัญหา ๆ เพื่อลดการแพร่ระบาด และกำหนดมาตรการอื่น ๆ ที่จำเป็นเพื่อป้องกันอันตรายที่ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตมากขึ้น

1.4 การฟื้นฟู (Recovery) โดยส่งเสริมให้ประชาชน กลุ่มเสี่ยงสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข ส่งเสริมภาครัฐ เอกชน และประชาชนมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูต่าง ๆ เช่น สุขภาพ การศึกษา การประกอบอาชีพ การท่องเที่ยว เศรษฐกิจ การคมนาคม และความสัมพันธ์ระหว่างชุมชน กำหนดกิจกรรมช่วยเหลือในชุมชนเพื่อสร้างความตระหนักในการป้องกันโรค ส่งเสริมการช่วยเหลือเกื้อกูลกันเพื่อให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง มีส่วนร่วมในการบูรณะโครงสร้างพื้นฐานของโรงพยาบาลที่พักพิงชั่วคราว หรือสถานที่สำคัญอื่น ๆ ในชุมชน เน้นการฟื้นคืนสู่สภาวะปกติ สร้างขวัญกำลังใจแก่ประชาชน ช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ป่วย ผู้เสียชีวิต และครอบครัว และประชาชนที่ได้รับผลกระทบ บูรณาการแผนงานและประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมพร้อมรับมือในอนาคต

2. การใช้วัคซีนชุมชน ตามหลักการ 4 สร้าง 2 ใช้³⁰ หลักการ 4 สร้าง ประกอบด้วย

1. สร้างชุมชนที่รู้สึกปลอดภัย (Safe) คือ 1) สร้างมาตรการป้องกันและสร้างความปลอดภัยในชุมชน เช่น การเว้นระยะห่าง จัดพื้นที่สาธารณะให้สะอาดและปลอดภัย การคัดกรองและกักตัว การงดจัดงานสังสรรค์รวมกลุ่ม หรือพิธีกรรมทาง

ศาสนา การใส่หน้ากากอนามัยก่อนออกจากบ้าน การบริการจุดล้างมือ เจลแอลกอฮอล์ หรือ ตรวจวัดไข้ 2) สื่อสารให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลป้องกันตัวเอง ครอบครัวและผู้อื่น พื้นที่เสี่ยงที่ควรหลีกเลี่ยงเดินทาง สถานบริการที่สามารถให้คำปรึกษาเมื่อมีข้อสงสัยทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต

2. สร้างชุมชนที่รู้สึกสงบ (calm) คือ 1) สื่อสารข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจนสม่ำเสมอ เช่น สื่อสารข้อมูลการระบาดที่ตรงกันกับของกระทรวงสาธารณสุข มีความสม่ำเสมอในการให้ข้อมูลแก่คนในชุมชน เช่น การสื่อสารผ่านวิทยุชุมชนเป็นเวลาเดิมในทุก ๆ วัน สื่อสารข้อมูลการระบาดในเชิงความเสี่ยงและความปลอดภัยมากกว่าความร้ายแรงของโรค มีช่องทางสื่อสารที่เหมาะสม เช่น สื่อสารผ่านผู้นำ อสม. วิทยุชุมชน หอกระจายเสียง หรือเอกสารแผ่นพับ 2) ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอารมณ์ การผ่อนคลายความเครียด และความกังวล เช่น รพ.สต. อสม. หรืออาสาสมัครเยี่ยมบ้านเพื่อให้คำแนะนำคนที่ถูกกักตัวหรือคนที่เป็ญาติของผู้ป่วย เผยแพร่เอกสารความรู้ต่างๆ โดยแจกตามบ้านหรือติดประกาศในพื้นที่ๆคนในชุมชนสามารถเข้าไปเรียนรู้ได้ วิทยุชุมชนเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป หรือสื่อสารผ่านช่องทางของชุมชนเอง เช่น Line, Facebook

3. สร้างชุมชนที่รู้สึกมีความหวัง (Hope) คือ 1) พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและบริการในชุมชนให้กลับมาปกติภายใต้ความปลอดภัย จัดให้มีบริการสาธารณะ เช่น บริการสาธารณสุข บริการขนส่งสาธารณะให้เป็นไปตามปกติ ปรับบริการในชุมชนให้เหมาะสมกับความปลอดภัยแต่ยังคงวิถีชีวิตของคนในชุมชน 2) จัดให้มีสวัสดิการ สร้างรายได้ให้กับผู้ได้รับผลกระทบ เช่น มีกองทุนหมู่บ้านหรือขอความร่วมมือกับธนาคารอนุมัติกู้ยืมเงินสำหรับผู้ได้รับผลกระทบหรือพักการชำระหนี้ ส่งเสริมการสร้างรายได้ให้กับผู้ได้รับผลกระทบ เช่น การจัดทำหน้ากากอนามัยขายในชุมชน การทำอาหาร

กล่อง 3) แบ่งปันประสบการณ์สร้างความหวัง เช่น นำผู้ป่วยที่หายป่วยมาบอกเล่าประสบการณ์ และแสดงให้เห็นการฟื้นฟูทั้งร่างกายและความเป็นอยู่ ผู้นำชุมชนหรือผู้ที่ได้รับการนับถือไว้วางใจในชุมชนกระตุ้นให้คนตั้งเป้าหมายทั้งระยะสั้นและระยะยาว แนะนำเทคนิคการหาจุดแข็งในตัวเองเพื่อฝ่าฟันวิกฤต การจัดกิจกรรมชื่นชมฮีโร่ของครอบครัวและของชุมชน เช่น บุคลากร หรือผู้ป่วยที่หายแล้ว

4. สร้างชุมชนที่เข้าใจ เห็นใจและให้โอกาส (Destigmatization) คือ 1) สร้างความเข้าใจเห็นใจและไม่อคติ ไม่รังเกียจ เช่น ชุมชนสื่อสารให้ความเชื่อมั่น ให้ข้อมูลความรู้ การดูแล การป้องกัน สร้างความเข้าใจคนชุมชน และเห็นใจผู้ป่วยที่หายแล้วให้กลับมาดำเนินชีวิตได้ปกติ ให้กำลังใจกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยและครอบครัวให้มีกำลังใจในการดูแลตัวเองให้ผ่านพ้นวิกฤตไปได้ 2) ให้โอกาสผู้ที่หายป่วยกลับมาดำเนินชีวิตตามปกติ เช่น ชุมชนให้โอกาสผู้ที่หายป่วยหรือพ้นจากระยะกักตัวแล้วมามีบทบาทในการช่วยเหลือ สื่อสารให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ชุมชน

หลักการ 2 ใช้ ในชุมชน ประกอบด้วย

1. ใช้ศักยภาพชุมชน (efficacy) คือ 1) ร่วมกันจัดทำแผนหรือช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น 2) ระดมทรัพยากร และสร้างเครือข่ายภายในและภายนอกชุมชนเพื่อบริหารจัดการทรัพยากรช่วยเหลือคนในชุมชน 3) จัดระบบจิตอาสาในชุมชนตามบริบทของชุมชนเพื่อช่วยเหลือประชาชนในชุมชน เช่น ทำเจลล้างมือ

2. ใช้สายสัมพันธ์ในชุมชน (connectedness) 1) ผู้นำที่เข้มแข็งสื่อสารและให้กำลังใจคนในชุมชน 2) ประชาชนชาวบ้าน แกนนำ หรือจิตอาสาให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่คนในชุมชน 3) เพื่อนบ้านช่วยดูแลและไม่แสดงความรังเกียจ 4) ครอบครัวดูแลเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน

3. การจัดกิจกรรมเพื่อสร้างความเข้มแข็งในชุมชน โดย 1) จัดตั้งศูนย์กลางเฝ้าระวังโรคระดับตำบล โดยมีทีมระดับตำบลเป็นกรรมการ

ได้แก่ อบต. รพ.สต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อปพร. อาสาสมัครต่าง ๆ แกนนำชุมชน และจัดทำโครงการแบบง่าย ๆ เช่น ซ่อมแผนบรรเทาและป้องกันสาธารณภัยระดับตำบล 2) จัดกิจกรรมจิตอาสา เช่น big cleaning กิจกรรมของเยี่ยมครอบครัวที่เจ็บป่วย 3) ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ประชาชนในการป้องกันโรค ติดตั้งในจุดที่ชุมชนมองเห็นได้ชัดเจน 4) เป็นหูเป็นตา สอดส่องดูแลบุคคลที่เป็นกลุ่มเสี่ยง 5) ส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชนอย่างปลอดภัย 6) หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่มีการรวมตัวกันของคนหมู่มาก เช่น กิจกรรมทางประเพณี การเล่นการพนัน 7) จัดสถานที่มุมสงบในชุมชนเพื่อให้คนพักผ่อน หรือทำกิจกรรมผ่อนคลายเพื่อความสงบทางใจ

4. การสื่อสารในสถานการณ์โรค COVID-19 โดย 1) สร้างความเข้าใจกับสื่อว่าการเสนอข่าวสารที่ถูกต้องและครอบคลุม ช่วยเพิ่มการรับรู้ถึงความปลอดภัยและช่วยสร้างความเข้มแข็งทางใจของประชาชน ดีกว่าการเสนอข่าวที่สร้างความกดดันและความเครียด 2) สนับสนุนประชาชนบริโภคข้อมูลข่าวสารให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม โดยหลีกเลี่ยงภาพข่าว ข้อมูลที่ทำให้เกิดความเครียด พุดคุยเกี่ยวกับสถานการณ์ของโรคในระดับที่เหมาะสม รู้เท่าทันข้อมูลต่าง ๆ 3) ผู้ปกครองดูแลบุตรหลานในการบริโภคข้อมูลข่าวสารที่เหมาะสม 4) ให้ข้อมูลความรู้ ผ่านสื่อต่าง ๆ ในชุมชน สื่อออนไลน์เฉพาะกลุ่ม ในการป้องกันโรค การดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิต

5. การลดการตีตราทางสังคมจากโรค COVID-19 การระบาดของโรคทำให้คนและชุมชนเกิดความเครียด กลัว วิตกกังวลและตื่นตระหนก อาจนำไปสู่การตีตราทางสังคม เช่น การถูกตีตราและการแบ่งแยกเมื่อผู้คนนำไปเชื่อมโยงกับโรคและครอบครัวผู้ติดเชื้อ โดยการถูกตีตราเกิดขึ้นได้หลังจากบุคคลได้รับการจำหน่ายจากการถูกกักตัวหรือจากโรงพยาบาล ผู้ที่เดินทางกลับจากพื้นที่เสี่ยง ผู้ให้การช่วยเหลือฉุกเฉิน และบุคลากรด้านการแพทย์ที่ให้การรักษา การตีตรา

ทำให้เกิดความกลัว ความโกรธ ว่าบุคคลเหล่านั้นจะทำให้ผู้อื่นเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ ดังนั้นเขาอาจถูกกีดกันหรือถูกปฏิเสธด้านที่พักอาศัย การร่วมกิจกรรมทางสังคม การเข้ารับการศึกษา การสมัครงาน และการกลับสู่ชุมชน ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิต อารมณ์ ความรู้สึก แก่ผู้ที่ถูกตีตราและประชาชนในชุมชนที่บุคคลเหล่านี้อาศัยอยู่ การลดการตีตราในสังคมเกิดขึ้นได้หากประชาชนในชุมชนมีพลังสุขภาพจิตที่เข้มแข็ง (resilience) อดทนและปรับตัวได้จากสภาวะความตึงเครียด รับรู้ข้อมูลอย่างถูกต้อง แบ่งปันข้อเท็จจริงซึ่งกันและกัน

ประชาชน ชุมชน หรือเจ้าหน้าที่ สามารถลดการตีตรา โดย 1) รักษาความลับของผู้รับบริการ 2) เอาใจใส่ต่อผู้ที่ได้รับผลกระทบ เห็นอกเห็นใจเมตตาต่อกัน 3) ไม่ตีตราหรือเรียกคนป่วยว่าเป็น “ไอ/อี/นัง COVID”, “ครอบครัว COVID” หรือ “ตัวเชื้อโรค” ซึ่งหลังจากหายป่วย พวกเขาจะสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ สามารถไปทำงานและอยู่กับครอบครัวได้ 5) พุดถึงเรื่องราวในเชิงบวกของคนที่เคยป่วย หรือผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อสร้างทัศนคติที่ดีต่อกัน 5) เพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับโรคโดยไม่เพิ่มความกลัว พร้อมทั้งแบ่งปันข้อมูลที่ถูกต้อง ระมัดระวังและไม่แพร่ภาพ เสียง วิดีโอที่สร้างความแปลกแยก 6) แสดงความเห็นอกเห็นใจกลุ่มที่ถูกตีตราด้วยตนเอง หรือผ่านช่องทางสื่อออนไลน์ 7) ให้เกียรติ ยกย่องและเห็นคุณค่าของผู้ปฏิบัติงานทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่เผชิญเหตุ และผู้ให้การช่วยเหลือจากทุกภาคส่วน 8) แบ่งปันและสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วย ญาติ กลุ่มเสี่ยง หรือชุมชนที่ได้รับผลกระทบ 9) ขอความช่วยเหลือทันที หากมีความขาดแคลนเกี่ยววัสดุ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ บุคลากรหรือสถานที่ในการดูแล

ข้อสังเกต ความรู้สึกตึงเครียด กลัว วิตกกังวลจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล เป็นความรู้สึกที่ปกติในสถานการณ์วิกฤติของการแพร่ระบาดที่เกิดขึ้น ไม่ได้หมายความว่าบุคคลนั้นเป็นคนอ่อนแอหรือไม่สามารถทำงานได้ การดูแล

สุขภาพจิตควบคู่กับสุขภาพกายเป็นสิ่งจำเป็น ประชาชนกลุ่มที่มีความเสี่ยง เช่น ต้องทำงานในแหล่งที่มีการแพร่ระบาด บางคนอาจถูกกีดกันจากครอบครัวหรือชุมชนเนื่องจากการรังเกียจหรือความกลัว หากได้ติดต่อกับคนที่เรารักหรือคนใกล้ชิดสม่ำเสมอ ด้วยช่องทางสื่อสารต่าง ๆ พูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้สึกกับเพื่อนร่วมงานที่เคยมีประสบการณ์เช่นเดียวกัน การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ก็จะช่วยลดความตึงเครียดลงได้ หากผู้ถูกกีดกันหรือตีตราทางสังคมมีความเครียด สามารถขอรับการปรึกษาผ่านช่องทางบริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 คลินิกสุขภาพจิตในโรงพยาบาลใกล้บ้าน โรงพยาบาลจิตเวชในพื้นที่ หรือสายด่วน 1422 สำหรับข้อมูลโรค COVID-19 เพื่อบรรเทาความเครียด ความวิตกกังวล และได้ระบายอารมณ์ความรู้สึกต่าง ๆ

การปรับตัวกรณีถูกแบ่งแยกหรือกลั่นแกล้ง²³ การก้าวข้ามการถูกแบ่งแยกหรือกลั่นแกล้งไม่ว่าจะในรูปแบบใดก็ตาม คือ การไม่ตอบโต้ด้วยการใช้ความรุนแรง แต่ต้องไม่ยอมที่จะให้เกิดเหตุการณ์ลักษณะนี้ซ้ำ โดย 1) บอกให้ “เขา” หยุดพฤติกรรมกลั่นแกล้ง บอกผลกระทบต่อความรู้สึกของเรา 2) เพิกเฉย ผู้ที่ชอบกลั่นแกล้งล้อเลียนผู้อื่นมักจะมีวัตถุประสงค์ให้เราปฏิบัติบางอย่าง หากเราไม่ใส่ใจกับสิ่งที่เขาพูดหรือกระทำ พวกเขามักจะหยุดพฤติกรรมนั้น 3) เสริมความมั่นใจให้ตัวเอง ความมั่นใจในตัวเองจะทำให้เรามีท่าทีแสดงออกถึงความมั่นคงในตัวเอง ทำให้มีโอกาสน้อยที่จะตกเป็นเหยื่อการกลั่นแกล้ง 4) อย่าตอบโต้ด้วยกำลังเด็ดขาด เพราะจะยิ่งทำให้เกิดปัญหาและความรุนแรงมากขึ้น

6. การสร้างจิตสำนึกและความรับผิดชอบต่อสังคมในชุมชน ประกอบด้วย³³

6.1 การสร้างความตระหนักว่าปัญหาโรค COVID-19 นี้เป็นเรื่องใหญ่สำหรับทุกคน ที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการจัดการ เพื่อให้เกิดความสูญเสียน้อยที่สุด อีกทั้งสถานบริการสาธารณสุขแต่ละแห่งมุ่งหวังที่จะรับมือกับ

สถานการณ์ให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด ขอให้คนไทยทุกคนต่อสู้ด้วย สติ คือ รับมือโรคนี้แบบตระหนักแต่ไม่ตระหนก โรคนี้สามารถป้องกันได้และเมื่อเจ็บป่วยก็มีวิธีดูแลรักษา

6.2 การสร้างจิตสำนึกต่อสังคม (Social responsiveness) หมายถึง การมีสำนึกรับผิดชอบต่อสังคมที่ได้รับผลกระทบจากกิจกรรมและการกระทำต่าง ๆ ของแต่ละบุคคล ทุกคนสามารถสร้างได้โดยดูแลสุขภาพตนเองให้ดี ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ให้ความรู้กับคนที่ยังไม่รู้หรือให้ความช่วยเหลือแนะนำต่าง ๆ ให้ฟังข้อมูลข่าวสารจากทางรัฐหรือแหล่งที่เชื่อถือได้ ไม่ปกปิดข้อมูลโดยแจ้งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ ปฏิบัติตามคำแนะนำเมื่อมีความเสี่ยงต่าง ๆ สิ่งที่ไม่ควรทำคือ การปกปิดข้อมูล การเผยแพร่หรือสร้างข่าวปลอมที่ทำให้สถานการณ์แย่ลง

6.3 สังคมสมานฉันท์ (Social cohesion) หมายถึง การที่สังคมไทยต้องรวมใจเป็นหนึ่งเดียวกันเพื่อต่อสู้กับโรค COVID-19 ต้องช่วยกันสอดส่องดูแล ช่วยเหลือกัน ไม่รังเกียจผู้เจ็บป่วยหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง เพราะเราสามารถป้องกันตัวเองได้ สังคมต้องร่วมแรงร่วมใจ เชื่อมั่นในระบบของประเทศที่สามารถควบคุมป้องกันโรคได้ในระดับหนึ่ง เชื่อมั่นในศักยภาพและความทุ่มเทของบุคลากรทางการแพทย์ในทุกระดับ ให้กำลังใจบุคลากรที่ปฏิบัติงานทุกประเภททั้งในระดับส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งประชาชนและชุมชน แล้วจะเกิดเป็นสังคมสมานฉันท์ได้โดย 1) ช่วยกันสอดส่องดูแล ช่วยเหลือกัน 2) ไม่รังเกียจผู้เจ็บป่วยหรือผู้เกี่ยวข้อง 3) ร่วมแรงร่วมใจ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน สรุปลและข้อเสนอแนะ การสร้างความเข้มแข็งทางใจในชุมชนในสถานการณ์การระบาดโรค COVID 19 เป็นความร่วมมือทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ที่มีใช้เป็นที่ของคนใดคนหนึ่งแต่ทุกภาคส่วนควรตระหนัก ให้ความสำคัญ ใส่ใจ ร่วมมือ และประสานกลมเกลียวเพื่อสร้างความเข้มแข็งทางใจให้เหนียวแน่น

มันคง โดยมีหลากหลายวิธีให้เลือกนำไปปฏิบัติ ที่สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการ ความสนใจ ความถนัดและบริบทของชุมชน หากชุมชนใดสามารถสร้างความเข้มแข็งทางใจเพื่อเป็นต้นแบบให้กับประชาชน ก็จะนำไปสู่ความเข้มแข็งที่ยั่งยืนต่อไป ทั้งของชุมชนและประเทศชาติ

เอกสารอ้างอิง

- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. หน่วยที่ 15 ชุมชนประชาคม (community). [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 1 กรกฎาคม 2564 จาก <https://www.stou.ac.th/polsci/UploadedFile>.
- ดำรงศักดิ์ แก้วเพ็ง. ชุมชน. สงขลา: ศูนย์หนังสือมหาวิทยาลัยทักษิณ, 2556.
- Cheerie R. Community and Public Health Nursing Promoting the public's Health. (ninth edition). Philadelphia: Julie Stegman, 2018.
- ลัดดาวัลย์ ไวยสุระสิงห์และ สุภาภรณ์ วรอรุณ. กระบวนการพยาบาลชุมชน : แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้ดูแลสุขภาพประชาชน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2560.
- อัจฉรา สโรบล. ชุมชน การพัฒนาชุมชน ความสัมพันธ์ระหว่างบ้านและชุมชน. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 2 กรกฎาคม 2564 จาก <http://human.cmu.ac.th/home/ebook>. 2564
- กิตติ ไกรนุวัตร. ใน กิตติ ไกรนุวัตร และรัช นก คชไกร. (บรรณาธิการ), การพยาบาลชุมชน. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2559.
- กรมควบคุมโรค. สถานการณ์ไวรัสโคโรนา –โควิด19. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 13 กรกฎาคม 2564 จาก <https://www.ddc.moph.go.th>.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. การปฏิบัติตามมาตรการ “อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ” [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 13 กรกฎาคม 2564 จาก <https://www.hsri.or.th/media/news/detail/12521>.
- ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศพื้นที่ควบคุมสถานการณ์โควิด 77 จังหวัด. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 13 กรกฎาคม 2564 จาก <http://www.ratchakitcha.soc.go.th>.
- Zainab TO, et all. Identifying public concerns and reactions during the COVID-19 pandemic on Twitter: A text-mining analysis. Public Health Nursing;2020, 38(2), 145–151.
- สมชัย จิตสุชน. ผลกระทบทางสังคมของการะบาดของโรคโควิด – 19 ระลอกใหม่และมาตรการที่ควรมี. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 1 กรกฎาคม 2564 จาก <https://tdri.or.th/2021/01/impact-of-new-covid-19-wave/>.
- Meredith TJ, & Donna MK. COVID-19's impact on the mental health of older adults: Increase in isolation, depression, and suicide risk. An urgent call for action. Journal of public Health Nursing; 2020, 37(5), 637-638.
- Rural Health Information Hub. Demographic changes and aging population. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 28 มิถุนายน 2564 จาก <https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/aging/1/demographics>.
- World Health Organization. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 28 มิถุนายน 2564 จาก <https://www.who.int/docs/default->

- source/coronaviruse/mental-health-considerations. pdf.
15. Administration for Community Living. National older adult mental health awareness day 2020: Combating social isolation for seniors during the COVID-19 pandemic. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 28 มิถุนายน 2564 จาก <https://acl.gov/news-and-events/announcements/>.
 16. American Foundation for Suicide Prevention. COVID-19: We must care for older adults&mental health. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 26 มิถุนายน จาก <https://afsp.org/story/covid-19-we-must-care->.
 17. Kamuran O, et all. Fatalism, fear, and compliance with preventive measures in COVID-19 pandemic: A structural equation modeling analysis. Public Health Nursing Early view, 2021, 38(1), 1-11.
 18. Rahul P, et all. Accredited Social Health Activist (ASHA) and Her Role in District Mental Health Program: Learnings from the COVID 19 Pandemic. Community Mental Health Journal ;2021, 57(3) 442-445.
 19. Centers for Disease Control. The state of mental health and aging in America. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 28 มิถุนายน 2564 จาก https://www.cdc.gov/aging/pdf/mental_health.pdf.
 20. ทวีศักดิ์ กลีผล และภัทรา เล็กจิตรธาดา. ใน จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย. (บรรณาธิการ), การพยาบาลอนามัยชุมชน แนวคิด หลักการและการปฏิบัติการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: บริษัทจุดทองจำกัด, 2554.
 21. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการสร้างวัคซีนใจ เพื่อให้เกิดภูมิคุ้มกันในชุมชน. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 7 กรกฎาคม 2564 จาก <https://www.dmh.go.th > covid19 > news1 > files>.
 22. กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (มปป). เสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ “อึด ฮึด สู้”. นนทบุรี. มปท.
 23. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการปฏิบัติงาน ทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจทุกระดับ ผู้ประสบภาวะวิกฤตในกรณีการระบาด ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19), 2563.
 24. สำนักส่งเสริมพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. เทคนิคคลายเครียดโดยการฝึกการหายใจ (Breathing Exercise). เข้าถึงข้อมูลเมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม 2564, จาก https://dmh.go.th/download/politic_crisis/techno/.pdf.
 25. กิตต์กวี โพธิ์โน. สยบเครียดด้วยวิธีผ่อนคลายกล้ามเนื้อ. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 13 กรกฎาคม 2564 จาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30332>.
 26. สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (มปป). เทคนิคการคลายเครียดแบบการใช้จินตนาการ (Visualization). นนทบุรี: สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
 27. กรมควบคุมโรค. มาตรการ DMHTT. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 1 กรกฎาคม 2564 จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>.
 28. ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์. การดำเนินงานสุขภาพจิตภายใต้วิกฤตโควิด 19 ของประเทศไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 2563, 28(4): 280-91.

29. สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
หลักสูตรออนไลน์ การดูแลจิตใจในภาวะวิกฤต
โควิด 19 (Online courses in mental care
crisis COVID-19). [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ
2 กรกฎาคม 2564 จาก
<https://www.dmh.go.th/covid19/>.
30. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการดูแลสุขภาพ
ด้านจิตใจ Mental Health Package.
นนทบุรี: บริษัทปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด,
2563.
31. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2 และโรงพยาบาลจิตเวช
พิษณุโลก. แยกตัวที่บ้านอย่างไรให้มีความสุข.
[อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 3 กรกฎาคม 2564,
จาก
[https://www.mhc2.go.th/newweb/files/
img/160214646502-2.1.jpg](https://www.mhc2.go.th/newweb/files/img/160214646502-2.1.jpg).
32. วรยุทธ นาคอ้าย, กมลนัฏ ม่วงอิม, และเด
ชา วรรณพาสกุล. กระบวนการมีส่วนร่วมในการ
ป้องกันโรคโควิด19 กรณีศึกษาผู้สูงอายุพฤ
พลังชุมชนหนองตะโก. วารสารวารสาร
มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัย
ธนบุรี; 2563, 14 (3).20-29.
33. กรมสุขภาพจิต. กรมสุขภาพจิตชี้คนไทยร่วม
ก้าวผ่านวิกฤต COVID-19 ได้ด้วย “สำนึกต่อ
สังคม-สังคมสมานฉันท์”. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้น
เมื่อ 14 กรกฎาคม 2564 จาก
[https://www.hfocus.org/content/2020/
03/18617](https://www.hfocus.org/content/2020/03/18617).

Received: 17 Jul 2021, Revised: 15 Sep 2021

Accepted: 29 Sep 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่ จังหวัดขอนแก่น

พชรพร ครองยุทธ¹ ปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์²เจษฎา สุรวรรณ^{3,*} จักรกริช ไชยทองศรี⁴ กษมน นรปติ⁵

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลรูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่ จังหวัดขอนแก่น เก็บข้อมูลระหว่างเดือน กันยายน 2563 – เมษายน 2564 ณ คลินิกวัณโรค จังหวัดขอนแก่น ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลจำนวน 34 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ผู้กำกับการรับประทานยาต้านวัณโรค และผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่ เครื่องมือการวิจัยได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับการบริหารจัดการผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่ และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการกำกับการรับประทานยาต้านวัณโรค ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์เท่ากับ 1.00 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ขั้นตอนการประเมินประสิทธิผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เครื่องมือการวิจัยได้แก่ แบบประเมินระดับความรู้และความสำเร็จการรักษาวัณโรค ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์เท่ากับ 0.95 ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.72 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่ จังหวัดขอนแก่น โดยใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมภายใต้แนวคิด “ค้นให้พบ จบด้วยหาย พัฒนาระบบและชุมชนมีส่วนร่วม” ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value 0.011) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่ กลุ่มควบคุมเท่ากับร้อยละ 73.33 กลุ่มทดลองเท่ากับร้อยละ 93.33 ดังนั้น รูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่ จังหวัดขอนแก่นที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปใช้เสริมมาตรการป้องกันควบคุมวัณโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นได้

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ ผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่ การบริหารจัดการ

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

³ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

⁴ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลซำสูง จังหวัดขอนแก่น

⁵ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลซำสูง จังหวัดขอนแก่น

Corresponding author: surawanjesada@gmail.com

Original Article

Model Development of New Case Pulmonary Tuberculosis Management,
Khon Kaen ProvincePacharaporn Kongyuth¹, Pattama Lophongpanit²,
Jesada Surawan^{3,*}, Jagkrit Chaitongsri⁴, Kocdamon Norapati⁵

Abstract

This participatory action research aimed to develop and evaluate the effectiveness of model development of new case pulmonary tuberculosis management. Data were collected from September 2020 to April 2021 at the tuberculosis clinic in Khon Kaen Province. 34 informants in the model development process were nurses, public health technical officers, mentors for directly observed therapy, and new cases of pulmonary tuberculosis. The instruments used for collecting data included a semi-structured interview form on the management of new case pulmonary tuberculosis patients and a behavioral questionnaire on the supervision of taking anti-tuberculosis drugs. The index of item-objective congruence (IOC) was 1.00. Collected data from questionnaires was quantitatively analyzed, while data from interviews were qualitatively analyzed by content analysis. In the evaluation process, the newly developed model is studied. 60 new tuberculosis patients who met the inclusion criteria were divided into the control group and experimental group. The instruments were questionnaires of knowledge and the success rate of treatment. The IOC. was 0.95 and the reliability was 0.72. Data analysis consists of descriptive statistics, and inferential statistics as Chi-square, and independent t-test. The results showed that the theory of social support under the concept of “Discover, ending with healed, system development and community participation” can develop the management model for new cases of pulmonary tuberculosis in Khon Kaen Province. The comparison mean score of knowledge between groups were statistically significant at $p < 0.05$. The success rate in the control group was 73.33% while the experimental group was 93.33%. Therefore, the results of this study can be used for tuberculosis prevention and control in Khon Kaen provincial public health office effectively.

Keywords: Model Development, New Case Pulmonary Tuberculosis Management

¹ Public Health Technical Officer Senior Professional Level, Strategy for Health Development Subdivision, Khon kaen Provincial Health Office

² Assistant professor, Community Health Program, Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University

³ Public Health Technical Officer Professional Level, Strategy for Health Development Subdivision, Khon kaen Provincial Health Office

⁴ Medical Physician Senior Professional Level, Sam Sung hospital, Khon Kaen Province

⁵ Registered Nursing Professional Level, Sam Sung hospital, Khon Kaen Province

* Corresponding author: surawanjesada@gmail.com

บทนำ

วัณโรค เป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก และเป็น 1 ใน 10 สาเหตุการตายจากโรคติดต่อ องค์การสหประชาชาติ และองค์การอนามัยโลก เห็นความสำคัญดังกล่าว ในปี พ.ศ. 2559 จึงได้กำหนดให้การควบคุมและป้องกันวัณโรคเป็นเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ข้อ 3.3 ยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (End TB strategy) โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอุบัติการณ์เกิดวัณโรคลงร้อยละ 80.00 ภายในปี พ.ศ. 2573 (เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2558)¹ จากรายงานประจำปีขององค์การอนามัยโลก พบว่าระหว่างปี พ.ศ. 2561 – 2563 ทั่วโลกมีผู้ป่วยวัณโรคเฉลี่ยประมาณ 10 ล้านคน (8.90 – 11.00 ล้านคน) ส่วนใหญ่ร้อยละ 44.00 อาศัยอยู่ในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ร้อยละ 56.00 เป็นเพศชาย มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป และ ร้อยละ 8.2 เป็นผู้ป่วย HIV Positive จำนวนผู้เสียชีวิตประมาณ 1.10 – 1.30 ล้านคน ผู้ป่วยมากกว่า 5 แสนคน พบปัญหาการดื้อยา Rifampicin (Rifampicin-resistant TB; RR-TB) ประมาณร้อยละ 78.00 เป็นผู้ป่วยดื้อยาหลายขนาน (Multidrug-resistant TB; MDR-TB) ส่งผลให้การรักษาวัณโรคมีความยากลำบากยิ่งขึ้น²

ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศที่องค์การอนามัยโลกจัดเป็นกลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง (high burden countries) ได้แก่ มีภาระโรควัณโรค (TB) วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) และวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) สูง จากรายงานองค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2563² ได้คาดการณ์ทางระบาดวิทยาว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำประมาณ 105,000 ราย หรือคิดเป็น 150 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) จำนวน 10,000 ราย ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตสูงถึง 11,000 ราย มี

จำนวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานหรือดื้อยารifampicin (MDR/RR-TB) 2,500 ราย ซึ่งคาดการณ์ว่าจะพบผู้ป่วยวัณโรค MDR/RR-TB คิดเป็นร้อยละ 1.7 ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และร้อยละ 10 ในผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน ดังนั้น เพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ยุติวัณโรคขององค์การอนามัยโลก กระทรวงสาธารณสุขจึงจัดทำแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560-2564³ โดยมีเป้าประสงค์คือ “ลดอัตราการอุบัติการณ์ของวัณโรคลงร้อยละ 12.50 ต่อปี จาก 171 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2557 ให้เหลือร้อยละ 88 ต่อประชากร 100,000 คน เมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2564”

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เห็นความสำคัญดังกล่าว จึงได้กำหนดมาตรการและแนวทางป้องกันควบคุมวัณโรค⁴ ภายใต้แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560-2564 ประกอบด้วย มาตรการที่ 1 ลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค โดยพัฒนาระบบการรายงานสาเหตุการเสียชีวิตและการสอบสวนโรค จัดประชุม Dead case conference เพื่อค้นหาสาเหตุและกำหนดวิธีป้องกัน จัดตั้งทีม case management วัณโรคทุกโรงพยาบาล และพัฒนาบุคลากรรายใหม่เพิ่มขึ้น มาตรการที่ 2 ลดการขาดยาในผู้ป่วยวัณโรค ติดตามการกินยาโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วย NTIP (TBCM) ให้ครอบคลุมทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มาตรการที่ 3 พัฒนาระบบการส่งต่อและติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรคทุกราย รวมทั้งพัฒนาระบบขอรับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญผ่านระบบ Khon Kaen TB Connect นอกจากนั้นยังกำหนดมาตรการเร่งรัดผลสำเร็จของตัวชี้วัด เช่น มาตรการบริหารจัดการและตรวจทดสอบความไวต่อยา (DST) เพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (MDR/RR-TB) มาตรการกำกับติดตามและประเมินผลการรักษาด้วยระบบข้อมูล TBCM online และมาตรการเร่งรัดการคัด

กรองกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบการขึ้นทะเบียนเพื่อเข้ารับการรักษา โดยเน้นในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน กลุ่มเอชไอวี และกลุ่มผู้ต้องขัง เป็นต้น ผลการดำเนินงานประเมินจากอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทรายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ (Treatment coverage)

ปีงบประมาณ 2562 พบว่า จังหวัดขอนแก่นมีอัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคได้ตามเป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ 93.00 (เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 82.50) และระดับความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค พบว่าอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เท่ากับร้อยละ 84.90 (เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 85.00) ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด⁴ จะเห็นได้ว่าหากจะป้องกันควบคุมการแพร่ระบาดของวัณโรคให้สำเร็จจะต้องเริ่มจากการรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้หายขาดไม่เกิดภาวะดื้อยา ดังนั้น คณะผู้วิจัยโดยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องจึงพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดขอนแก่น เพื่อนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในบริบทจังหวัดขอนแก่น ให้สามารถป้องกันควบคุมโรคได้ตามเป้าหมายที่วางไว้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลรูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ตามแนวทางของ Crane & O'Regan⁵ ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน 2563 – เมษายน 2564 ณ คลินิกวัณโรค จังหวัดขอนแก่น แบ่งเป็น 2 ระยะได้แก่

ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดขอนแก่น ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จำนวน 34 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ผู้กำกับการรับประทายยาต้านวัณโรค และผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ เป็นผู้มีความเกี่ยวข้องกับบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ไม่น้อยกว่า 1 ปี ในกรณีที่เป็นผู้ป่วย ต้องมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป แพทย์วินิจฉัยโรคว่าเป็นวัณโรคปอดรายใหม่ และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยวัณโรคที่ไวต่อยา รับการรักษาโดยใช้ยารักษาวัณโรคระยะสั้น 6 เดือน และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในขั้นตอนนี้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ปัญหาอุปสรรคที่พบจากการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา และข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขปัญหา และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรากกับการรับประทายยาต้านวัณโรค ได้แก่ ความสม่ำเสมอของการกำกับการรับประทายยาและการบันทึกข้อมูล ปัญหาอุปสรรคการทำงานและข้อเสนอแนะ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (The Index of Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 1.00 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ระยะที่ 2 ประเมินประสิทธิผลรูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ นักวิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายเลือกโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 2 โรงพยาบาล แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จากนั้นคัดเลือกผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 30 คนตามการ

เข้ารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป แพทย์วินิจฉัยโรคว่าเป็นวัณโรคปอดรายใหม่ และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยวัณโรคที่ไวต่อยา ได้รับการรักษาโดยใช้ยารักษาวัณโรคระยะสั้น 6 เดือน และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากกรวิจัย ได้แก่ ต้องการออกจากกรวิจัยหรือไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการ เครื่องมือที่ใช้ประเมินประสิทธิผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่ ได้แก่ แบบประเมินระดับความรู้เรื่องวัณโรค ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบทดสอบความรู้ จำนวน 10 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน และแบบบันทึกผลการรักษาเพื่อนำมาคำนวณอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ เท่ากับ 0.95 ค่าความเชื่อมั่นวิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.72

2. วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล นักวิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จากนั้นดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดขอนแก่น นักวิจัยจัดประชุมกลุ่มย่อยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เพื่อทบทวนผลการดำเนินงานที่ผ่านมา มาตรการและแนวทางป้องกันควบคุมวัณโรคแบบเดิม ปัญหาอุปสรรคที่พบ วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาและอุปสรรคที่ำให้งานการรักษาควบคุม ป้องกันวัณโรคปอดไม่ประสบความสำเร็จตามตัวชี้วัดที่ตั้งไว้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ค้นหาแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหา และพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการแนวใหม่ ตั้งวัตถุประสงค์ และระบุกิจกรรมที่ชัดเจนสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินประสิทธิผลรูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ นักวิจัยประสานงานกับพยาบาลประจำคลินิกวัณโรคที่เข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 2 โรงพยาบาล แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่ไปใช้บริหารจัดการ และกลุ่มควบคุมที่ดำเนินการตามรูปแบบเดิม ดำเนินการตามแผนที่วางไว้ระหว่างเดือนตุลาคม 2563 – เมษายน 2564 ประเมินผลจากระดับความรู้เรื่องวัณโรคและอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หลังจากนั้น นักวิจัยจัดประชุมกลุ่มย่อยให้พยาบาลประจำคลินิกวัณโรคและพี่เลี้ยงกำกับการรับประทานยา ได้สะท้อนปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่ รวมทั้งให้คำแนะนำเพื่อปรับปรุงรูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เหมาะสมกับบริบทจังหวัดขอนแก่น เพื่อนำไปเผยแพร่

3. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Chi – Square และ Independent t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

4. การพิ ท ัก ษ ส ิ ท ธิ ก ล ุ่ ม ต ัว ย ่างโครงการวิจัยและเครื่องมือการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่ KEC 63116/2563 วันที่ 27 มกราคม 2564 นักวิจัยอธิบายโครงการวิจัย ชี้แจงสิทธิของผู้ให้ข้อมูลถามความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลสามารถออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการทำงานหรือการรักษา การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ผู้ให้ข้อมูลการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 บุคลากรจากคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 17 คน ร้อยละ 88.24 (15 คน) เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 11.26 (2 คน) เป็นนักวิชาการสาธารณสุข ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.12 อายุเฉลี่ย 41.76 ปี (SD 8.35 ปี) ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 5.77 ปี (SD 6.06 ปี) ร้อยละ 88.24 เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมวัณโรค กลุ่มที่ 2 พี่เลี้ยงกำกับการรับประทานยาต้านวัณโรค จำนวน 17 คน ร้อยละ 70.59 (12 คน) เป็นบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 11.76 (2 คน) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 11.76 (2 คน) เป็นบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และ ร้อยละ 5.88 (1 คน) เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่กำกับการรับประทานยาของตนเอง ตามลำดับ พฤติกรรมการกำกับการรับประทานยาต้านวัณโรค พบว่า ร้อยละ 70.59 กำกับการรับประทานยาต่อหน้าทุกครั้ง ร้อยละ 23.53 กำกับการรับประทานยาต่อหน้าเป็นบางครั้ง และ ร้อยละ 5.88 กำกับการรับประทานยาต่อหน้านาน ๆ ครั้ง พฤติกรรมบันทึกการกำกับการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดลงในบัตรการดูแลผู้ป่วย พบว่าร้อยละ 58.82 บันทึกทุกครั้ง ทุกวัน ร้อยละ 29.41 บันทึกบางครั้ง และ ร้อยละ 11.76 ไม่ได้บันทึกตามลำดับ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การเตือนไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลตามนัด แนะนำการปฏิบัติตัว สังเกตผลข้างเคียงการรับประทานยา พบว่า ร้อยละ 82.35 ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 11.76 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และ ร้อยละ 5.88 ไม่เคยปฏิบัติ ตามลำดับ

2. ปัญหาอุปสรรคการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ สรุปได้ 3 ประเด็น ดังนี้

2.1 ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ บุคลากรไม่เพียงพอ เนื่องจากต้องปฏิบัติงานในหน้าที่อื่นร่วมด้วย ทำให้การให้บริการเกิดความล่าช้าและไม่ครอบคลุมตามมาตรฐานที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำหนด บุคลากรส่วนหนึ่งยังไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมวัณโรค บุคลากรขาดขวัญและกำลังใจ เนื่องจากเป็นการปฏิบัติงานที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากผู้ป่วยตลอดเวลา และการกำกับการรับประทานยาไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากพี่เลี้ยงไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

2.2 ด้านผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยรายได้น้อย ทำให้ไม่สามารถรับยาตามนัดได้ ไม่มีเงินซื้อผ้าปิดปากและจมูก หรือซื้อไม่ได้ เนื่องจากเป็นช่วงที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ผ้าปิดปากและจมูกขาดแคลน และผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่ต้องการเปิดเผยตัวเอง เนื่องจากรู้สึกว่าการป่วยเป็นวัณโรคเป็นตราบาป กลัวเป็นที่รังเกียจของผู้อื่น จึงไม่ยอมสวมผ้าปิดปากและจมูก ผู้ป่วยปฏิเสธการรับประทานยาเนื่องจากเกิดอาการไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองตามคำแนะนำของแพทย์ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งเป็นผู้ที่เดินทางบ่อย เช่น พ่อค้า รถมอเตอร์ไซด์ คนงาน ก่อสร้าง เป็นต้น ทำให้ไม่สามารถเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลเดิมได้

2.3 ด้านระบบบริหารจัดการ ได้แก่ ระบบการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง เช่น ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อ HIV เป็นต้น ไม่ครอบคลุมและล่าช้า งบประมาณการคัดกรองผู้ป่วยในชุมชนด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกและจัดซื้อน้ำยาตรวจเสมหะไม่เพียงพอ และขาดการมีส่วนร่วมกับชุมชน

3. การพัฒนารูปแบบใหม่ของการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เริ่มต้นตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การรักษา การให้คำแนะนำ และการติดตามผู้ป่วยระยะเวลา 6

เดือน ตามแนวคิด “ค้นให้พบ จบด้วยหาย พัฒนา ระบบและชุมชนมีส่วนร่วม” โดยมีวัตถุประสงค์ และกิจกรรม ดังนี้

3.1 วัตถุประสงค์เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติ “วัณโรคเป็นโรคที่สามารถรักษาหายและอยู่ร่วมกับคนในสังคมได้ ถ้าปฏิบัติกันอย่างถูกต้อง” กิจกรรม ได้แก่ 1) คลินิกวัณโรคผลิต Spot โฆษณาให้ความรู้เรื่องวัณโรคด้วยภาษาอีสาน 2) นักวิจัยจัดประชุมผู้นำชุมชน เพื่อชี้แจง สถานการณ์การติดเชื้อวัณโรค และขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์ โดยเปิด Spot ให้ความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรคทุกวัน เช้า – เย็น ก่อนแจ้งข่าวสารภายในหมู่บ้าน และเน้นย้ำว่าวัณโรคเป็นโรคที่สามารถรักษาหายและอยู่ร่วมกับคนในชุมชนได้ ถ้าปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง

3.2 วัตถุประสงค์เพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรค ปอดรายใหม่ กิจกรรม ได้แก่ 1) การติดตามกลุ่มเสี่ยงวัณโรค 10 ปีย้อนหลังที่มีอายุมากกว่า 40 ปี และมีโรคร่วมมาคัดกรองโดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกและการเก็บเสมหะส่งตรวจ 2) การพัฒนาระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลให้มี pop up แจ้งเตือนว่าผู้ที่มาได้รับการรักษาด้วยสาเหตุใดก็ตาม เป็นกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่ได้รับการคัดกรองด้วยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอกและการเก็บเสมหะส่งตรวจ เพื่อชี้แจงให้ทราบ จัดสถานที่แยกจากผู้ป่วยคนอื่น สวมผ้าปิดปากและจมูก และขอความร่วมมือเข้ารับการตรวจคัดกรองทันที ในกรณีที่ผู้ป่วยที่กำลังรับการรักษา ระบบจะแจ้งสถานะรักษาให้ทราบ และ 3) โรงพยาบาลจัดช่องทางด่วนสำหรับผู้ที่ต้องการคัดกรองวัณโรค และประชาสัมพันธ์ให้คนในชุมชนทราบ

3.3 วัตถุประสงค์เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการค้นหา รักษา ป้องกันวัณโรคในชุมชน กิจกรรม ได้แก่ 1) การสร้างชุมชนต้นแบบควบคุมวัณโรค โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการออกแบบระบบของตนเอง และ 2) การ

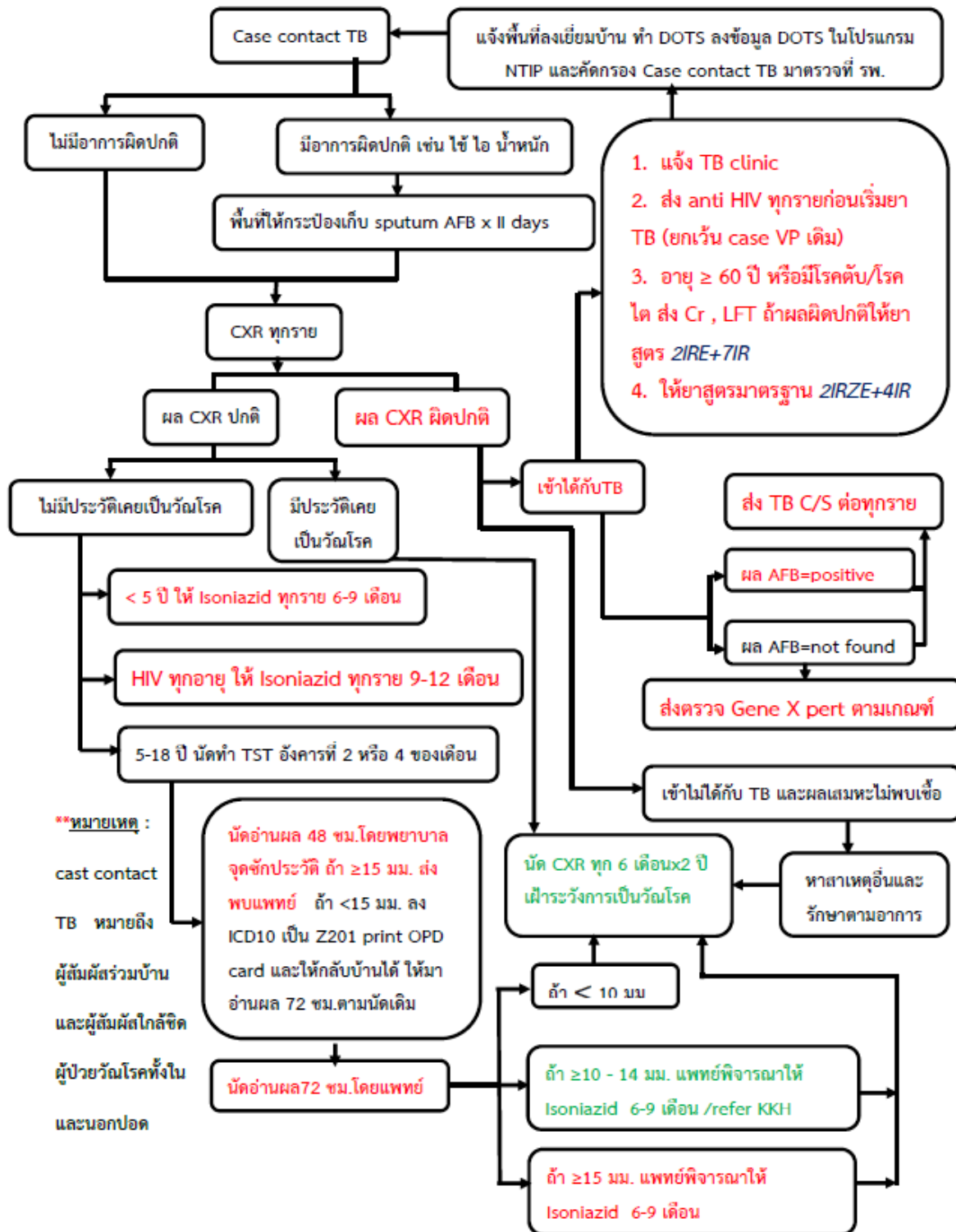
ประชาสัมพันธ์ให้ทุกคนในชุมชนทราบเพื่อขอความร่วมมือในการปฏิบัติตาม

3.4 วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศที่ช่วยค้นหา รักษา ป้องกันวัณโรค กิจกรรม ได้แก่ 1) การพัฒนาระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่ได้รับการตรวจคัดกรองวัณโรคโดยนักวิจัย นายแพทย์ จักรกริช ไชยทองศรี 2) การพัฒนาระบบกำกับติดตามการรับประทานยาต้านวัณโรค เตือนวันนัด และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่ออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาผ่านระบบไลน์แอปพลิเคชัน

3.5 วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาบุคลากร กิจกรรม ได้แก่ 1) การจัดสรรงบประมาณให้บุคลากร ณ คลินิกวัณโรคได้รับการอบรมการควบคุมป้องกันวัณโรคครบทุกคน 2) การพัฒนาศักยภาพพี่เลี้ยงกำกับการรับประทานยา ให้ตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาให้ครบ และ ใช้เครื่องมือระบบกำกับติดตามการรับประทานยาต้านวัณโรคผ่านระบบไลน์แอปพลิเคชันได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3) กำหนดบทบาทหน้าที่และวันเยี่ยมบ้านของทีมเยี่ยมบ้าน ในช่วง 2 เดือนแรกให้ชัดเจน เช่น สัปดาห์ที่ 1 พยาบาลติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยา อสม.ตรวจนับเม็ดยา ครอบครัวยกกำลังใจและจัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสม ผู้นำชุมชน อำนวยความสะดวกในการเยี่ยมบ้าน เป็นต้น

4. แนวทางการคัดกรอง การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาล เพื่อให้เข้าถึงความเข้าใจ สามารถบริหารจัดการในรูปแบบเดียวกัน ถึงแม้บุคลากรที่รับผิดชอบคลินิกวัณโรคไม่อยู่ พยาบาลและแพทย์ที่ปฏิบัติงานผู้ป่วยนอก สามารถปฏิบัติตามได้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง วินิจฉัยและเข้าสู่ระบบการรักษาที่เร็วขึ้น ดังแผนภูมิที่ 1

แนวทางการคัดกรอง การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค



5. ประสิทธิภาพรูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จำนวน 60 คนแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน คุณลักษณะส่วนบุคคลด้านเพศ การศึกษา โรคประจำตัว อาการไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยาต้านวัณโรค และการมาตรวจตามนัด เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Chi-Square พบว่าทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ (p -value 0.426, 0.250, 0.094, 0.222 และ 0.377 ตามลำดับ) คุณลักษณะส่วนบุคคลด้านอายุ ทดสอบด้วยสถิติ independent t-test พบว่าทั้ง 2 กลุ่ม ค่าเฉลี่ยของอายุไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ (p -value 0.853) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=30คน)		กลุ่มทดลอง (n=30คน)		χ^2	p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
เพศ					0.635	0.426
ชาย	24	80.00	21	70.00		
หญิง	6	20.00	9	30.00		
อายุ (ปี) (Mean $\pm$ SD)	60.50 $\pm$ 11.03		59.77 $\pm$ 18.55		0.186	0.853
การศึกษา					23.822	0.250
ไม่ได้เรียน	1	3.30	1	3.30		
ประถมศึกษา	23	76.70	19	63.30		
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	6.70	4	13.30		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3	10.00	4	13.30		
อนุปริญญา	1	3.30	1	3.30		
ปริญญาตรี	0	0.00	1	3.30		
โรคประจำตัว					2.801	0.094
ไม่มี	18	60.00	18	60.00		
มี	12	40.00	12	40.00		
อาการไม่พึงประสงค์จาก การรับประทานยาต้าน วัณโรค					1.491	0.222
ไม่มี	20	66.70	23	76.70		
มี	10	33.30	7	23.30		
การมาตรวจตามนัด					0.779	0.377
ไม่สม่ำเสมอ	8	26.70	2	6.70		
สม่ำเสมอ	22	73.30	28	93.30		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องวัณโรค 7.67 ± 0.76 คะแนน กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ 8.30 ± 1.08 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ $p < 0.05$ (p -value 0.011) ดังตารางที่ 2

อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ กลุ่มควบคุมเท่ากับ ร้อยละ 73.33 กลุ่มทดลองเท่ากับร้อยละ 93.33 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องวัณโรค เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

คะแนนความรู้	$\bar{x}$	SD	t	df	p-value
กลุ่มควบคุม	7.67	0.76	2.617	58	0.011*
กลุ่มทดลอง	8.30	1.08			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 3 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่รักษาหายและรักษาครบ (A)	จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ทั้งหมด (B)	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (A/B) x 100
กลุ่มควบคุม	22	30	73.33
กลุ่มทดลอง	28	30	93.33

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

รูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ จังหวัดขอนแก่น ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ทำให้นักวิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้มีโอกาสเรียนรู้ร่วมกัน ตั้งแต่การระบุปัญหา การให้ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การระดมความคิดเพื่อแก้ไขปัญหา⁶ ส่งผลให้อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่กลุ่มทดลองเท่ากับร้อยละ 93.33 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของดาร์รัตน์ ไหววงศ์ และ ปิยะณัฐ วิเชียร พบว่า การจัดกิจกรรมตามรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันวัณโรคปอดในผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นสามารถป้องกันวัณโรคปอดในผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁷ และการศึกษาของมุกดา

วิเศษและนพดล พิมพ์จันทร์ พบว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกัน XDR-TB สามารถป้องกันวัณโรคและวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมากในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁸

จากการประชุมกลุ่มย่อยโดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อค้นหาปัญหาและอุปสรรคที่ผ่านมา สรุปได้ 3 ประเด็น ได้แก่ ปัญหาด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ บุคลากรไม่เพียงพอ ขาดขวัญกำลังใจ และไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันควบคุมวัณโรคเนื่องจากขาดความรู้ ด้านผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยมีรายได้น้อยหรือมีอาชีพที่ต้องเดินทางเสมอ ทำให้ไม่สามารถมาตรวจตามนัดได้ ผู้ป่วยไม่ต้องการเปิดเผยตนเองเนื่องจากมีความคิดว่าการเป็นวัณโรคเป็นตราบาทที่สังคมรังเกียจ และมีอาการที่ไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยาจึงปฏิเสธการรับประทานยา

อย่างต่อเนื่อง และ ด้านระบบบริหารจัดการ ได้แก่ ระบบ คัดกรองผู้ป่วยไม่ครอบคลุม การส่งต่อผู้ป่วยล่าช้า งบประมาณไม่เพียงพอและไม่ได้ได้รับความร่วมมือจากชุมชนเท่าที่ควร สอดคล้องกับการศึกษาของชาญเลขา กุลละวณิชย์และยุพิน หงษ์วะชิน พบว่า สถานการณ์การควบคุมวัณโรค ในจังหวัดฉะเชิงเทรา มีปัญหาและอุปสรรคด้านระบบการบริการในคลินิกวัณโรคไม่ชัดเจน ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ไม่ทราบบทบาทหน้าที่ของตน บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่ไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการควบคุมวัณโรค การประสานงานระหว่างคลินิกวัณโรคกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความล่าช้า การเยี่ยมบ้านไม่มีแนวทางที่ชัดเจน ผู้ป่วยและพี่เลี้ยงไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาวัณโรค⁹

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ตามแนวคิด “ค้นให้พบ จบด้วยหาย พัฒนาระบบและชุมชนมีส่วนร่วม” เป็นการจัดกิจกรรมโดยใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House ตามที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ¹⁰ ประกอบด้วย แรงสนับสนุนด้านความรู้ นักวิจัยจัดประชุมเพื่อแจ้งสถานการณ์วัณโรคให้ชุมชนรับทราบ และขอความร่วมมือเปิดสโตนโฆษาความรู้เกี่ยวกับวัณโรคทุกวันเช้า – เย็นผ่านหอกระจายข่าวของหมู่บ้าน แรงสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ เช่น การจัดหาผ้าปิดปากและถุงมือให้ผู้ป่วยและครอบครัว การคัดกรองด้วยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอกและตรวจเสมหะเชิงรุกในชุมชน การพัฒนาระบบสารสนเทศเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่ได้รับการคัดกรองโรค การพัฒนาระบบไลน์แอปพลิเคชันเพื่อกำกับการรับประทานยา การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การแจ้งเตือนวันนัด เป็นต้น และแรงสนับสนุนด้านจิตใจจากครอบครัวและสังคม ผ่านการเยี่ยมบ้าน การให้กำลังใจจากคนในครอบครัวและชุมชน การไม่แสดงความรังเกียจผู้ป่วยขณะมีกิจกรรมร่วมกัน เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Li และคณะ

พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นวัณโรค ได้รับแรงสนับสนุนด้านความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัว แรงสนับสนุนด้านจิตใจโดยวิธีบำบัดแบบโมริตะ (Morita therapy) และ แรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมผ่านการเยี่ยมบ้าน กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคะแนน Social Support Rating Scale (SSRS) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวอย่างเดียว¹¹ และสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพ ภาสุรกุล, ภาวนา กิริติยวงศ์และเขมารดี มาสิงบุญ พบว่าการใช้โปรแกรมการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ช่วยให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดหลังได้รับการรักษาระยะเข้มข้นครบ 2 เดือนแล้ว มีเจตคติเกี่ยวกับการรักษาและพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น¹²

การพัฒนาระบบสารสนเทศเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่ได้รับการคัดกรองโรค และการพัฒนาระบบไลน์แอปพลิเคชันสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เป็นการนำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาใช้ในการให้บริการทางด้านสุขภาพเพื่อการสื่อสาร แลกเปลี่ยนและติดตามข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วย ช่วยลดค่าใช้จ่ายและเวลาเดินทางมาตรวจตามนัดของผู้ป่วย¹³ และสอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาระบบ eHealth ของกระทรวงสาธารณสุข¹⁴ สำหรับแนวทางการคัดกรอง การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาล นั้น อภิปรายได้ว่า เป็นการนำขั้นตอนการรักษาวัณโรคปอดมาเรียบเรียงเป็นแผนภูมิเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยไปในทิศทางเดียวกัน เป็นการส่งเสริมการทำงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพ โดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ทำให้ได้รับการดูแลที่ครอบคลุม ต่อเนื่อง มีมาตรฐาน ลดโอกาสเกิดความผิดพลาด ลดกิจกรรมหรือขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน ลดระยะเวลาารอคอย¹⁵ นอกจากนั้น ในกรณีที่บุคลากรคลินิกวัณโรคไม่เพียงพอ สามารถหมุนเวียนบุคลากรจากแผนกอื่นมาปฏิบัติหน้าที่ได้โดยใช้แนวทางเดียวกัน

การพัฒนาบุคลากรโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการกำหนดบทบาทหน้าที่และกิจกรรมการเยี่ยมบ้านอย่างชัดเจน จะช่วยให้ทุกคนปฏิบัติงานได้สอดคล้องกัน ลดระยะเวลาการบวญผู้ป่วย และติดตามผลการรักษาได้ครบถ้วน สอดคล้องกับการศึกษาของจุฬารัตน จิตดอน, วนิดา ดุรงฤทธิชัย และ กมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม¹⁶ พบว่า การจัดทำคู่มือการเยี่ยมบ้านและวางแผนเยี่ยมบ้านตามแบบบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคในการรักษาระยะเข้มข้น (2 เดือนแรก) ช่วยให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีค่าเฉลี่ยการรับรู้การรักษามีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยการรับรู้การปฏิบัติของครอบครัว บุคลากรสุขภาพและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้รูปแบบการบริหารจัดการที่พัฒนาขึ้นนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในคลินิกวัณโรค จังหวัดขอนแก่น เพื่อให้บริหารจัดการในรูปแบบเดียวกัน และขยายผลชุมชนต้นแบบควบคุมวัณโรคให้ครอบคลุมทุกหมู่บ้านและถอดบทเรียนหมู่บ้านต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมป้องกันวัณโรค เพื่อเผยแพร่ให้นำไปประยุกต์ใช้กับหมู่บ้านอื่นได้
2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการปรับปรุงระบบสารสนเทศการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่ได้รับการตรวจคัดกรองวัณโรค ให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลได้ทั้งจังหวัด ในกรณีที่กลุ่มเสี่ยงไปรับบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลอื่นให้มี pop up แจ้งเตือนบุคลากรทันที เพื่ออธิบายและสนใจให้เข้ารับการรักษา คัดกรอง และรับการรักษาทันทีในกรณีที่วินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค รวมทั้งพัฒนาระบบ Telemedicine ให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจตามนัดผ่านระบบ Video conference และส่งยาไปที่บ้าน เพื่อลดระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ บุคลากรคลินิกวัณโรค ผู้กำกับการรับประทานยาต้านวัณโรคทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน และขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2019. Geneva: World Health Organization; 2019.
2. World Health Organization. Global tuberculosis report 2020. Geneva: World Health Organization; 2020.
3. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการระดับชาติ ด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560-2564. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ไซน์; 2560.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. รายงานผลการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 (รอบที่ 1). ขอนแก่น; 2563.
5. Crane P, O'Regan M. On PAR Using Participatory Action Research to Improve Early Intervention. Greenway: The Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs, Australian Government; 2010.
6. จุฑาทิพย์ ภัทราวาท. คู่มือการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ คณะเศรษฐศาสตร์ สถาบันวิชาการด้านสหกรณ์; 2553.

7. ดารารัตน์ ไห้วงศ์, ปิยะณัฐ วิเชียร. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคปอดในผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดสระแก้ว. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2562;2(2):83–94.
8. มุกดา วิเศษ, นพดล พิมพ์จันทร์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคติดต่อหลายขนานชนิดรุนแรง มากโดยกระบวนการชุมชนมีส่วนร่วม. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2563;27(2):1–11.
9. ชาญเลขา กุลละวณิชย์, ยุพิน หงษ์วะชิน. การพัฒนาแนวทางการควบคุมโรคในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2563;10(3):491–508.
10. World Health Organization. Companion Handbook to the WHO Guidelines for the Programmatic Management of Drug-Resistant Tuberculosis. Geneva: World Health Organization; 2014.
11. Li X, Wang B, Tan D, Li M, Zhang D, Tang C, et al. Effectiveness of comprehensive social support interventions among elderly patients with tuberculosis in communities in China: a community-based trial. J Epidemiol Community Heal [Internet]. 2018 [cited 2021 Jul 16]; 72:369–75. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2017-209458>
12. สุภาพ ภาสุรกุล, ภาวนา กิริติยวงศ์, เขมรดี มาสิงบุญ. ผลการใช้โปรแกรมการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อเจตคติเกี่ยวกับการรักษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลสำเร็จในการรักษาของผู้ป่วยโรคปอด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2555;20(4):57–67.
13. อัญชลี ทองเสน, วิวัฒน์ มีสุวรรณ, ดิเรก ชีระภุช. การรักษาทางไกลบนเครือข่ายสังคม. วารสารเทคโนโลยีการศึกษาและมีเดียคอนเวอร์เจนซ์. 2558;2(1):9–15.
14. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2560 – 2569). นนทบุรี: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2560.
15. ฉวีวรรณ ธงชัย. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก. วารสารสภาการพยาบาล. 2548;20(2):63–76.
16. จุฬารัตน จิตดอน, วนิดา ดุรงฤทธิชัย, กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม. การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคปอดที่รักษาด้วยระบบยาระยะสั้น อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสาร มฉกวิชาการ. 2560;20(40):1–11.

Received: 27 May 2021, Revised: 14 Jun 2021

Accepted: 4 Aug 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยความสำเร็จและความล้มเหลวในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ
เพื่อลดการบริโภคเค็ม ชุมชนบ้านป่าเหียง อำเภอเมือง จังหวัดลำปางยงยุทธ แก้วเต็ม^{1,*} ณัฐฐาภรณ์ ปัญจพันธ์¹ วรางคณา สันเทพ²
ไกรสร วงศ์ธิดา³ ประดิษฐ์ นิธิศรัย⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยประเมินผลโครงการในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จ ความล้มเหลวในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดการบริโภคเค็มในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ คือ กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง 80 คน เลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย เชิงคุณภาพ ประกอบด้วย ตัวแทนกลุ่มเสี่ยง 10 คน บุคลากรด้านสาธารณสุข 10 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอย่างปลอดภัย การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการทบทวนหลังปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา เชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์แก่นสาระ ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยความสำเร็จประกอบด้วย 2 ด้านหลัก คือ 1) ด้านกระบวนการอบรมที่สร้างความตระหนักรู้ด้วยการสะท้อนคิดจากกระบวนการกลุ่ม ได้แก่ 1.1) การตอบสนอง: การเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมรับรู้ ปัญหา ความจำเป็นในการลดการบริโภคเค็มของตนเอง 1.2) การเรียนรู้: สร้างความรอบรู้ด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านฐานกิจกรรมกลุ่มวอล์คแรลลี่และให้ความรู้เป็นระยะ ขณะลงเยี่ยมบ้าน 1.3) พฤติกรรม: สอบถาม ติดตาม สังเกตพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงเป็นระยะ 1.4) ผลลัพธ์: สะท้อนคิดผลลัพธ์การเรียนรู้ โดยพบว่าคะแนนความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอย่างปลอดภัยอยู่ในระดับดีมากและระดับปานกลาง ตามลำดับ มีความรอบรู้ทางสุขภาพสามารถเข้าถึง เข้าใจ สื่อสารเลือกรับประทานอาหารลดเค็มด้วยการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของอาหารประเภทต่างๆ อย่างง่ายได้ 2) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างความรอบรู้ ได้แก่ 2.1) การมีเครือข่ายแกนนำ เจ้าหน้าที่หน่วยงานภายในและภายนอกชุมชนที่เข้มแข็ง 2.2) การมีทุนทางสังคมที่ดี เช่น วัด พระสงฆ์ในการเป็นบุคคลต้นแบบ สำหรับปัจจัยความล้มเหลวพบว่า กลุ่มตัวอย่างบางรายติดภารกิจขณะติดตามเยี่ยมบ้าน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยังทำได้ในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตามผลการศึกษาสามารถนำไปขยายผลทั้งการสร้างมาตรการทางสังคม การส่งเสริมทุนทางสังคมที่ดี การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพเพื่อลดการบริโภคเค็มในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: ปัจจัยความสำเร็จและความล้มเหลว ความรอบรู้ทางสุขภาพ การบริโภคเค็ม

¹ อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

² เกสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

³ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าข้าว

⁴ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลลำปาง

* Corresponding author: kantathun@gmail.com

Original Article

The Key Success and Failure Factors in Health Literacy to Reduce Salty Consumption Ban Pa Hiang Community, Mueang District, Lampang Province

Yongyuth Kaewtem^{1,*}, Nutthaporn Panchakhan¹, Warangkana Suntep²,
Kraison Wongthida³, Pradit Nirattisai⁴

Abstract

The objective of this evaluation research aimed to study key success and failure factors in health literacy to reduce salty consumption in community. The quantitative samples were 80 chronic disease risk groups, selected by simple random sampling. The qualitative samples consisted of 10 representatives of the risk group and 10 of the public health personnel. The research instrument were the knowledge and behavior questionnaire for safe consumption, in-depth interview, participatory observation and after action review. Quantitative data were analyzed by descriptive statistics. Qualitative data were analyzed by thematic analysis. The results found that: the success factors consist of 2 main points: 1) The training process that creates awareness by reflecting on the group process such as 1.1) Reaction: opportunity for the sample group to participate in the problem of the need to reduce their salt consumption. 1.2) Learning: create health literacy by using the walk rally activity base, Provide knowledge periodically while home visit. 1.3) Behavior: asking, monitoring, observing changing behavior 1.4) Results: reflected on learning outcomes, knowledge and behavior safe consumption behavior score for safe consumption were at high and moderate levels, respectively. Health literacy of the sampling, able to access, understand, communicate, choose to eat and reduce salty food by simply checking the reliability of different types of food. 2) Community participation in health literacy, namely 2.1) strong network of leaders, staff, agencies within and outside the community 2.2) good social capital such as temples, monks as a model. For failure factors, it was found that some of the sample groups were stuck on a mission while following home visits and modifying behavior at a moderate level. However, the results can be used to broaden both social measures, promoting good social capital, creating a healthy environment for further reducing the consumption of salt in the community.

Keywords: Key Success and Failure Factor, Health Literacy, Salty Consumption

¹ Nurse instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, * Corresponding author: kantathun@gmail.com

² Pharmacist, Consumer Protection & Public Health Pharmacy Group, Lampang Provincial Public Health Office.

³ Public Health Technical Officer, Director of Ban Tha Khua Sub-district Health Promoting Hospital

⁴ Registered Nursing, Social medicine department, Lampang Hospital

* Corresponding author: kantathun@gmail.com

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญในปัจจุบัน โดยอัตราความชุกของโรคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ส่งผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจและสังคมของประเทศ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงก่อให้เกิดความเสียหายด้านเศรษฐกิจของประเทศเป็นจำนวนมาก คาดการณ์ว่าจะมีการสูญเสียรายได้จากผลผลิตประชาชาติสะสมประมาณ 52,150 ล้านบาท ทำให้ประเทศไทยต้องแบกภาระไปกับการรักษาพยาบาลและสูญเสียภาวะทางเศรษฐกิจซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัวและการดำรงชีวิตการปฏิบัติงานเศรษฐกิจการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร¹ โดยในประเทศไทยพบผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จำนวนมากรวมทั้งมีอัตราป่วยและตายสูงขึ้นอันเนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารการออกกำลังกายและการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้มีสาเหตุมาจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น ประชาชนขาดความรู้และแรงจูงใจด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขจึงปรับแนวคิดในการทำงานด้านสุขภาพด้วยการกระตุ้นให้ประชาชนมีการตื่นตัวและเน้นการส่งเสริมสุขภาพประชาชนที่ยังไม่ป่วยและป้องกันโรคไม่ให้เกิดขึ้นเพื่อลดภาระทางด้านการรักษาพยาบาลและให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขโดยรวมและพบว่าในกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป พบผู้ที่เสี่ยงจะป่วยจำนวน 1,722,258 คน ร้อยละ 8.75 และพบผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 220,534 คน²

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังจังหวัดลำปาง พบว่า อัตราป่วย ปีงบประมาณ 2562 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่มีอัตรา 1,544,43 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ คิดเป็นอัตรา 400.97 ต่อ

แสนประชากร และในปี 2562 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 104,470 ราย โรคเบาหวาน จำนวน 44,391 ราย และมีสถิติเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง³ ซึ่งกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้นสามารถป้องกันได้ด้วยการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง การลดปัจจัยเสี่ยงนั้นจากพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค โดยเฉพาะการลดการรับประทานอาหารเค็มมากเกินไป จากการสำรวจข้อมูลการบริโภคของประชาชนในประเทศพบว่า ปัจจุบันอาหารสำเร็จรูปเป็นที่นิยมสำหรับผู้บริโภคมากขึ้น และประชาชนยังขาดความรู้ในเรื่องการรับประทานอาหารเค็ม การอ่านฉลากโภชนาการ ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญที่ช่วยให้ทราบว่าร่างกายนั้นได้รับสารอาหารตามความต้องการ และยังเป็นประโยชน์ต่อผู้บริโภคโดยเฉพาะผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง⁴ ในขณะเดียวกันยังช่วยให้ทราบถึงชนิดและปริมาณสารอาหารที่จะได้รับจากการบริโภคอาหารนั้น ๆ ช่วยให้หลีกเลี่ยงสารอาหารที่ไม่ต้องการและลดการเกิดโรคเรื้อรังได้เพราะฉลากโภชนาการเป็นฉลากอาหารที่มีการแสดงข้อมูลซึ่งระบุชนิดและปริมาณสารอาหารของอาหารนั้นในกรอบสี่เหลี่ยมที่เรียกว่า “กรอบข้อมูลโภชนาการ” นอกจากนี้ฉลากโภชนาการแบบจีดีเอ (Guideline Daily Amounts : GDA) หรือฉลากหวานมันเค็ม ยังเป็นการแสดงปริมาณสารอาหารได้แก่ พลังงาน(กิโลแคลอรี) น้ำตาล(กรัม) ไขมัน(กรัม) และโซเดียม(มิลลิกรัม) ต่อหนึ่งหน่วยบรรจุภัณฑ์ โดยจะแสดงฉลากด้านหน้าบรรจุภัณฑ์เพื่อช่วยให้ผู้บริโภคสามารถเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ที่มีคุณสมบัติทางโภชนาการอย่างเหมาะสม และเข้าถึงผลิตภัณฑ์ที่ดีต่อสุขภาพได้ง่ายขึ้น ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังควรดูแลสุขภาพให้แข็งแรงและลดการบริโภคอาหารที่มีพลังงานสูง อาหารหวาน มันและเค็มจัด ด้วยการอ่านฉลากโภชนาการทุกครั้งก่อนซื้อหรือบริโภคเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคที่เกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องได้ เรื้อรังดังนั้นการให้ความรู้ในเรื่องการอ่านฉลากโภชนาการ

ที่ถูกต้องจึงมีความสำคัญและควรมีการส่งเสริมให้ความรู้ในเรื่องพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ถูกต้องต่อไป

สถานการณ์ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชุมชนบ้านป่าเหียง ตำบลบ่อแฮ้ว อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง มีแนวโน้มของอัตราการป่วยหรือเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของคนในชุมชนเพิ่มขึ้น โดยพบว่ามีประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังย้อนหลัง 3 ปี ในปีงบประมาณ 2562-2564 จำนวน 106, 96 และ 91 คน ตามลำดับ และพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ย้อนหลัง 3 ปี ในปีงบประมาณ 2562-2564 จำนวน 395, 429 และ 476 คน ตามลำดับ⁵ ซึ่งจะพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปี นอกจากนี้จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2561 ชุมชนพบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกไตซึ่งมีสาเหตุจากการป่วยด้วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จำนวน 3 ราย โดย 1 ใน 3 ราย เกิดความพิการเนื่องจากการถูกตัดขาทั้งและใส่ขาเทียมแทนซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ เนื่องจากภาระค่าใช้จ่ายจากการเดินทางไปฟอกไตที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดอย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง ก่อให้เกิดการขาดรายได้ของคนในครอบครัว เกิดภาระหนี้สินในระยะยาวตามมา และในปี พ.ศ.2562 พบผู้ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่ที่ได้รับการฟอกไต ซึ่งมีสาเหตุจากการป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวนเพิ่มขึ้น 1 ราย เกิดความพิการเนื่องจากการถูกตัดนิ้วเท้าทั้งจำนวน 2 นิ้ว และมีแนวโน้มจะป่วยเพิ่มขึ้นในปี 2563- 2564 ดังนั้นปัญหาเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจึงเป็นปัญหาสำคัญซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความสูญเสียด้านเศรษฐกิจของชุมชนบ้านป่าเหียง โดยการวางแผนในการส่งเสริมความรู้ทางด้านสุขภาพในการลดการบริโภคเค็มในกลุ่มเสี่ยงจึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องการลดการบริโภคเค็ม พบว่า การบริโภคเกลือเกินมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตสูง แต่ถ้าประชาชนมีปรับพฤติกรรมลดการบริโภคเกลือลดลงจะช่วยลดระดับความดันโลหิตสูงได้ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาเกี่ยวกับการลดการบริโภคเกลือในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้โดยลดการบริโภคเกลือลง 4.6 กรัมต่อวัน พบว่าระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 22.7 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลง 9.1 มิลลิเมตรปรอท⁶ นอกจากนี้การสร้างความรู้ในการลดการบริโภคเค็มจะช่วยให้ผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงมีความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ สามารถรู้เท่าทันในการดูแลสุขภาพตนเองซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในเรื่อง การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง ที่พบว่า การเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ดีขึ้น⁷ ดังนั้นการสร้างความรู้โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน รวมถึงเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องจะช่วยให้ชุมชนสามารถลดการเจ็บป่วยจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังได้ จากปัญหาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ซึ่งการที่ชุมชนยังขาดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อรังในขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง ทางชุมชนและบุคลากรด้านสุขภาพในพื้นที่จึงได้วางแผนดำเนินโครงการชุมชนบ้านป่าเหียงรอบรู้เรื่องลดเค็มก่อนบริโภคป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการส่งเสริมให้ความรู้ในชุมชนให้ตระหนักถึงการลดการบริโภคอาหารหรือผลิตภัณฑ์ที่มีความเค็ม มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านกลุ่มฐานกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้ และหลังจากที่ได้ดำเนินการอบรมไปแล้วทางคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการสร้างรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดการบริโภคเค็มในชุมชนเพื่อนำไปสู่การขยายผลและนำไปสู่การพัฒนาการส่งเสริม ป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์งานวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จและความล้มเหลวในการสร้างรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดการบริโภคในชุมชนบ้านป่าเหียง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

คำถามการวิจัย

ปัจจัยความสำเร็จ และความล้มเหลวในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดการบริโภคเค็ม ชุมชนบ้านป่าเหียง อำเภอเมือง จังหวัดลำปางนั้นเป็นอย่างไร ประกอบด้วยอะไรบ้าง

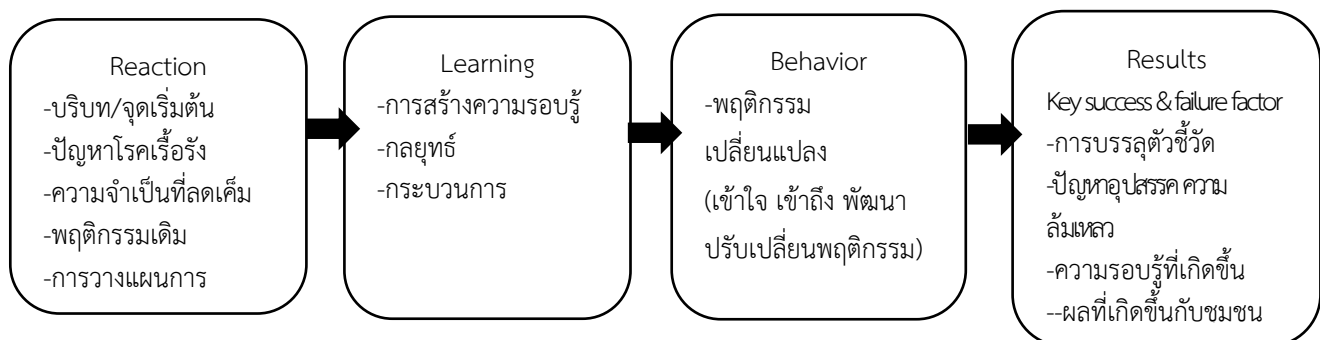
ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตการวิจัยมี 4 ด้าน คือ 1) ด้านเนื้อหา มุ่งศึกษาปัจจัยความสำเร็จ ความล้มเหลวเกี่ยวกับความรอบรู้ในเรื่องการลดการบริโภคเค็ม

2) ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 80 คน และตัวแทนเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขที่ดำเนินงานในโครงการ ประกอบด้วย เกษัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข ชุมชน จำนวน 10 คน 3) ด้านพื้นที่ชุมชนบ้านป่าเหียง ตำบลบ่อแฮ้ว อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 4) ด้านระยะเวลาคือ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม-กันยายน 2563

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการประเมินผลการดำเนินงานตามแนวคิดของ Kirkpatrick Model ซึ่งเป็นแนวคิดในการประเมินผลโครงการ ตามแผนภาพ ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed method research) เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการทำงานปัจจัยความสำเร็จและความล้มเหลวในการสร้างรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดการบริโภคในชุมชน

ประชากร คือ ประชาชนที่มีความเสี่ยงโรคเรื้อรังในพื้นที่ชุมชนบ้านป่าเหียงหมู่ที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2564 จำนวน 91 คน กลุ่มตัวอย่าง

เชิงปริมาณ คือ กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังในชุมชน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของเครซีและมอร์แกน⁸ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 73 คน และมีการชดเชยสำหรับกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีอัตราตอบกลับแบบสอบถามและแบบประเมินต่ำอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง 80 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า และเกณฑ์คัดออก ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria)

1) ประชาชนที่เข้าร่วมโครงการในชุมชนบ้านป่าเหียง 2) สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ 3) มีความเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัย 4) มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ชุมชนบ้านป่าเหียง ไม่น้อยกว่า 6 เดือน 5) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารได้

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ ประชาชนที่ไม่ยินยอมที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย

สำหรับกลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย ตัวแทนกลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 10 คน และบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ดำเนินงานในโครงการประกอบด้วย เกษตรกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน จำนวน 10 คน รวมเป็น 20 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอย่างปลอดภัย โดยแบบสอบถามความรู้เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ จำนวน 10 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน โดยมีเกณฑ์การประเมินความรู้เพื่อการบริโภคอย่างปลอดภัย ดังนี้

ตอบถูกต้องร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง มีความรู้ในระดับดีมาก

ตอบถูกต้องร้อยละ 70 - 79 หมายถึง มีความรู้ในระดับดี

ตอบถูกต้องร้อยละ 60 - 69 หมายถึง มีความรู้ในระดับพอใช้

ตอบถูกต้องร้อยละ 50 - 59 หมายถึง มีความรู้ในระดับผ่านเกณฑ์

ตอบถูกต้องต่ำกว่าร้อยละ 50 หมายถึง มีความรู้ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์

สำหรับแบบสอบถามพฤติกรรม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณ 3 ค่าระดับ (Rating Scale) ของลิเคิร์ท⁹ จำนวน 10 ข้อ (3 = มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างปลอดภัยในระดับดีมาก, 2 = มีพฤติกรรมการบริโภคอย่างปลอดภัยในระดับปานกลาง, 1 = มีพฤติกรรมการบริโภคอย่างปลอดภัยในระดับน้อย)

โดยกำหนดช่วงคะแนนเฉลี่ยเพื่อใช้ในการแปลความโดยใช้สูตรภาคพื้น ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 หมายถึง ระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.63 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.64-3.00 หมายถึง ระดับมาก

ส่วนที่ 3 สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi- structured Interview) โดยกำหนดแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก แบบการสังเกตแบบมีส่วนร่วมการทำกิจกรรมในแต่ละฐาน และแนวคำถามในการประชุมทบทวนหลังปฏิบัติงาน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำเสนอแบบสอบถามฉบับร่างให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความชัดเจน และความถูกต้องของภาษา ความครอบคลุม และความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามที่สร้างขึ้นกับนิยามตัวแปร โดยมีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) เท่ากับ 0.90

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปหาความเชื่อมั่น โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดสอบ (Try-out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยหาสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ($\alpha > 0.8$) ได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ที่ระดับ 0.87

สำหรับแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในแต่ละฐาน และแนวคำถามในการประชุมทบทวนหลังปฏิบัติงาน ได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความเหมาะสมในเรื่องข้อคำถาม เนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าซั่วตามลำดับขั้นตอน

2. ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำความเข้าใจ ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเข้าร่วมวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการเซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยอ่านใบยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างฟังก่อน เซ็นชื่อในใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

3. ลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างในชุมชนบ้านป่าเหียง เขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าซั่ว อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง และทำการสัมภาษณ์เชิงลึกและทบทวนหลังปฏิบัติกับตัวแทนเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขที่ดำเนินงานในโครงการประกอบด้วย เกษัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ตามลำดับขั้นตอนที่วางแผนไว้

4. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับแล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ข้อมูลความรู้ พฤติกรรมในการบริโภคอย่างปลอดภัย วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วมกับกลุ่มประชาชนที่เข้าร่วมโครงการ และข้อมูลการประชุมทบทวนหลังปฏิบัติงาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic

analysis) โดยเริ่มจากการกำหนดประเด็นในการวิเคราะห์ข้อมูล การจัดแยกเนื้อหาสาระที่มีความเหมือนและความแตกต่างกัน การสังเคราะห์ และการนำเสนอผลการการวิเคราะห์ในแต่ละประเด็น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย แจ้งการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าโครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิจังหวัดลำปาง เอกสารรับรองเลขที่ E 2563-131 ก่อนเก็บข้อมูล รวมถึงแจ้งให้ทราบเกี่ยวกับประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย สิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ รวมถึงการเก็บข้อมูลเป็นความลับและจะนำเสนอผลในภาพรวมโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ กับกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62 มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 55.1 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.6 และมีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ รับจ้าง/ลูกจ้าง 35.7

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ

(การสัมภาษณ์ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การทบทวนหลังปฏิบัติงาน) จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In - depth Interview) จากการทำกิจกรรมเป็นกลุ่มฐานเรียนรู้ (Walk rally) โดยการอบรมให้ความรู้ใช้เวลาฐานละ 20 นาที มีวิทยากรประจำฐานๆละ 1-2 คน คอยให้ความรู้และดำเนินกิจกรรมแก่กลุ่มเป้าหมาย เป็นการสร้างความรอบรู้ด้วยการใช้ฐานกิจกรรมวอล์คแรลลี่ แบ่งกลุ่มเป้าหมายเป็น 4 กลุ่ม เมื่อทำกิจกรรมครบ 20 นาที ให้แต่ละกลุ่มเวียนฐาน

เพื่อเข้าร่วมทำกิจกรรมให้ครบทั้ง 4 ฐาน มี รายละเอียด แต่ละ ฐาน ดังนี้

การสัมภาษณ์เชิงลึกในการเข้าฐานกิจกรรมแต่ละฐาน	ประเด็นร่วมที่พบ
กิจกรรมฐานที่ 1: กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องอันตรายของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและความสูญเสียที่เกิดขึ้น เป็นฐานแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้เข้าใจเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ให้กลุ่มเป้าหมายทราบถึงความเสี่ยงในการเกิดโรคจากการบริโภคอาหารเค็มที่เกินพอดี โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ต่อกิจกรรมที่ได้ทำ เช่น ปัญหาโรคเรื้อรัง ความจำเป็นที่ต้องลดเค็ม พฤติกรรมเดิมที่เคยทำ “เห็นคนที่บ้านป่วยเป็นโรคอัมพฤกษ์เลยทำให้คิดว่าต้องพยายามดูแลสุขภาพตนเอง” “เคยเป็นจิตอาสาช่วยเย็บบ้านผู้ป่วยติดเตียงกลับกลุ่ม อสม. เห็นสภาพผู้ป่วยติดเตียงแล้วรู้สึกสงสาร ถ้าเป็นไปได้ไม่อยากให้ใครต้องเจ็บป่วยแล้วเป็นแบบนี้เลย” “โรคนี้อันตรายจริง ๆ อยู่ ๆ ก็ล้มเสียชีวิตหรือเป็นอัมพฤกษ์อัมพาตเฉียบพลัน” “เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ อยู่ที่ว่าเราปรับพฤติกรรม ลดการทานเค็ม ลดหวาน ลดมันแต่บางทีมันก็เผลอทานไปบ้าง” “ทุกวันนี้พยายามออกกำลังกายเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงไม่ต้องมานอนป่วยติดเตียง” “สิ่งที่หมอนามยสอนเป็นสิ่งที่ดี น่าจะเอามาใช้ในชีวิตประจำวัน” “ถ้ามีความรู้เรื่องโภชนาการ เลือกอาหารที่เหมาะสม ไม่เค็มเกินไปก็จะดีต่อสุขภาพ” “ไม่น่าแปลกใจว่าทำไมถึงเป็นโรคนี้กันเยอะจริง ๆ ก็คงเป็นเพราะเราตามใจปาก ติดรสชาติความอร่อย ถึงเวลาที่เรารู้จักเลือกทานอาหารที่ดีต่อตัวเรามากขึ้น”	-การสร้างความรู้ความตระหนักรู้ปัญหาความเสี่ยงของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Raise Awareness)
กิจกรรมฐานที่ 2: กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องอาหารผลิตภัณฑ์ที่บริโภคมีเกลือโซเดียมมากน้อยเพียงใดจากสื่ออุปกรณ์ที่นำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในฐาน ฐานนี้จะเป็นการพิจารณาปริมาณโซเดียมที่กลุ่มเป้าหมายควรรับประทานต่อวัน ให้กลุ่มเป้าหมายทราบถึงปริมาณที่เหมาะสมในการบริโภคเค็ม โดยจัดเตรียมตัวอย่างผลิตภัณฑ์อาหารเครื่องดื่มน้ำที่มีโซเดียมสูง “เพิ่งรู้วันนี้ว่าไม่ควรกินเกลือโซเดียมเกิน 2000 มิลลิกรัมต่อวัน เมื่อก่อนไม่เคยมานั่งดูอยากกินก็กิน” “ไม่เคยมานั่งดูฉลากโภชนาการแต่หากมานั่งดูกันสักนิดก็จะดีต่อสุขภาพ” “ไม่น่าเชื่อ ที่เรากินทุกวันมีน้ำตาลมีโซเดียมอยู่ทุก ๆ เมนูอาหาร” “บางทีเวลากิน ก็ได้คิดถึงปริมาณโซเดียมที่กินเข้าไป คิดแต่เพียงความอร่อย” “ไม่น่าเชื่อ อาหารที่เรากินทุกวันจะมีปริมาณโซเดียมมากถึงขนาดนี้” “ฐานนี้ทำให้เรารู้ว่าอาหารที่อร่อยมักแฝงมาด้วยอันตรายเสมอ” “การมานั่งดูฉลากโภชนาการมีประโยชน์จริง ๆ ทำให้รู้ว่าในแต่ละซอง ในแต่ละกล่องที่เราทานเข้าไป มีสัดส่วนปริมาณความเค็ม หวานจำนวนเท่าไร” “มาฟังความรู้ในฐานนี้ทำให้รู้ว่าไขมันที่เรียกว่าไขมันทรานส์ซึ่งมีผลต่อความดันหัวใจ” “กินทุกวัน แต่ไม่เคยรู้ว่ามีส่วนความเค็ม หวาน เท่าไรวันนี้ทำให้ได้รู้จริง ๆ” “ทุกวันนี้เรากินโซเดียมเข้าไปเกินกว่าปริมาณที่ร่างกายต้องการ หากกินหลาย ๆ อย่างตามความอร่อย ตามใจปากเราคงได้โรคตามมานั่นเอง”	-การเข้าถึง และเข้าใจข้อมูลปริมาณเกลือโซเดียมในผลิตภัณฑ์อาหาร (Access and understand information)

การสัมภาษณ์เชิงลึกในการเข้าฐานกิจกรรมแต่ละฐาน	ประเด็นร่วมที่พบ
กิจกรรมฐานที่ 3: กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการพยากรณ์โอกาสเกิดโรคเรื้อรังจากการบริโภคเกลือโซเดียมเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายทราบถึงแนวโน้มและโอกาสของตนเองและครอบครัวในการเกิดโรคโดยให้กลุ่มเสี่ยงมีส่วนร่วมในการตอบคำถาม การตั้งคำถาม และแจ้งกลุ่มเป้าหมายทราบหลังการอบรมเรื่องการติดตามเยี่ยมบ้านเป็นระยะ “เรากินกล้วยเตี๋ยตามร้านอาหารทั่วไปมีเกลืออยู่แล้ว ก็ไม่ควรจะไปปรุงอะไรเพิ่ม” “จริงอย่างที่หมอบอกเราควรชิมก่อนปรุง” “การมีเครื่องปรุงตั้งไว้บางทีก็กระตุ้นความอยากให้เราได้มีการปรุง” “ครั้งหน้าจะพยายามชิมก่อนปรุง ถ้าพอทานได้ก็จะทาน ยิ่งเติมมากยิ่งได้รับโซเดียมมาก ทราบดีว่าในหม้อกล้วยเตี๋ยที่ร้านทำก็ใส่เกลือ ผงชูรสมากแล้ว” “การซื้ออาหารสำเร็จรูปอยู่ทุกวันก็เป็นความเสี่ยงจริงๆ ถ้าเป็นไปได้ก็น่าจะกลับไปทำเหมือนเดิม คือทำอาหารให้ตัวเอง ปรุงอาหารด้วยตนเองจะปลอดภัยกว่า” “บางทีอาหารที่อร่อยๆจากร้านที่เราชอบ ก็ไม่รู้ว่าเขาใส่โซเดียมเท่าไร ไม่เหมือนอาหารที่เราทำเองด้วยมือของเรา” “ปกติกินปาต่องโก๋ตัวเล็กๆ 10 ตัวต่อวันทุกเช้า พอมาอบรมบ้าพึ่งรู้ว่าในหนึ่งวันกินน้ำมันได้ไม่เกิน 6 ช้อนชา ในปาต่องโก๋ 1 ตัวมีน้ำมัน 1 ช้อนชา ถ้าบ้ากินปาต่องโก๋ 10 ตัว บ้ากินน้ำมันไป 10 ช้อนชา ต่อไปบ้าจะกินลดลงเป็น 5 ตัวต่อวัน” “ต่อไปนี้จะไม่เติมเครื่องปรุงรสในกล้วยเตี๋ยเพิ่ม” “ต่อไปจะทำอาหารกินเองที่บ้าน และลดการกินอาหารแปรรูป ซึ่งมีผงชูรสเยอะ” “ลดการเติมเครื่องปรุงบนโต๊ะอาหาร ลดทานเค็ม” “ตรวจดูปริมาณโซเดียมต่อหน่วยบริโภคบนฉลากของซอสปรุงรส”	-การประเมิน ชักถาม ความเสี่ยงของโรค (Appraise) -ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของอาหารประเภทต่างๆ (Apply)
กิจกรรมฐานที่ 4: กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการลดการบริโภคเค็มวันนี้ทำไปเพื่อใคร? ให้กลุ่มเป้าหมายทราบถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งมีความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด “การบริโภคด้วยการลดเค็มมากเลยทำเพื่อตัวเอง” “ลดการทานเค็มเพื่อคนในครอบครัวเราไม่อยากให้คนในครอบครัวต้องมาดูแลเรา” “ตรวจสอบอาหารไม่ยากอย่างที่คิด แค่เราพลิกดูฉลากที่ของบรรจุภัณฑ์ก็รู้ได้ง่ายๆ” “อยากมีสุขภาพที่ดีอยู่กับลูกกับหลานต่อไป ไม่อยากเป็นภาระในอนาคต” “ลดการทานเค็มเพื่อสุขภาพตัวเองจะได้ไม่เป็นโรคความดัน เบาหวานตามมาในอนาคต” “สิ่งที่อยากมองเห็นในอนาคตก็คือเราเป็นผู้สูงอายุที่แข็งแรงไม่เป็นผู้ป่วยติดเตียง” “ไม่อยากเป็นผู้ป่วยติดเตียงที่ต้องให้ลูกหลานมาดูแล อยากเป็นผู้สูงวัยที่มีคุณภาพมีลูกมีหลานมาเยี่ยมตลอดเวลา และเราสามารถช่วยเหลือตัวเองได้” “ขอบคุณที่ทำให้เรามองเห็นคุณค่าตัวเอง รักตัวเอง ลดการทานเค็มวันนี้ทำเพื่อตัวเรา” “จะช่วยแนะนำประชาสัมพันธ์ กินอาหารที่มีอยู่ตามธรรมชาติ ปราศจากสารเคมี เช่น ผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์” “จะนำความรู้ไปเผยแพร่อีกให้ คนในครอบครัว ชุมชน” “จะนำความรู้ไปบอกในการประชุมหมู่บ้าน การประชุมจ่ายเบี้ยผู้สูงอายุ ชวนกลุ่มเยาวชน กลุ่มอาชีพในชุมชนมาเข้าร่วมและจะใช้เครื่องปรุงที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพ”	-วางแผนในการบอกต่อสื่อสารกับคนรอบข้าง (Behavior modification plan) -ปรับพฤติกรรม และสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ (Behavior modification and communicative/ interactive health literacy)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเชิงปริมาณ ความรู้และพฤติกรรมเพื่อการบริโภคอย่างปลอดภัย ซึ่งเป็นผลการเรียนรู้ (Learning) ประเมินได้จากการทดสอบความรู้ ความเข้าใจหลังการอบรมให้ความรู้ Post Test พบว่ากลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องฉลากโภชนาการและการรับประทานอาหารอยู่ในระดับดีมาก โดยมีความรู้ในเรื่อง ข้อความบนฉลากโภชนาการอาหารเป็นการบ่งบอกว่าอาหารที่อยู่ในบรรจุภัณฑ์นั้น ๆ ควรรับประทานในขนาดอย่างไรที่จะไม่เป็นอันตรายต่อร่างกาย มากที่สุด ร้อยละ 98.75 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความรู้เพื่อการบริโภคเค็มอย่างปลอดภัย

ความรู้เพื่อการบริโภคอาหารอย่างปลอดภัย	จำนวนที่ตอบถูกต้อง (ร้อยละ)	ผลการประเมิน
1.ข้อความบนฉลากโภชนาการเป็นการบอกว่าอาหารที่บรรจุภัณฑ์นั้น ๆ ควรรับประทานในขนาดเท่าไรที่จะไม่เป็นอันตรายต่อร่างกาย	79 (98.75)	ดีมาก
2. ข้อความบนฉลาก หวาน มัน เค็ม ที่เขียนไว้ว่า “จำนวนหน่วยบริโภคต่อขวด: 7” หมายถึง ควรรับประทานด้วยการแบ่งทาน 7 ครั้ง	79 (98.75)	ดีมาก
3. สัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพ จะพบในผลิตภัณฑ์อาหารที่มีปริมาณ น้ำตาล ไขมัน เกลือโซเดียม ไม่เกินปริมาณที่กำหนด	78 (97.50)	ดีมาก
4 ฉลาก หวาน มัน เค็ม (ฉลาก GDA) คือ ฉลากที่แสดงข้อมูลเกี่ยวกับค่าพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียม (เกลือ)	77 (96.25)	ดีมาก
5. ฉลากโภชนาการ สามารถใช้เปรียบเทียบปริมาณสารอาหารที่เหมาะสม ต่อสุขภาพของผลิตภัณฑ์อาหารแต่ละยี่ห้อได้	78 (97.50)	ดีมาก
6. ฉลากผลิตภัณฑ์อาหารที่ถูกต้องตามกฎหมายไม่จำเป็นต้องแสดงข้อความเป็นภาษาไทย อาจแสดงเป็นภาษาต่างประเทศก็ได้	76 (95.00)	ดีมาก
7. การทานอาหารที่มีรสชาติ หวาน มัน เค็ม มากเกินไปทำให้เกิดความเสี่ยงในการเกิดโรค เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ	76 (95.00)	ดีมาก
8. เครื่องปรุงรส เช่น ซีอิ๊ว ซอสมะเขือเทศ ซอสพริกฯ ที่มีสัญลักษณ์ “ทางเลือกสุขภาพ” แสดงว่า ผลิตภัณฑ์นี้มีการควบคุมให้มีปริมาณโซเดียมน้อย เพื่อไม่ให้ผู้บริโภคได้รับโซเดียมมากเกินไป	78 (97.50)	ดีมาก
9. ผลิตภัณฑ์อาหารที่มีสัญลักษณ์ “ทางเลือกสุขภาพ” แสดงว่า เป็นผลิตภัณฑ์อาหารที่สามารถทานมากเท่าไรก็ได้	75 (93.75)	ดีมาก
10.อาหารปิ้งย่าง เช่น ไก่ย่าง ลูกชิ้นปิ้ง หมูปิ้ง ที่ไหม้เกรียม ไม่ควรทาน เพราะมีสารก่อมะเร็ง	79 (98.75)	ดีมาก
ภาพรวม	97.50	ดีมาก

แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร อย่างปลอดภัยของกลุ่มเสี่ยง พบว่าส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีพฤติกรรมที่อยู่ในระดับ ปานกลางค่อนข้างน้อย 3 ประเด็น คือ การ รับประทานอาหารรสเค็มจัด เช่น ปลาเค็ม ไส้กรอก แหนม (Mean = 1.67, SD = 0.53) การ

รับประทานอาหารทอด เช่น หมูทอด ไช้เจียว ไก่ทอด (Mean = 1.69, SD = 0.54) และ การ รับประทานขนมหวาน เช่น ขนมเค้ก ฝอยทอง ขนมชั้น กล้วยบวชชี (Mean = 1.85, SD = 0.65) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พฤติกรรมเพื่อการบริโภคเค็มอย่างปลอดภัย

พฤติกรรมเพื่อการบริโภคอาหารอย่างปลอดภัย	Mean	SD	ผลการประเมิน
1. ท่านอ่านฉลากอาหารก่อนเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูปหรือ เครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท	2.63	0.81	มาก
2. ท่านเปรียบเทียบคุณค่าอาหารจากฉลากโภชนาการ ก่อนเลือก ซื้อผลิตภัณฑ์อาหาร	2.72	0.71	มาก
3. ท่านอ่านฉลากหวาน มัน เค็ม เพื่อเลือกอาหารที่เหมาะสมกับ ตนเอง เช่น อาหารที่มีปริมาณ น้ำตาลต่ำ ไขมันต่ำ โซเดียมต่ำ	2.71	0.73	มาก
4. ท่านแบ่งจำนวนครั้งในการทานอาหารตามข้อมูลที่ระบุบน ฉลากหวาน มัน เค็ม (ฉลาก GDA)	2.71	0.75	มาก
5. ท่านเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหาร ที่มีฉลากแสดงสัญลักษณ์ โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” ก่อนตัดสินใจเลือกซื้อ	2.70	0.73	มาก
6. ท่านเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารสำเร็จรูปหรือกึ่งสำเร็จรูป ที่มี เลขสารบบอาหาร (เครื่องหมาย ออย.)	2.35	0.73	ปานกลาง
7. ท่านเลือกซื้อเครื่องปรุงรส เช่น ซีอิ๊ว ซอสมะเขือเทศ ซอสพริก ที่มีสัญลักษณ์ “ทางเลือกสุขภาพ”	2.29	0.75	ปานกลาง
8. ท่านทานขนมหวาน เช่น ขนมเค้ก ฝอยทอง ขนมชั้น กล้วย บวชชี	1.85	0.65	ปานกลาง
9. ท่านทานอาหารรสเค็มจัด เช่น ปลาเค็ม ไส้กรอก แหนม	1.67	0.53	ปานกลาง
10. ท่านทานอาหารทอด เช่น หมูทอด ไช้เจียว ไก่ทอด	1.69	0.54	ปานกลาง
ภาพรวม	2.27	0.61	ปานกลาง

หลังการอบรมทีมบุคลากรด้านสุขภาพ ได้มาประชุมเพื่อทบทวนหลังปฏิบัติงาน

จากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participation Observation) และการวิเคราะห์ หลังการปฏิบัติ After Action Reviews; AARs) โดยเจ้าหน้าที่บุคลากรด้านสุขภาพที่ร่วมดำเนิน โครงการ โดยหลังจากการดำเนินงานโครงการ ชุมชนป่าเหียงรอบรู้เรื่องลดเค็มก่อนบริโภค ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การติดตามเยี่ยมบ้าน

เป็นระยะเพื่อติดตามดูพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง มี รายละเอียด ดังนี้

“บ้านป่าเหียงมีแกนนำ มีประธาน อสม. ที่เข้มแข็งสามารถชักชวนและสร้างเครือข่ายการมี ส่วนร่วมของคนในชุมชน กลุ่มจิตอาสา กลุ่ม แม่บ้าน กลุ่ม อสม.ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล สุขภาพของคนในชุมชน”

“บ้านป่าเหียงมีเจ้าอาวาสที่เป็นพระ นักเทศน์ที่ดี สามารถชักชวนญาติโยมมาถวาย

อาหารที่ไม่เค็มได้ ถ้านิมนต์ท่านให้เทศน์ สอน หรือให้ข้อคิดในตอนท้ายทุกครั้งหลังเทศน์แล้ว สอนญาติโยมก็น่าจะดี”

“บ้านป่าเหียงมีของดีหลายอย่าง มีพระที่เป็นบุคคลต้นแบบให้กับชุมชนได้ มีวัดที่เป็นจุดศูนย์รวมในการถ่ายทอดความรู้ทางด้านสุขภาพ ให้กับคนอื่นได้”

“ชุมชนควรจะมีป้ายสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพติดในหมู่บ้าน”

“ชุมชนควรเชิญชวนร้านค้า บ้านเรือนที่สามารถเป็นตัวอย่างในการลดการบริโภคเค็มได้ เช่น ให้แกนนำ อสม. เข้าไปเยี่ยมชมในห้องครัวว่า ในครัวบ้านไหนที่สามารถเป็นตัวอย่างหรือต้นแบบได้ก็น่าจะดี”

“ชุมชนควรมีการจัดตั้งร้านจำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่มีหลากหลายโภชนาการเพื่อสุขภาพที่ถูกต้อง อาจจะมีการจัดมุมใดมุมหนึ่งของร้านเป็นมุมที่จำหน่ายเฉพาะสินค้าที่มีหลากหลายโภชนาการที่ถูกต้องสินค้าที่ไม่มีเกลือโซเดียมเกินค่ามาตรฐาน หรือมีเมนูอาหารตัวอย่างในร้านซึ่งจะช่วยแนะนำว่าอาหารประเภทใดที่ท่านได้ปลอดภัย”

“จากการเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่บอกว่าอยากให้มีการกระตุ้นเตือนเป็นระยะ ๆ เพราะบางอย่างก็หลงลืม กาอบรมเพียงครั้งเดียวไม่มีการกระตุ้นเตือนก็จะเคยชินแบบเดิม ๆ เดียวก็กลับไปทานเค็มอีก”

“บางครั้งการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมายบางคนที่ไม่เข้าร่วมโครงการไม่อยู่ เพราะติดภารกิจหน้าที่บางรายทำงานต่างจังหวัด ทำให้การติดตามดูพฤติกรรมลดเค็มนั้นทำได้ไม่ต่อเนื่อง จึงจำเป็นต้องใช้ช่องทางสื่อสารสังคมออนไลน์ในการแนะนำ ติดตาม ส่งเสริมให้ความรู้เป็นระยะ ๆ ผ่านช่องทางออนไลน์แทน”

“ควรมีการร่วมมือกันแก้ปัญหาทั้งผู้บริหารและผู้ประกอบการในการแก้ไขปัญหาการบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการไม่เหมาะสม เช่น ลดปริมาณการบริโภคเค็มลง”

“ร้านก๋วยเตี๋ยวในชุมชนควรขายอาหารรสไม่จัด ใช้เครื่องปรุงรสลดเค็มลง”

“ร้านก๋วยเตี๋ยวควรช่วยแนะนำลูกค้าว่า ให้ชิมก่อนปรุงทุกครั้ง เพราะในน้ำซุ๊ปก็ใส่อยู่แล้ว”

“อยากให้มีป้ายสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพติดในหมู่บ้าน”

“ควรปรับอาหารว่าง และเครื่องดื่มในการประชุมของชุมชน ให้เปลี่ยนมาใช้ขนมไทย น้ำสมุนไพร โดยลดเค็ม หวาน ในอาหารว่างในการอบรมประชุมในชุมชนครั้งต่อไป”

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาศาสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้ ปัจจัยความสำเร็จในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดการบริโภคเค็ม ชุมชนบ้านป่าเหียง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ประกอบด้วย 2 ด้านหลักคือ

1) ด้านกระบวนการอบรมที่สร้างความตระหนักรู้ด้วยการสะท้อนคิดจากกระบวนการกลุ่ม จากผลการศึกษาพบว่า กระบวนการดำเนินงานของการอบรมใช้กระบวนการกลุ่มแบบฐาน มีการอบรมที่เป็นขั้นตอน มีการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการตระหนักรู้ถึงบริบท ปัญหา ความเสี่ยงของโรคเรื้อรังด้วยตนเองและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วมในการเข้าถึงและเข้าใจปัญหาของตน ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เป็นความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง⁸ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับหลักการของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ระบุว่า การที่จะทำให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี บุคคลนั้นต้องมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง มีความรู้สึกตระหนักจาก

ภายในตนเองเสียก่อนจนรู้สึกอยากจะทำอะไร
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง โดย
บุคคลนั้นต้องรับรู้ความสามารถของตนเองว่า
ตนเองจะมีความอดทน อดสาหัส ไม่ท้อถอย
รวมทั้งมีการตั้งเป้าหมาย วางแผนและกระทำ
พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง¹¹ ดังนั้น
กระบวนการในการสร้างความตระหนักรู้จึงเป็นสิ่ง
สำคัญในการแก้ไขปัญหาของชุมชนที่ต้องให้กลุ่ม
คนในชุมชนมีความตระหนักรู้ในประเด็นปัญหา
ของตนเอง สอดคล้องกับหลักการประเมินผล
โครงการของ เคิร์กแพทริก ที่ระบุว่าในขั้นแรกของ
การประเมินผลโครงการคือ ควรให้กลุ่มตัวอย่างมี
การประเมินปฏิกิริยา (Reaction) ว่ามีความรู้สึก
อย่างไรเกี่ยวกับการทำกิจกรรม กิจกรรมนั้นตรงกับ
ปัญหาความต้องการหรือไม่เพื่อเป็นการรับรู้
รับทราบปัญหาของตนเองก่อน¹¹

นอกจากนี้จากผลการศึกษาในการเข้า
กิจกรรมกลุ่มฐานในแต่ละฐาน ยังพบว่า สิ่งที่กลุ่ม
ตัวอย่างได้รับคือ การเข้าถึงและเข้าใจข้อมูล
ปริมาณเกลือโซเดียมในผลิตภัณฑ์อาหารแต่ละ
ประเภท (Access and understand
information) รวมถึงความสามารถในการ
ประเมิน การได้ซักถามความเสี่ยงของโรค
(Appraise) ความสามารถในการแสดงความ
คิดเห็นโต้ตอบซักถามเกี่ยวกับความเสี่ยงของโรค
รวมถึงในฐานะยังให้กลุ่มเป้าหมายได้ตรวจสอบ
ความน่าเชื่อถือของอาหารประเภทต่างๆ จากการ
อ่านฉลากโภชนาการอย่างง่ายได้ด้วยการดูฉลาก
ข้างผลิตภัณฑ์ (Apply) และวางแผนในการที่จะ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและบอกต่อสื่อสารกับคน
รอบข้าง โดยพบในกิจกรรมกลุ่มฐานที่ 3-4 ที่ ซึ่ง
ถือเป็นความรอบรู้ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นของกลุ่ม
ตัวอย่างเพราะความรอบรู้ทางสุขภาพ คือ
ความสามารถและทักษะประเด็นต่างๆได้แก่ การ
เข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ สามารถ
เลือกแหล่งข้อมูลและรู้วิธีการในการค้นหาข้อมูล
เกี่ยวกับการปฏิบัติตน ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง
ความสามารถในการสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียน

รวมทั้งสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่น
เข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน
ความสามารถในการกำหนด เป้าหมาย วางแผน
และปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติพร้อมทั้งมีการ
ทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมาย ความสามารถ
ในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของ
ข้อมูลที่น่าเสนอ เลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยง
ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและ
ผู้อื่น มีการประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทาง
ให้กับชุมชน และสังคมได้¹⁰ ความรู้ แรงจูงใจ
รวมถึงความสามารถของประชาชนในการเข้าถึง
เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ข้อมูลข่าวสารทาง
สุขภาพ เพื่อพิจารณาและตัดสินใจใน
ชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การ
ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้มีคุณภาพชีวิต
ที่ดีในตลอดช่วงอายุ¹² ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่าง
สามารถทำการตรวจสอบความถูกต้องของอาหาร
จากฉลากโภชนาการอย่างง่ายได้ในการเข้ากลุ่ม
ถือว่าบรรลุผลลัพธ์ที่โครงการได้กำหนดไว้ และทำ
ให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ในการบริโภคอาหาร
อย่างปลอดภัยจากการอ่านฉลากโภชนาการได้

2) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการ
สร้างความรอบรู้ จากผลการศึกษาพบว่า ชุมชน
บ้านป่าเหียงได้รับความร่วมมือจากประชาชนใน
ชุมชน มีเครือข่ายในการดำเนินงานที่เข้มแข็งทั้ง
จากทีมเภสัชกรจากกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและ
เภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ลำปาง มีผู้นำชุมชน ประธานอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมถึงมีกลุ่มแกนนำที่
เป็นจิตอาสาที่เข้มแข็ง นอกจากนี้ยังมีบุคลากรใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบงาน
ในหมู่บ้านเป็นหลักสำคัญในการดำเนินงาน ซึ่ง
การมีเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็งจะช่วยสนับสนุน
การดำเนินงานส่งเสริมและสร้างความรอบรู้
ให้กับกลุ่มเป้าหมายได้เป็นอย่างดี ซึ่งการที่แกนนำ
ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมและมีความตระหนักถึง
ความสำคัญต่อการส่งเสริมและป้องกันโรคที่เป็น

ปัญหาของชุมชน และมีความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองและชุมชนทำให้การร่วมกันแก้ไขปัญหาชุมชนในการดูแลเสริมสร้างสุขภาพและลดความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อได้ และการที่ชุมชนมีความสนใจและเห็นความสำคัญของการดำเนินงานหมู่บ้าน พร้อมเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารโดยการกระจายข่าวทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน การประชุมประจำเดือน การบอกต่อและปิดป้ายประกาศตามจุดสำคัญของหมู่บ้าน เป็นการเสริมสร้างให้ชุมชนมีพลังในการดำเนินงานหมู่บ้านสุขภาพดีด้วยตนเอง¹³ และการมีเครือข่ายที่เข้มแข็งในชุมชนนั้นจะส่งผลให้เกิดการประสานงานในการดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในเรื่องถอดบทเรียนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โดยเครือข่าย “บวร.ร.” (บ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล) จังหวัดลำปางที่พบว่า การดำเนินงานเกิดสิ่งที่สำคัญคือ การสร้างเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็งทั้งในและนอกชุมชน ได้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานภาครัฐในเรื่องการดำเนินงานและงบประมาณ ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชน การสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งมีความสำคัญและเป็นกลไกหลักในการส่งเสริมให้เกิดความรู้ ความเข้าใจของคนในชุมชนและทำให้เกิดการพัฒนาในชุมชน¹⁴

นอกจากนี้ชุมชนยังมีทุนทางสังคมที่ดี ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า ชุมชนมีพระสงฆ์ซึ่งเป็นพระนักเทศน์และมีความสามารถในการเทศน์สั่งสอนชาวบ้านในชุมชนที่มาทำบุญในวัดเกี่ยวกับการลดการบริโภคเค็มและเน้นย้ำเรื่องการถวายอาหารที่ไม่เค็มจนเกินไปให้กับพระสงฆ์ ซึ่งพระท่านสามารถเป็นบุคคลต้นแบบในชุมชนในการรณรงค์การลดการบริโภคเค็มได้ ซึ่งการมีทุนทางสังคมที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการถอดบทเรียนการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอประเด็น ‘โรคความดันโลหิตสูง’ ที่พบว่า การใช้ทุนทางสังคมจะเป็นกลไกสำคัญในการช่วยพูดคุยสื่อสาร สร้างความเข้าใจต่อการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง

¹⁵ นอกจากนี้จากผลการทบทวนหลังปฏิบัติยังพบว่า ชุมชนควรมีการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ได้แก่ การมีร้านขายของชำในชุมชนที่มีฉลากโภชนาการที่ถูกต้อง การจัดมุมในร้านที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์ลดเค็มเป็นตัวอย่างในชุมชน และส่งเสริมการเลือกสินค้าที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพเข้ามาจำหน่ายในชุมชนซึ่งการเกิดแนวคิดการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพเป็นแนวทางหนึ่งในการกระตุ้นและส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในเรื่องการถอดบทเรียน DHS South การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง ที่พบว่า การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build healthy public policy) ต้องมาจากความห่วงใยและรับผิดชอบต่อผลกระทบที่คาดไม่ถึงจากนโยบายสาธารณะทั้งระดับประเทศ หน่วยงานหรือท้องถิ่น ทั้งนี้โยบายสาธารณะต้องมุ่งเสริมสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้ออำนวยต่อสถานะสุขภาพและทำให้ประชาชนเกิดทางเลือกในการดูแลสุขภาพของตนเองและการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายขึ้น¹⁵ ดังนั้นการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพจะช่วยส่งเสริมให้คนในชุมชนเข้าถึงอาหารที่มีความปลอดภัยซึ่งจะเป็นปัจจัยเกื้อหนุนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนในชุมชนในทิศทางที่ดีขึ้น

สำหรับปัจจัยความล้มเหลว จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างบางรายติดังการกิจขณะติดตามเยี่ยมบ้าน และแม้กลุ่มตัวอย่างจะมีความรู้ในเรื่องการบริโภคอาหารที่ปลอดภัยอยู่ในระดับดีก็ตาม แต่ในเรื่องพฤติกรรมบริโภคส่วนใหญ่สืออยู่ในระดับปานกลาง เหตุที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในบางรายและในบางสถานการณ์นั้นเป็นเรื่องที่ทำได้ยากแม้ว่าความรู้ที่อยู่ในระดับดีมาก แต่การมีความรู้เพียงอย่างเดียวไม่ได้ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เสมอไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพใน

ชมรมผู้สูงอายุแห่งหนึ่งที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพไม่ได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแต่อย่างใด¹⁷ นอกจากนี้การที่คนในชุมชนบางรายในวัยทำงานติดภารกิจหน้าที่ด้วยวิถีชีวิตที่เร่งรีบ ต้องประกอบอาชีพในต่างจังหวัดในบางวันทำให้บางครั้งการติดตามเยี่ยมบ้านและให้ความรู้ในกลุ่มที่ติดภารกิจในต่างจังหวัดดังกล่าว จึงยังไม่ต่อเนื่องและเป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดการบริโภคเค็ม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนเมืองวัยทำงาน ที่พบว่า คนในวัยทำงานส่วนใหญ่บริโภคอาหารประเภทอาหารตามสั่ง โดยมีสิ่งที่คำนึงถึงในเรื่องแรกในการบริโภคอาหารคือ ความสะดวกรวดเร็ว จึงส่งผลให้ความตระหนักในการดูแลสุขภาพนั้นลดลง¹⁸ ซึ่งทางผู้ดำเนินการอบรมอาจต้องใช้กลยุทธ์อื่นในการกระตุ้นและหนุนเสริมให้กลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง ดังเช่นการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการลดการบริโภคเค็มในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่พบว่า รูปแบบการลดการบริโภคเค็ม ประกอบด้วย 1) การจัดตั้งคณะทำงานเป็นเครือข่ายทั้งญาติ ผู้ประกอบการร้านอาหารในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2) การประเมินและวิเคราะห์ชุมชน สถานการณ์ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการบริโภค 3) การจัดทำแผนชุมชนลดเค็ม ร่วมสร้างกระแสในชุมชน การให้สุขศึกษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกี่ยวกับการอ่านฉลากโภชนาการเครื่องปรุงอาหารที่มีเกลือและโซเดียมสูง ผลและโทษจากการบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียมสูง 4) ติดตามกลุ่มสงสัยเน้นการเยี่ยมบ้านเสริมพลังและสูมวัดระดับความเค็มในอาหาร 5) การมีระบบ เฝ้าระวังในชุมชน และ

6) การควบคุมและติดตามโดยเพิ่มการรับรู้ สร้างความตระหนักและเพิ่มช่องทางในการสื่อสารข้อมูลให้มากขึ้นทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชน¹⁹ รวมถึงการใช้แนวทางเพื่อนกระตุ้นเพื่อน การณรงค์ประชาสัมพันธ์ผ่านสปอร์ตวิทยุในชุมชน รวมถึงการเน้นให้มีการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเป็นระยะต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- 1.สามารถนำไปขยายผลในประเด็นต่าง ๆ ทั้งการสร้างมาตรการทางสังคม เช่น การลดการทานเค็มในงานมงคลหรืองานอวมงคลต่าง ๆ ของชุมชน การส่งเสริมทุนทางสังคมที่ดี การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพให้เกิดความรอบรู้การลดการบริโภคเค็มในชุมชนอย่างต่อเนื่อง
2. ส่งเสริมแกนนำให้มีการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องเพื่อกระตุ้นคนในชุมชนให้อ่านฉลากโภชนาการในการลดการบริโภคเค็มก่อนซื้อผลิตภัณฑ์ทุกครั้งและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องต่อไป
3. ส่งเสริมบุคคลต้นแบบ โดยเฉพาะพระสงฆ์ที่เป็นทุนทางสังคมในชุมชนให้กระตุ้นกลุ่มพระสงฆ์ในวัดอื่น ๆ เพื่อลดการบริโภคเค็มเป็นตัวอย่างแก่ประชาชนในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการลดการบริโภคเค็ม รวมถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการลดการบริโภคเค็มในกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. ควรมีการศึกษาความต่อเนื่องของการดำเนินกิจกรรมตามที่ได้วางแผนไว้ รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ ที่อาจมีผลกระทบต่อการใช้การบริโภคเค็มในชุมชนได้

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข, แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564), [ออนไลน์] สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2564.
http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20180914162453_1_.pdf.
2. สำนักงานสารนิเทศและประชาสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข. [ออนไลน์] สืบค้นเมื่อ 27 เมษายน 2564. <https://pr.moph.go.th?url=pr/detail/2/07/127178>.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. อัตราป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่. ลำปาง: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง, 2562.
4. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ฉลากโภชนาการ (ฉบับที่ 2), [ออนไลน์] สืบค้นเมื่อ 1 เมษายน 2564.
<http://food.fda.moph.go.th/law/data/announmoph/P219.pdf>.
5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าข้าว. ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและกลุ่มเสี่ยง 3 ปี ย้อนหลัง. ลำปาง: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าข้าว, 2564.
6. Lawrence J, Edward D, John E, Thomas A, Ralph L, Douglas R, et al. The importance of population-wide sodium reduction as a means to prevent cardiovascular disease and stroke: a call to action from the American Heart Association. *Circulation*; 123: 1138-1143, 2011.
7. กานต์ณิพิชญ์ ปัญญอนชัยกุล, สุทธิพร มูลศาสตร์ วรวรรณ ชัยลิมปมนตรี. ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา*. 21(1). มกราคม – เมษายน, 41-54. 2563.
8. Krejcie, R.V. , & Morgan D.W. Determining Sample Size for Research Activities *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610, 1970.
9. Likert, R. N. (1970). *A technique for the measurement of attitude*. Attitude Measurement. Chicago: Ronald McNally & Company.
10. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for Contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*. 15(3), 259-267, 2018.
11. Kirkpatrick DL. Evaluating Training Program: The Four Level. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers; 1994.
12. วัชรพร เชยสุวรรณ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล, *วารสารแพทยนาวิ*. 44(3), 183-197, 2560.
13. กุลชญา ลอยหา และคณะ. การเสริมสร้างศักยภาพบทบาทของนักจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตตำบลบุเปือย อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*. 24(1) มกราคม-เมษายน. 1-13, 2560.

14. วรางคณา สันเทพ. ถอดบทเรียนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ โดยเครือข่ายบ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล จังหวัดลำปาง. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ. 6(1).11-30, 2562.
15. ปุณณฎา รุ่งปิยะรังสี. ถอดบทเรียน DHS South การขับเคลื่อนระบบสุขภาพพระดั่งอำเภอประดั้น 'โรคความดันโลหิตสูง'. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์, 2559
16. วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย. ถอดบทเรียน DHS South การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง. สงขลา: มูลนิธิสุขภาพภาคใต้, 2562
17. กฤษดา พรหมสุวรรณ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลหนองไม้แก่น. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์, 2560
18. พิชศาล พันธุ์วัฒนา. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนเมืองวัยทำงานในกรุงเทพมหานคร. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 26(2) พฤษภาคม - สิงหาคม. 93-103, 2562.
19. สม นาสอ้าน และ ทิพาพร ราชไกร. การพัฒนารูปแบบการลดการบริโภคเค็มในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 27(3) กันยายน - ธันวาคม. 99-110, 2563.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุในอำเภอรามัน จังหวัดยะลา

อัยลดา มุสลิมาณกุล¹ เพ็ญมาศ สุนทรจิตต์^{2,*} กิตติพร เนาว์สุวรรณ³

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย โดยนำทฤษฎีระบบนิเวศวิทยาบรอนเฟนเบอร์เนอร์ มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดการวิจัยประกอบด้วย 3 ระบบ คือ ปัจจัยด้านบุคคล (microsystem) ปัจจัยด้านครอบครัว (mesosystem) และปัจจัยด้านสังคม (exosystem) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสังคมของผู้สูงอายุ 2) เพื่อศึกษาระดับความมั่นคงทางด้านอาหารของผู้สูงอายุ 3) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุในอำเภอรามัน จังหวัดยะลา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60–89 ปี จำนวน 198 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามโดยวิธีการสัมภาษณ์ ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างรวมถึงการศึกษาปัจจัย และระดับความมั่นคงทางอาหารจะวิเคราะห์ และนำเสนอด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงทางอาหารด้วยสถิติถดถอยพหุคูณเชิงชั้น ปัจจัยด้านบุคคล ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.10 และสถานภาพสมรส ร้อยละ 75.80 ปัจจัยด้านครอบครัว พบว่า มีรายได้ส่วนใหญ่อยู่ที่ 7472.22 บาท และจำนวนสมาชิกในครอบครัวมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 5 สำหรับปัจจัยด้านสังคม พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวม อยู่ในระดับน้อย (Mean (M)=0.65, Standard Deviation (SD)=0.16) ระดับความมั่นคงทางด้านอาหารของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง (M=0.77, SD=0.10) และพบว่า จำนวนสมาชิกในครอบครัว (Beta = -.173) เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายอิทธิพลต่อความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 3 ($R^2=0.030$, $p<0.001$) การวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความมั่นคงทางอาหารในครัวเรือน โดยให้ผู้สูงอายุ และชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อนำไปสู่การจัดทำนโยบาย พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและระบบบริการสาธารณสุขในชุมชน เพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในอนาคต

คำสำคัญ: ความมั่นคงทางอาหาร ผู้สูงอายุ ทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา

¹ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

³ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา

* Corresponding author: penmat.s@ubru.ac.th

Original Article

Factors Influencing Food Security of the Elderly in Raman District,
Yala ProvinceAilada Musleemanu¹, Penmat Sukhonthachit^{2,*}, Kittiporn Nawsuwan³Abstract

This research was the predictive correlational study. In this study, the theory was applied as conceptual framework which consisted of 3 systems; individual factor (micro system), family factor (mesosystem) and social factor (exosystem). The research aimed 1) to study the individual, family and social factors of the elderly, 2) to assess the level of food security of the elderly, and 3) to analyze the factors affecting food security of the elderly in Raman District, Yala Province. The sample consisted of 198 older people (aged 60 – 80 years old). The research tool was an interview questionnaire. Descriptive statistics was analyzed and presented by percentage, mean (M), median (Med) and standard deviation (SD) for general characteristics, including the level of study factor and food security. Hierarchical multiple regression was used to examine the factors affecting food security of the elderly. Personal factors (microsystem) showed that most of the elderly were female (59.10%) and married (75.80%). The assessment of family factors (mesosystem) found that the average income was 7472.22 Baht, and the median for the number of family members was 5 persons. For social factors (exosystem), the level of social support was low (M=0.65, SD=0.16). The level of food security among the elderly was moderate (M=0.77, SD=0.10). The number of family member (Beta=-.182) could be only used to predict factor influencing food security at 3 % ($R^2=0.030$, $p<0.001$). Further study should develop household food security program by allowing elderly and community to participate in this program. This will lead to policy planning and developing information and public health service system in community for complete aged society in the future.

Keywords: food security, elderly, ecological systems theory

¹ Master of Public Health Program in Community Health of Songkhla Rajabhat University

² Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University

³ Boromarajonani College of Nursing, Songkhla

* Corresponding author: penmat.s@ubru.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันผู้สูงอายุทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีประมาณ 7,713 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13.2¹ ซึ่งจากข้อมูลนิธิตถาบันวิจัยและพัฒนา ผู้สูงอายุไทย ในปี พ.ศ. 2563 มีจำนวนผู้สูงอายุ 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18 และในปัจจุบัน ปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete Age Society)” โดยจะมีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปมากถึง ร้อยละ 20 และจากนั้นอีกเพียง 10 ปี ประเทศไทยจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super-Aged Society)”² การเป็นสังคมผู้สูงวัยจึงควรตระหนักถึงปัจจัยหลายๆ ด้าน ความมั่นคงทางอาหารเป็นปัจจัยด้านหนึ่งที่ต้องนำมาพิจารณา เนื่องจากความไม่มั่นคงทางอาหารมีความเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการและเสี่ยงต่อสุขภาพได้³ โดยเฉพาะผู้สูงอายุยังคงมีความต้องการพลังงาน และสารอาหารที่มีคุณภาพ เพื่อชะลอความเสื่อมถอย และฟื้นฟูสุขภาพร่างกาย³ แต่กลุ่มผู้สูงอายุอาจเข้าถึงระบบอาหารได้ยาก เนื่องด้วยความสามารถของร่างกาย การมีรายได้น้อยหรือไม่มีรายได้ เสี่ยงต่อภาวะยากจน ต้องพึ่งพาครอบครัว และแหล่งสนับสนุนทางสังคม⁴ องค์การอนามัยโลก กำหนดแนวทางความมั่นคงทางอาหารไว้ คือ การจัดหาอาหารได้อย่างพอเพียงในขั้นพื้นฐานการเข้าถึงแหล่งอาหารที่เหมาะสมตามหลักโภชนาการ การนำอาหารมารับประทานได้อย่างเหมาะสมตามความรู้พื้นฐานด้านโภชนาการ และถูกสุขลักษณะทางสุขาภิบาลอาหาร⁶ จากแนวทางขององค์การอนามัยโลกนี้ ประเทศไทยจึงตราพระราชบัญญัติที่จัดทำโดยคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ พ.ศ. 2551⁶ กำหนดค่านิยมของความมั่นคงด้านอาหารว่า การเข้าถึงอาหารที่มีอย่างเพียงพอ สำหรับการบริโภคของประชาชนในประเทศ อาหารมีความปลอดภัย และมีคุณค่าทางโภชนาการเหมาะสมตามความต้องการตามวัยเพื่อ การมีสุขภาพที่ดี รวมทั้งมีระบบการผลิตที่เกื้อหนุน รักษาความสมดุลของระบบนิเวศวิทยาและความคงอยู่ของ

ฐานทรัพยากรอาหารทางธรรมชาติของประเทศ ทั้งในภาวะปกติหรือเกิดภัยพิบัติ สาธารณภัยหรือการก่อการร้าย เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามพระราชบัญญัติคณะกรรมการอาหารแห่งชาติจึงกำหนดประเด็นนำไปสู่การสร้างกรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2561 – 2580⁶

จากแนวทางขององค์การอนามัยโลกและกรอบยุทธศาสตร์ของประเทศไทย รวมทั้งการเป็นสังคมผู้สูงอายุ การศึกษาความมั่นคงทางอาหารในทุกวัยจึงเป็นสิ่งที่ควรจะต้องดำเนินการเพื่อเตรียมความพร้อมให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการต่อไป การศึกษาครั้งนี้ได้เลือกศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยพึ่งพิง อีกกลุ่มหนึ่งที่จะเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ในอนาคตของประเทศไทย และจากสภาพของสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งสถานการณ์ความไม่มั่นคงใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ยังคงเกิดเหตุการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้น ดังนั้นในพื้นที่ที่มีเหตุการณ์ที่แตกต่างกันจะมีผลต่อความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุ การวิจัยครั้งนี้จึงเลือกจังหวัดยะลา 1 ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 11.7⁷ และคาดว่าจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ในปี พ.ศ. 2567 โดยมีอำเภอรามัน จัด เป็นอันดับที่ 3⁷ และตำบลโกตาบารู มีผู้สูงอายุจำนวนมากที่สุด โดยผู้สูงอายุจะอาศัยอยู่กับคู่สมรส และบุตรหลาน ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ปลูกผัก เพื่อรับประทานเอง มีโรคประจำตัว อยู่ในสถานะที่ต้องพึ่งพาครอบครัว เนื่องจากไม่มีรายได้ หรือมีรายได้ น้อย โดยรายได้หลักเกิดมาจากบุตร พึ่งพาเบี้ยยังชีพของรัฐ⁸ นอกจากนี้ยังพบว่า ในปี 2561 มีแรงงานที่ได้ รับอนุญาตถูกต้องตามกฎหมายเดินทางไปทำงานประเทศมาเลเซียจำนวน 1,443 คน⁹ ส่งผลให้ผู้สูงอายุ และเด็กต้องอยู่ตามลำพัง ซึ่งความเสี่ยงต่อความมั่นคงด้านอาหารมากขึ้น เนื่องจากไม่มีบุตรหลานคอยดูแลอย่างใกล้ชิด⁴

จากข้อมูลที่กล่าวมา ทำให้ตระหนักถึงปัญหาการเพิ่มจำนวนของประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องพึ่งพาครอบครัวและจากความเสี่ยงตามวัย ย่อมได้รับผลกระทบต่อความไม่มั่นคงทางอาหารอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ สอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎีระบบนิเวศวิทยาของบรอนเฟนเบเนอร์ (Bronfenbrenner's ecological systems theory) คือ การให้ความสำคัญ กับบุคคลร่วมกับระดับความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่ ซึ่งในแต่ละระดับมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต และปฏิสัมพันธ์ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ล้วนมีผลต่อพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมในระบบหนึ่งย่อมมีผลต่อสิ่งแวดล้อมอีกระบบหนึ่ง และเนื่องจากปัจจุบันการศึกษาทาง ด้านความมั่นคงทางอาหารในผู้สูงอายุโดยเฉพาะในจังหวัดยะลา ยังมีข้อมูลน้อย ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุในอำเภอรามัน จังหวัดยะลา จะทำให้ได้ผลการวิจัยเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน และทราบถึงขนาดปัญหาความมั่นคงทางอาหาร

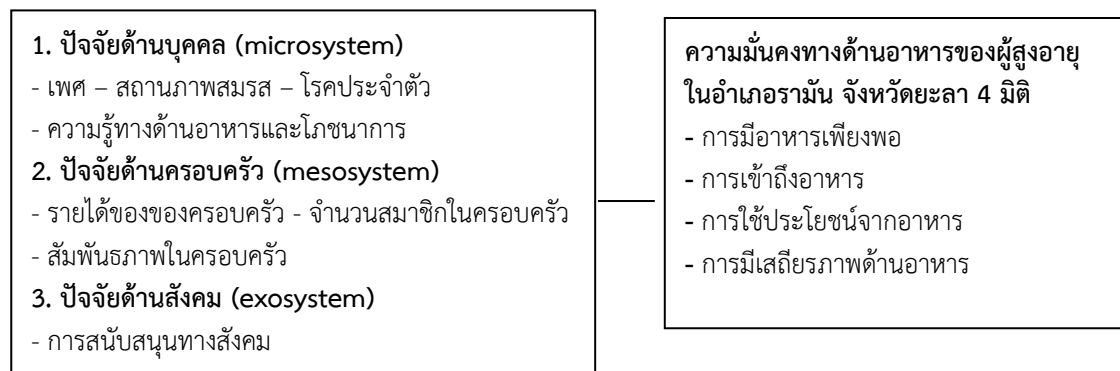
ของผู้สูงอายุ รวมถึงใช้สำหรับเตรียมวางแผนการรับมือสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านบุคคล (micro system) ปัจจัยด้านครอบครัว (mesosystem) และปัจจัยด้านสังคม (exosystem) ของผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาระดับความมั่นคงทางด้านอาหารของผู้สูงอายุ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุในอำเภอรามัน จังหวัดยะลา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบนิเวศวิทยาของบรอนเฟนเบเนอร์ (Bronfenbrenner's ecological framework Systems Theory)¹⁰ โดยการศึกษาเป็นการศึกษาถึง ปัจจัยด้านบุคคล (micro system) ปัจจัยด้านครอบครัว (mesosystem) และปัจจัยด้านสังคม (exosystem) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational design)

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 – 89 ปี ที่มีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในตำบลโกตาบารู อำเภอรามัน จังหวัดยะลา จำนวน 663 คน⁷

เกณฑ์การคัดเลือก/คัดออก พิจารณาตาม

สมรรถภาพทางด้านร่างกายตามนิยามของกรมอนามัย⁵ ซึ่งแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มติดสังคม หมายถึง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี 2) กลุ่มติดบ้าน หมายถึง ช่วยเหลือตัวเองได้บ้างหรือต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเพียงบางส่วน มีความจำกัดในการดำเนินชีวิตใน

สังคม 3) กลุ่มติดเตียง หมายถึง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ในเรื่องการเคลื่อนย้าย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) กลุ่มติดสังคม 2) กลุ่มติดบ้าน 3) ผู้ที่มีอายุ 60 - 89 ปี ทั้งเพศชายและหญิง อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลโกตาบารู อำเภอรามัน จังหวัดยะลา 4) สามารถรับรู้และสื่อสารได้ทั้งภาษาไทย และภาษามลายู 5) ยินดีเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) กลุ่มติดเตียง 2) ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน 3) ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคประจำตัวร้ายแรงที่ไม่สามารถสื่อสารได้ 4) ไม่สามารถเข้าร่วมได้ตลอดโครงการ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 - 89 ปี ที่มีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ใน ตำบลโกตาบารู อำเภอรามัน จังหวัดยะลา คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power 3.1.9.2 ด้วยวิธีการวิเคราะห์แบบ F-test Linear multiple regress: Fixed model, R² deviation from zero เพื่อตรวจสอบ effect size ขนาดกลางเท่ากับ 0.15 อำนาจของการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.95 จำนวนตัวแปร (number of predictors) เท่ากับ 8 ตัวแปร ที่ศึกษาได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมภายใต้ทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา^{14, 22, 24} ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 178 คน และกำหนดค่าอัตราการสูญเสีย (R) เท่ากับ ร้อยละ 10¹¹ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 198 คน โดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ ตามสัดส่วนผู้สูงอายุแต่ละหมู่บ้านทุกๆ ลำดับที่ 3 ของรายชื่อแต่ละหมู่บ้านจะใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการแจกแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มีลักษณะแบบสอบถามที่ใช้วิธีการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านครอบครัว เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ จำนวน 17 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งดัดแปลงแบบสอบถาม³ จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะแบบมาตราส่วน ประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 3 ระดับ²⁶ ได้แก่ บ่อยครั้ง บางครั้ง และไม่เคย³¹ ประเมินค่าคะแนนจากข้อมูลแบ่งอันตรายภาคขึ้น แปลผลข้อมูลโดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ Best (1977) ดังนี้²⁶

เกณฑ์การแบ่งกลุ่ม	แรงสนับสนุนทางสังคม
0.00-0.66	ระดับน้อย
0.67-1.33	ระดับปานกลาง
1.34-3.00	ระดับมาก

ส่วนที่ 3 ระดับความมั่นคงทางอาหารซึ่งดัดแปลงแบบสอบถาม³ เป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะแบบมาตราส่วน ประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 3 ระดับ²⁶ ได้แก่ บ่อยครั้ง บางครั้ง และไม่เคย³¹ ประเมินค่าคะแนนจากข้อมูลแบ่งอันตรายภาคขึ้น แปลผลข้อมูลโดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ Best (1977) ดังนี้²⁶

เกณฑ์การแบ่งกลุ่ม	ระดับความมั่นคงทางอาหาร
0.00 - 0.66	ระดับน้อย
0.67 - 1.33	ระดับปานกลาง
1.34 - 3.00	ระดับมาก

วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha Coefficient) Alpha = 0.766 ซึ่งได้ผลการวิเคราะห์รายด้านดังนี้ จำนวน 22 ข้อ มี 4 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ด้านการมีอาหารเพียงพอ (Availability) เท่ากับ 0.725 จำนวน 5 ข้อ ตอนที่ 2 ด้านการเข้าถึงอาหาร (Food Access) เท่ากับ 0.766 จำนวน 5 ข้อ ตอนที่ 3 ด้านการใช้ประโยชน์จากอาหาร (Utilization) เท่ากับ 0.84 จำนวน 7 ข้อ และตอนที่ 4 ด้านการมี

เสถียรภาพด้านอาหาร (Stability) เท่ากับ 0.744 จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 4 ความรู้ทางด้านอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ ซึ่งดัดแปลงแบบสอบถาม¹² เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบมี 3 ตัวเลือก คือ ถูก ผิด และ ไม่ทราบ จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนเฉลี่ยแบบอิงเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971)²⁷ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

เกณฑ์การแบ่งกลุ่ม ระดับความรู้ด้านอาหาร

0-59 ระดับต่ำ

60-79 ระดับปานกลาง

80-100 ระดับดี

แบบสัมภาษณ์ได้ผ่านผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นนำมาทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในส่วนของความรู้ โดยใช้สูตร KR - 20 มีเท่ากับ 0.80 และส่วนอื่น ๆ ของแบบสอบถามใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นรายด้าน เท่ากับ 0.70 - 0.99

การวิเคราะห์ระดับความมั่นคงทางด้านอาหารของผู้สูงอายุ นำเสนอข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐานและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุ ใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression Analysis) เป็นการ วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณที่กำหนด block ในการนำตัวแปรเข้า โดยเป็นการใส่ตัวแปรอิสระเข้าในสมการตามลำดับก่อนหลัง โดยยึดลำดับก่อนหลังของตัวแปรในกรอบแนวคิดสำหรับการวิจัย สมการถดถอยที่ได้จัดว่าเป็นสมการถดถอยที่เป็นไปตามถูกต้องตามทฤษฎี โดยวิธี Stepwise แบ่งเป็น Block 1 ใส่ตัวแปรควบคุม นั่นคือ ความมั่นคงทางด้านอาหารของผู้สูงอายุในอำเภอรามัน จังหวัดยะลา 4 มิติ Block 2 ปัจจัยด้านบุคคล (microsystem)

Block 3 ปัจจัยด้านครอบครัว (mesosystem) และ Block 4 ปัจจัยด้านสังคม (exosystem) ซึ่งระดับของตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ต้องอยู่ในมาตราอันตรภาคชั้น (Interval Scale) หรือมาตราอัตราส่วน (Ratio Scale) ในกรณีที่ตัวแปรไม่เป็นไปตามมาตรวัดข้างต้น ให้แปลงข้อมูลเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ทั้งนี้ ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกงเบี่ยงเบน¹³ ประกอบด้วย ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น ตัวแปรอิสระแต่ละตัวต้องไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นสูง โดยพิจารณาจากค่า Tolerance ไม่ควรต่ำกว่า 0.1 และค่า VIF ไม่ควรเกิน 10

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา (เลขที่ EH2019 - 011 ลงวันที่ 17 ธันวาคม 2562) พร้อมทั้งทำเอกสารชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัยถึงผู้สูงอายุ เพื่อลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่าง ผู้วิจัยถือเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านบุคคล (microsystem) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.10 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 75.80 ความรู้ทางโภชนาการส่วนใหญ่ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 53.00 ดังตารางที่ 1

2. ผลการจากการวิเคราะห์ปัจจัยด้านครอบครัว (mesosystem) พบว่า รายได้ของครอบครัวผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ที่ 6,000 - 8,999 บาท ร้อยละ 68.20 ($M = 7472.22$, $SD = 1,302.27$) มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ด้วยกันปัจจุบันมากที่สุดจำนวน 4-5 คน ร้อยละ 46.50 ($Med = 5$) และผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นหัวหน้าครอบครัวมากที่สุดร้อยละ 73.50 ดังตารางที่ 2

3. วิเคราะห์ปัจจัยด้านสังคม (exosystem) พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($M = 0.65$, $SD = 0.16$) ดังตารางที่ 3
4. ระดับความมั่นคงทางด้านอาหารของผู้สูงอายุในอำเภอราษีไศล จังหวัดยะลา ได้แก่ การมีอาหารเพียงพอ การเข้าถึงอาหาร การใช้ประโยชน์จากอาหารการมีเสถียรภาพ ด้านอาหาร มีทั้งข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ โดยรวม 4 ด้าน พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 0.77$, $SD = 0.10$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านบุคคล (microsystem) ($n=198$)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	117	59.10
ชาย	81	40.90
สถานภาพสมรส		
หม้าย/คู่สมรสเสียชีวิต	48	24.20
สมรส	150	75.80
ความรู้ทางด้านอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ		
ความรู้ทางโภชนาการอยู่ในระดับดี (คะแนนร้อยละ 80 – 100)	18	9.10
ความรู้ทางโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60 – 79)	75	37.90
ความรู้ทางโภชนาการอยู่ในระดับต่ำ (คะแนนร้อยละ 0 – 59)	105	53.00

ตารางที่ 2 ผลการจากการวิเคราะห์ปัจจัยด้านครอบครัว (mesosystem) ($n=198$)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกันปัจจุบัน		
น้อยกว่า 3	40	20.20
4-5	92	46.50
6-7	62	31.30
8 ขึ้นไป	4	2.00
$(M = 4.69$, $Med = 5$, $SD = 1.36$ $Min = 2$ $Max = 9$)		
สัมพันธภาพในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	145	73.50
ผู้อาศัย	53	26.80
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,999	10	5.10
6,000 - 8,999	135	68.20
9,000 บาทขึ้นไป	53	26.80
$(M = 7472.22$, $S.D = 1302.27$ $Min = 4500.00$ $Max = 10000.00$)		

$M = \text{Mean}$, $Med = \text{Median}$, $SD = \text{Standard Deviation}$

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายข้อ (n=198)

แรงสนับสนุนทางสังคม	Mean	Standard Deviation	ระดับ
1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การดูแล และช่วยเหลือเงิน หรือ อาหาร แก่ท่านเพื่อนำไปบริโภคในการดำเนินชีวิต	0.61	0.48	น้อย
2. สมาชิกในครอบครัวหรือญาติดูแล และช่วยเหลือท่านในการจัดหา หรือซื้อ อาหารรวมทั้งเชื้อเพลิงในการประกอบอาหาร	0.65	0.47	น้อย
3. ท่านนำเงินสนับสนุนเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุช่วยเหลือเป็น ค่าอาหาร สำหรับท่าน	0.69	0.45	ปานกลาง
4. เพื่อนบ้านหรือญาติเต็มใจให้การช่วยเหลือ แบ่งปันและ จัดหาอาหาร	0.70	0.45	ปานกลาง
5. ท่านหรือสมาชิกในครอบครัวสามารถหาอาหาร/ซื้ออาหาร ตามความต้องการได้จากร้านค้า ตลาดนัด หรือแหล่ง ชุมชนของท่าน	0.67	0.46	ปานกลาง
6. หน่วยงานของรัฐหรือองค์กรเอกชนให้การช่วยเหลือ จำหน่ายอาหารราคาถูก เช่น ธงฟ้า	0.42	0.49	น้อย
7. สมาชิกในครอบครัว/ญาติเต็มใจช่วยเหลือท่านในการ จัดหา/ซื้ออาหารตามความต้องการอย่างเพียงพอ	0.79	0.40	ปานกลาง
เฉลี่ยรวม	0.65	0.16	น้อย

M = Mean, Med = Median, SD = Standard Deviation

ตารางที่ 4 ระดับความมั่นคงทางด้านอาหารของผู้สูงอายุในอำเภอรามัน จังหวัดยะลา แยกรายด้าน (n=198)

ความมั่นคงทางด้านอาหาร	Mean	SD	ระดับ
1. การมีอาหารเพียงพอ	0.72	0.19	ปานกลาง
2. การเข้าถึงอาหาร	0.74	0.24	ปานกลาง
3. การใช้ประโยชน์จากอาหาร	0.72	0.21	ปานกลาง
4. การมีเสถียรภาพด้านอาหาร	0.92	0.25	ปานกลาง
เฉลี่ยรวม	0.77	0.10	ปานกลาง

5. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุในอำเภอรามัน จังหวัดยะลา โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเชิงขั้น พบว่า จำนวนสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความมั่นคงทางด้านอาหารของผู้สูงอายุ ซึ่งได้หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ก่อนวิเคราะห์ ดังตารางที่ 6 และพบตัวแปรที่เข้าสามารถทำนายตัวแปรเดียว ได้แก่ จำนวนสมาชิกในครอบครัว (x6) สามารถทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ 0.173 โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุใน อำเภอรามัน จังหวัดยะลาได้ร้อยละ 3 ($R^2=0.030$, $p<0.001$) และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนาย 0.15 ดังตารางที่ 7 โดยสามารถเขียนเป็นสมการทำนาย ได้ดังนี้

สมการรูปคะแนนดิบ

ความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุ = $0.910 + (-0.014) \times x_1$ (จำนวนสมาชิกในครอบครัว)

สมการพยากรณ์รูปคะแนนมาตรฐาน

ความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุ = -0.173 (จำนวนสมาชิกในครอบครัว)

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุ (n=198)

ตัวแปร	y	x1	x2	x3	x4	x5	x6	x7	x8
Y	1								
X1	-0.015	1							
X2	0.006	-0.129	1						
X3	0.016	0.087	-0.064	1					
X4	0.055	0.007	-0.044	0.111	1				
X5	0.054	-0.006	0.097	0.004	-0.016	1			
X6	-	0.015	0.019	0.105	.089	0.029	1		
	0.173*								
X7	0.093	0.007	0.049	0.049	-.063	-0.013	-0.014	1	
X8	-0.034	-0.011	-0.054	0.059	0.192**	0.039	0.004	-0.064	1

Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).*, Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). **

y คือ ความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุ x1 คือ เพศ x2 คือสถานภาพสมรส x3 คือ โรคประจำตัว x4 คือ ความรู้ทางด้านอาหารและโภชนาการ x5 คือ รายได้ของครอบครัว x6 คือ จำนวนสมาชิกในครอบครัว x7 คือ สัมพันธภาพในครอบครัว x8 คือ การสนับสนุนทางสังคม

ตารางที่ 7 น้ำหนักความสำคัญของตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุในอำเภอรามัน จังหวัดยะลา (n=198)

ปัจจัยทำนาย	B	SE	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	.910	.028		32.154	0.001
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	-.014	.006	-.173	-2.453	0.015
R = .173 R ² = .030 adj.R ² = .025 df = 1, 196 F = 6.016 SE _{est} = .11088 p < 0.001					

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ ปัจจัยด้านบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.10 สอดคล้องกับฐานข้อมูลประชากรของจังหวัดยะลา ที่พบว่า ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นเพศหญิงมีมากกว่าเพศชาย³² มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 75.80 มีความรู้ทางด้านอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 53.00 อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในจังหวัดยะลา

จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา (ป.4, ป.6, ป.7)³² ซึ่งนั่นอาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุ ขาดการรับรู้ข้อมูลด้านอาหารและโภชนาการความรู้ มีผลเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมต่อสุขภาพ

ปัจจัยด้านครอบครัว พบว่า รายได้ของครอบครัวผู้สูงอายุอยู่ที่ 6,000-8,999 บาท ร้อยละ 68.20 รายได้ของผู้สูงอายุได้มาจากการประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำสวน ปลูกผัก เพื่อ

รับประทานเองตามวิถีชีวิตของบริบทในพื้นที่ภาคใต้ ซึ่งจากข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) จังหวัดยะลา ปี 2560 พบว่า คนอายุ 60 ปี ขึ้นไป ไม่มีอาชีพ และรายได้ ไม่ผ่านเกณฑ์ ไม่มีการออมในครัวเรือน ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่คนจังหวัดยะลาไม่ผ่านเกณฑ์สูงสุดในหมวดการมีงานทำและรายได้ของผู้สูงอายุ มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกันในปัจจุบัน 4-5 คน วัยแรงงานออกไปทำงานต่างถิ่น ทำให้มีเด็กและผู้สูงอายุอยู่ด้วยกัน¹⁵ หากมีจำนวนสมาชิกมากเกินไปจะมีอาหารไม่เพียงพอต่อการบริโภคของสมาชิก²¹ หากพิจารณาถึงครอบครัวที่มีผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นหัวหน้าครัวเรือน ร้อยละ 73.50 นับได้ว่าเป็นอัตราที่สูง ซึ่งครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุเป็นหัวหน้าครัวเรือนนั้นมีโอกาสยากจนกว่าหัวหน้าครัวเรือนในวัยทำงาน และอาจมีผลทำให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นคงทางด้านอาหารในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์การอยู่อาศัยในครัวเรือนข้ามรุ่นของผู้สูงอายุไทยในภาคใต้ พบว่า การให้ความหมายของการอยู่อาศัยในครัวเรือนข้ามรุ่นส่วนใหญ่เป็นการให้ความหมายในเชิงลบ เช่นว่า เป็นชีวิตลำเค็ญ การเลี้ยงสองต่อ ทั้งนี้มีบางส่วนที่ให้ความหมายในเชิงบวกว่าเป็นสิ่งที่ดี ทำให้ชีวิตไม่เจียบเหว สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อาศัยในลักษณะนี้ มาจากปัญหาครอบครัว และปัญหาส่วนตัวของบุตรและบุตรมีภาระและไม่มีคนเลี้ยงหลาน หน้าที่ของผู้สูงอายุ คือ การเลี้ยงดูหลานเท่าที่ทำได้ การหารายได้เพื่อความอยู่รอดและการจัดการภายในบ้านให้ลงตัว²⁹

ปัจจัยทางสังคมโดยรวม อยู่ในระดับน้อย เป็นไปได้ว่า อำเภอรามันมีจำนวนครัวเรือน และจำนวนประชากรมากเป็นอันดับสองของจังหวัดยะลา คิดเป็นร้อยละ 20.16 และ 22.06 ตามลำดับ³³ จึงทำให้ได้รับการสนับสนุนยังไม่ทั่วถึง ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ยังต้องได้รับการช่วยเหลือจากภาครัฐ ไม่ว่าจะเป็นโครงการต่าง ๆ ที่ภาครัฐให้การสนับสนุนทางด้านอาหาร เช่น โครงการธงฟ้า ซึ่งโครงการเหล่านี้ยังเข้าไม่ถึงพื้นที่ชนบท รวมถึงองค์การปกครองท้องถิ่นไม่ได้ให้การดูแล และ

ช่วยเหลือเงิน อาชีพ หรืออาหารเพื่อนำไปบริโภคในการดำเนินชีวิต ซึ่งไม่สอดคล้องกับแรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพของผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี นนทบุรี และสมุทรปราการที่อยู่ในระดับมาก³⁰

ระดับความมั่นคงทางด้านอาหารของผู้สูงอายุในอำเภอรามัน จังหวัดยะลา โดยรวม 4 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 0.77$, $SD = 0.10$) และแยกรายด้านดังนี้

ด้านการมีอาหารเพียงพอ อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 0.72$, $SD = 0.19$) เป็นไปได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประกอบอาชีพร่วมกันในชุมชน มีอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก เช่น ทำสวนยางพารา สวนผลไม้ ทำนา เป็นต้น²⁸ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความมั่นคงด้านอาหารของครัวเรือนเกษตรไทย พบว่า ครัวเรือนเกษตรที่มีข้าวที่เก็บไว้บริโภค มีโอกาสทางความมั่นคงด้านอาหารมากกว่าครัวเรือนที่ไม่มีข้าวที่เก็บไว้บริโภค เนื่องจากปริมาณข้าวที่เก็บไว้บริโภคในครัวเรือนไม่ว่าจากการผลิตเองหรือนำเข้าจากแหล่งอื่น หรือรวมถึงการได้รับความช่วยเหลือทางอาหาร มีความสำคัญในแง่ของความพอเพียงด้านอาหาร²⁴

ด้านการเข้าถึง อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 0.74$, $SD = 0.24$) อาจเป็นไปได้ว่า ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงอาหารได้สะดวก เนื่องมาจากในชุมชนชนบทยังมีร้านค้าหรือรถขายเร่่น้อยมาก ตลาดที่มีอาหารจำหน่ายก็อยู่ไกลกับบ้านเรือนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ ผู้สูงอายุมีตู้เย็น/อุปกรณ์สำหรับเก็บอาหารสดพร้อมใช้ประกอบอาหาร แต่ไม่ค่อยเลือกซื้ออาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ การเลือกผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์มาประกอบอาหารยังปฏิบัติได้น้อย ผู้สูงอายุไม่สามารถหามาปรุงอาหารรับประทานเองได้ ด้วยสภาพความเป็นอยู่ที่ไกลกับแหล่งซื้อและซื้อจำกัดทางเศรษฐกิจในสมัยปัจจุบัน³ สอดคล้องกับแนวคิดของนักเศรษฐศาสตร์ชาวอินเดีย ที่ได้อธิบายว่า การขาดแคลนอาหารของประชาชนในหลายประเทศไม่ได้เกิดจากอาหารไม่เพียงพอ แต่เกิดจากการเข้าถึงสิทธิด้านอาหาร คือ การที่ประชาชนไม่สามารถ

เข้าถึงอาหารโดยการผลิตเองหรือซื้อมาบริโภค เพราะอาหารมีราคาแพงขึ้น ประชาชนบางส่วนจึงขาดแคลนอาหารบริโภคได้ ซึ่งรูปแบบการเข้าถึงอาหารมีปัญหาสำคัญอย่างน้อย 2 รูปแบบ คือ ประการแรก ประชาชนมีเงินที่สามารถซื้ออาหารได้ แต่อาหารมีไม่เพียงพอ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดขึ้นกับประเทศที่พัฒนาแล้ว และประการที่สอง ประชาชนไม่มีเงินที่สามารถซื้ออาหารได้แม้มีอาหารที่ผลิตเพียงพอ ซึ่งมักจะเกิดขึ้นกับประเทศกำลังพัฒนาที่ประชากรส่วนใหญ่อยู่ในภาคการเกษตร และมีความยากจน จะเห็นได้ว่า ปัญหาทั้งสองรูปแบบที่เกิดขึ้นมีความเกี่ยวของทั้งกระบวนการผลิตอาหาร และปัญหาการเข้าถึงอาหารของประชาชน¹⁷

ด้านการใช้ประโยชน์จากอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 0.72$, $SD = 0.21$) อาจเป็นได้ว่า บ่อยครั้งที่ผู้สูงอายุจะเลือกรับประทานอาหารที่มีอยู่โดยไม่ได้นึกถึงคุณค่าของอาหาร เนื่องด้วยปัจจัยส่วนบุคคลต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ¹⁸ ความรู้ทางด้านอาหารและโภชนาการ ระดับการศึกษา รายได้ และพื้นที่อาศัยมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่แตกต่างกันไป ขึ้นกับอายุ น้ำหนักส่วนสูง¹⁹ และบ่อยครั้งที่ผู้สูงอายุจะเลือกปฏิบัติในการรับประทานอาหารเสริมที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เนื่องจากประหยัดเงินและไม่ชอบรับประทานอาหารเสริมประเภทวิตามิน แต่สามารถหลีกเลี่ยงอาหารที่ใส่เครื่องปรุงรสเกินความจำเป็นได้ เช่น ผงชูรส²³ สอดคล้องกับการศึกษาความมั่นคงทางอาหารในครัวเรือนเกษตรกร ตำบลสองห้อง อำเภอปากท่า จังหวัดอุดรธานี ประโยชน์จากอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง โดย เลือกซื้อเครื่องปรุงรส ที่มีแหล่งผลิตที่แน่นอน เชื่อถือได้ เลือกซื้ออาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกายเป็นประจำและหลีกเลี่ยงอาหารที่ใส่ผงชูรสเกินความจำเป็น²⁵

ด้านการการมีเสถียรภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 0.92$, $SD = 0.25$) บ่อยครั้งที่ผู้สูงอายุรับ ประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่ ซึ่งมัก

เกิดในช่วงที่ราคายางพาราตกต่ำ เกิดภัยพิบัติน้ำท่วม พบว่า ความมั่นคงทางอาหารของครัวเรือนเกษตรกรด้านเสถียรภาพทางอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง¹⁶

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุในอำเภอรามัน จังหวัดยะลา พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุมีเพียงตัวแปรเดียว คือ จำนวนสมาชิกในครอบครัวเป็นตัวแปรที่อยู่ในปัจจัยด้านครอบครัว สามารถทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุในอำเภอรามัน จังหวัดยะลา ได้ร้อยละ 3 ($R^2=0.030$, $p<0.001$) และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ 0.173 และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนาย 0.15 จำนวนสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ -0.014 ซึ่งหมายความว่า จำนวน สมาชิกในครอบครัวที่เป็นปัจจัยตัวกำหนดความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุ หากจำนวนสมาชิกในครอบครัวเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีผลทำให้ความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุลดลง -0.014 หน่วย โดยควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ในสมการทั้งหมด ซึ่งปัจจัยดังกล่าว สามารถอธิบายความสัมพันธ์กับความมั่นคงทางอาหารได้ด้วย ทฤษฎีระบบนิเวศวิทยาบรอนเฟนเบรนเนอร์ที่เชื่อว่าการเกิดพฤติกรรมไม่สามารถอธิบายได้ด้วยปัจจัยเพียงปัจจัยเดียว ปัจจัยที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมนั้นเป็นความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมโดยบุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคลมากที่สุด และขยายออกไปรอบ ๆ ตัว Bronfenbrenner ได้แบ่งความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่าง ระบบบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ดังกล่าวออกเป็น 5 ระดับ คือ 1) ระดับจุลภาคหรือระดับเล็ก (micro system) 2) ระดับกลาง (mesosystem) 3) ระดับภายนอก (exosystem) 4) ระดับมหภาคหรือระดับใหญ่

(macrosystem) 5) ระดับระบบลำดับเวลา (chronosystem)¹⁰ เนื่องจากความมั่นคงทางอาหารเป็นระบบความสัมพันธ์ในระดับแรกที่บุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์หรือมีความสัมพันธ์กันกับสิ่งแวดล้อมใกล้เคียง ๆ ตัว ได้แก่ ในครอบครัว โรงเรียน เพื่อนบ้าน เช่น ความเชื่อหรือพฤติกรรมของบิดา มารดา ย่อมส่งผลต่อทัศนคติและการแสดงออกต่อพฤติกรรมหนึ่ง ๆ ความสัมพันธ์ในระดับนี้จะมีอิทธิพลมากที่สุดต่อพฤติกรรม ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสุขภาพ จึงจำเป็นต้องมีปฏิสัมพันธ์ กับสิ่งแวดล้อมในระดับอื่น ๆ เพื่อการดำรงชีวิต ดังนั้นปัจจัยด้านครอบครัวบ่งบอกถึงความสามารถในการเข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพมีความหลากหลาย และการได้รับอาหารปริมาณที่เพียงพอ²⁰

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านครอบครัวพบว่า จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกันปัจจุบัน 4-5 คน ร้อยละ 46.50 มีผลต่อความสามารถในการเข้าถึงอาหารเพื่อการบริโภคในชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาความมั่นคงทางอาหารของชาวละแวกบ้านปากา อำเภอบ่อเกลือ จังหวัดน่าน พบว่า ความสามารถในการเข้าถึงอาหารเพื่อการบริโภคในชีวิตประจำวันมีผลมาจากจำนวนสมาชิกในครอบครัว โดยครอบครัวที่มีสมาชิก 6-10 คน สามารถเข้าถึงอาหารได้มากที่สุด เนื่องจากปริมาณอาหารที่หามาได้ในแต่ละวันมีสัดส่วนสอดคล้องกับขนาดของครอบครัว หากมีจำนวนสมาชิกมากเกินไป จะมีอาหารไม่เพียงพอต่อการบริโภคของสมาชิกซึ่งสมาชิกส่วนใหญ่เป็นเด็ก และผู้สูงอายุมากกว่าสมาชิกวัยแรงงาน และพบว่าครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิก 16 คนขึ้นไปจะเข้าถึงอาหารได้น้อยที่สุด²¹ และยังสอดคล้องกับการศึกษาความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท จังหวัดพัทลุง พบว่า จำนวนสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05³ แต่จะแตกต่างกับการศึกษาความมั่นคงทางอาหารของชุมชนโคกพะยอม ตำบลละงู อำเภอละงู

จังหวัดสตูล ที่พบว่า ครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกมาก ความสามารถในการหาอาหารมาบริโภคได้มากกว่าครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกน้อย เนื่องจากความแตกต่างกันของจำนวนสมาชิกนำไปสู่การมีแรงงานในการหาอาหารที่แตกต่างกัน²²

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงทางด้านอาหารของผู้สูงอายุในอำเภอรามัน จังหวัดยะลา ขึ้นอยู่กับจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกันปัจจุบัน หากมีจำนวนสมาชิกส่วนใหญ่เป็นเด็ก และผู้สูงอายุมากกว่าสมาชิกวัยแรงงานจะมีผลต่อความมั่นคงทางด้านอาหารของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้ ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของปัจจัยเชิงนิเวศวิทยาทั้งในระดับครอบครัวและสังคม จึงควรมุ่งเน้นส่งเสริมการจัดตั้งกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อดำเนินกิจกรรม ฝึกอบรม ให้ความรู้ สร้างโอกาสในการประกอบอาชีพ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกันในปัจจุบันหลายคน มีรายได้ที่เพิ่มขึ้น สามารถพึ่งตนเอง และรวมถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะเป็นการสร้างความมั่นคงด้านอาหารของผู้สูงอายุ รวมทั้งการปรับเปลี่ยนและจัดการสิ่งแวดล้อมของชุมชนให้ส่งเสริมต่อความมั่นคงทางอาหารในครัวเรือน การวิจัยครั้งนี้นำทฤษฎีระบบนิเวศวิทยาบรอนเฟนเบอร์เนอร์มาประยุกต์ใช้ศึกษาเพียง 3 ระบบ ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาในประเด็น macrosystem และ chronosystem เพิ่มเติมเพื่อนำไปสู่การวางแผนการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในอนาคตและเป็นรูปธรรมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับอาหาร ส่งเสริมให้ความรู้ ด้านโภชนาการ แก่ผู้สูงอายุ ผ่านทางชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ หรือ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของหอประชุมหมู่บ้าน เพื่อนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน

2. องค์การปกครองท้องถิ่นนำผลข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษาสู่การวางแผนต้อนรับสังคม

ผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในอนาคต เพื่อดูแลผู้สูงอายุทุกมิติอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อการดูแลผู้สูงอายุอย่างในระยะยาวต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุในอำเภอรามัน จังหวัดยะลา ในด้านอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น ระบบ macro system คือ นโยบายของรัฐบาล และ วัฒนธรรมย่อยของสังคม ความเชื่อ และ ระบบ chronosystem คือ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว สถานภาพทางด้านการเงินเศรษฐกิจ สถานที่อยู่อาศัย เป็นต้น

2. ควรส่งเสริมการจัดกิจกรรม สร้างรายได้ ด้วยการเพิ่มศักยภาพการประกอบอาชีพที่เหมาะสมกับวัยวุฒิประสบการณ์ ความต้องการ และสมรรถภาพของร่างกาย เพื่อพัฒนาผู้สูงอายุในชุมชนให้สามารถเข้าถึงทรัพยากรอาหารที่ถูกต้อง ให้มีประโยชน์มากยิ่งขึ้น และเป็นแนวทางในการศึกษาความมั่นคงในกลุ่มวัยอื่น ๆ ต่อไป

3. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความมั่นคงทางอาหารในครัวเรือน โดยให้ผู้สูงอายุและชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อนำไปสู่การจัดทำนโยบาย พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและระบบบริการสาธารณสุขในชุมชน เพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สาธารณสุขอำเภอในเขตพื้นที่จังหวัดยะลา ตลอดจนบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โกตาบารู อำเภอ รามัน จังหวัดยะลา ที่อำนวยความสะดวกให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์อย่างดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2561. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2562.
2. สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. สังคมผู้สูงอายุกับการขับเคลื่อนประเทศไทย พ.ศ. 2561 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://library2.parliament.go.th>
3. พิชราวดี อรรถวิวัฒนากุล. ความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท จังหวัดพัทลุง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา; 2557. 110 หน้า.
4. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2560.
5. กระทรวงสาธารณสุข. กรมอนามัย. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. กลยุทธ์การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวกับตำบลต้นแบบดีเด่น. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2556. 84 หน้า.
6. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. กรอบยุทธศาสตร์ด้านอาหารการจัดการในประเทศไทย 2562. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข; [เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://1ab.in/U2U>
7. สำนักงานแรงงานจังหวัดยะลา. รายงานสถานการณ์แรงงานจังหวัดยะลา ประจำปี 2562 (มกราคม – ธันวาคม 2561). [อินเทอร์เน็ต]. ยะลา: สำนักงานแรงงานจังหวัดยะลา; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://yala.mol.go.th>

8. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยประจำปี 2560. กรุงเทพฯ; 2560.
9. กองบริหารแรงงานไทยไปต่างประเทศ. จำนวนคนหางานที่ได้รับอนุญาตให้เดินทางไปทำงานต่างประเทศ (จำแนกตามประเทศและวิธีการเดินทาง) สถิติรายปีงบประมาณ 2561. [อินเทอร์เน็ต]. กองบริหารแรงงานไทยไปต่างประเทศ; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://www.doe.go.th/prd/overseas/statistic/param/site/149/cat/81/sub/0/pull/category/view/list-label>
10. Bronfenbrenner, U. Making human beings human: Bio ecological perspectives on human development. Thousand Oaks. CA: Sage; 2007.
11. ปุญญพัฒน์ ไชยเมธ. การกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงพรรณนาในงานสาธารณสุข. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ. 2556; 16(2): 9-18
12. สุพรรณิ พุกษา. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2559; 16(3). 2-12
13. กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการพยาบาลด้านผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์. 2560; 10(1): 56-68
14. วันทนี ชัยฤทธิ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุในชุมชนชนบททางภาคใต้. วารสารรามธิบดีพยาบาล. 2555; 18(3):311-326
15. เกศนาฏ กลิ่นทอง และคณะ. ความมั่นคงทางอาหารในครัวเรือนเกษตรกร ตำบลสองห้อง อำเภอปากท่าจังหวัดอุดรดิตถ์: การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. ครั้งที่ 8. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2561. หน้า1-15.
16. Stuck record: Why Amartya Sen is wrong on food security again. 2016; 5.
17. วิรุท นนสรณ์. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2019; 16(3)
18. มโนลี ศรีเปารยะ เพ็ญพงษ์. พฤติกรรมการบริโภคอาหารส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารศรีวนาลัยวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, 2560; 7(2)
19. Han, Y., Li, S., &Zheng, Y. Predictors of nutritional status among Community dwelling older adults in Wuhan china. Public Health Nutrition. 2008; 12(8), 1189-1196.
20. สุธานี มะลิพันธ์. ความมั่นคงทางอาหารของชาวลัวะบ้านปากา อำเภอบ่อเกลือ จังหวัดน่าน. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี; 2552.130 หน้า.
21. จอมขวัญ ชุมชาติ. ความมั่นคงทางอาหารของชุมชนโคกพะยอม ตำบลละงู อำเภอละงู จังหวัดสตูล. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2558. 257 หน้า
22. พิชราวดี อรรถวิวัฒนากุล. การศึกษาความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านหินผุด อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 2561; 1(2): 1-14.
23. ปุณณดา มาสวัสดิ์ ประพิณวดี ศิริกุลลักษณ์ และอิสริยา นิตินันท์ประกาศ บุญญะศิริ. ปัจจัยที่มีผลต่อความมั่นคงด้านอาหารของครัวเรือนเกษตรกรไทย. วารสารวิจัยและพัฒนาโลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2559; 11(2):1-10.

24. 24.อรนิตย์ จันทะเสน นพวรรณ เปียชื่อ และสุจินดา จารุพัฒน์ มารูโอ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิด 2 ในชุมชนทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2560; 11(1): 1-14.
25. จิตติพร โชติดี. ความมั่นคงทางอาหารในครัวเรือนของผู้มีรายได้น้อยในเขตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2552. 112 หน้า.
26. Best, J.W. Research in Education. (3rd ed) Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc; 1977.
27. Bloom, Benjamin S., et al. Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill Book Company; 1971.
28. องค์การบริหารส่วนจังหวัดยะลา. สภาพทั่วไปและข้อมูลพื้นฐาน. [อินเทอร์เน็ต]. ยะลา: องค์การบริหารส่วนจังหวัดยะลา; [เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://www.yalapao.go.th>
29. พัชรี คมจักรพันธ์ และวรรณิ์ จันทร์สว่าง. ประสพการณ์การอยู่อาศัยในครัวเรือนข้ามรุ่นของผู้สูงอายุไทยในภาคใต้. วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์. 2558; 35(3): 1-22.
30. กัลยารัตน์ ธีระชนชัยกุล. อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุเขต กรุงเทพมหานคร ปทุมธานี นนทบุรี และสมุทรปราการ. [วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีปทุม; 2562. 152 หน้า.
31. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2549). สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: จามจุรีโปรดักท์.
32. งานเวชสารสนเทศ โรงพยาบาลรามัน. (2563). สรุปผลการดำเนินงาน คปสอ.รามัน ประกอบการติดตามการนำนโยบายสู่การปฏิบัติและนิเทศ คปสอ.รอบ 1 ปี 2563. [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://www.ramanhospital.net>.
33. สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัดยะลา. รายงานคุณภาพชีวิตประชาชนจังหวัดยะลา ประจำปี 2562. [อินเทอร์เน็ต]. ยะลา: สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัดยะลา; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 19 กรกฎาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://yala.cdd.go.th>

Received: 5 Sep 2021, Revised: 9 Oct 2021

Accepted: 16 Oct 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ตำบลแม่ท้อ อำเภอเมือง จังหวัดตาก

พุดพิงค์ มากมาย^{1,*}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ตำบลแม่ท้อ อำเภอเมือง จังหวัดตาก ประชากรคือผู้สูงอายุ จำนวน 1,220 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daniel ได้กลุ่มตัวอย่าง 300 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล, ด้านความรู้, ด้านทัศนคติ, ปัจจัยเอื้อ, ปัจจัยเสริม, และพฤติกรรมการออกกำลังกาย นำไปทดลองใช้และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์เท่ากับ 0.704 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลวิจัยพบว่า ด้านความรู้ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 42.33 ด้านทัศนคติมีอยู่ในระดับสูงร้อยละ 90.67 ปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับสูงร้อยละ 94.33 ปัจจัยเสริมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 95.00 พฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 63.67 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ด้านความรู้และด้านทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.143$, $p\text{-value}=0.013$ และ $r = 0.133$, $p\text{-value}=0.021$ ตามลำดับ) ปัจจัยเอื้อไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ($r = -0.041$, $p\text{-value}=0.477$) และปัจจัยเสริมไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ($r = -0.001$, $p\text{-value}=0.982$) ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ถูกต้อง และกระตุ้นถึงความสำคัญและประโยชน์ของการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ให้ผู้สูงอายุเข้าถึงข้อมูลข่าวสารโดยผ่านสื่อหลากหลายวิธี สนับสนุนอุปกรณ์การออกกำลังกายให้เพียงพอ และบุคคลรอบข้างควรกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

คำสำคัญ: พฤติกรรมการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม

¹ คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

* Corresponding author: m.phutthi@gmail.com

Original Article

Exercise behaviors of elderly people in Maetor subdistrict,
Maueng district, Tak provincePhutthipong Makmai^{1,*}

Abstract

This descriptive research aimed to study exercise behaviors of elderly people in Maetor subdistrict, Maueng district, Tak province. Population was 1,220 elderly people and the sample size calculating used Daniel formula for 300 cases. Data were collected by questionnaires composed of 6 parts; personal characteristics, knowledge, attitude, enabling factors, reinforcing factors, and exercise behaviors. Try out testing reliability by Cronbach's coefficient alpha was 0.704, and statistic analyzed used Pearson's Product Moment Correlation Coefficient. The result showed that knowledge was low level 42.33%. Attitude was high level 90.67%. Enabling factors were high level 94.33%. Reinforcing factors were high level 95.00%. Exercise behaviors were medium level 63.67%. Association analyzed found that predisposing factors both knowledge and attitude were positively associated with exercise behaviors with significance at 0.05 ($r = 0.143$, $p\text{-value}=0.013$ and $r = 0.133$, $p\text{-value}=0.021$, respectively). Enabling factors was not associated with exercise behaviors ($r = -0.041$, $p\text{-value}=0.477$). And reinforcing factors was not associated with exercise behaviors ($r = 0.001$, $p\text{-value}=0.982$). The suggestions are officers should educate elderly people with precise knowledge and encourage them to realize an importance of exercise. Elderly people should easily access information and resources, and should be encouraged to do exercise by surrounding people.

Keywords: Exercise Behavior, Elderly People, Predisposing Factor, Enabling Factor, Reinforcing Factor

¹ Faculty of Allied Health Sciences, Northern College

* Corresponding author: m.phutthi@gmail.com

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization)¹เปิดเผยว่า ในปี พ.ศ. 2558 กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของคนทั่วโลก โดยมีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดประมาณ 17.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 31 ของอัตราการตายทั่วโลก สำหรับประเทศไทย จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) เผยสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะของผู้สูงอายุ พ.ศ.2556 ในเพศชาย 3 ลำดับแรก คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และความผิดปกติทางการรับรู้ ส่วนเพศหญิง 3 ลำดับแรก คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด ความผิดปกติทางการรับรู้ และโรคมะเร็ง และพบโรคที่ผู้สูงอายุตายเรียงลำดับคือ มะเร็ง หลอดเลือดสมอง ปอดอักเสบ ไต และเบาหวาน³

จากข้อมูลสถิติของจังหวัดตาก ซึ่งเป็นจังหวัดหนึ่งทางภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทยที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 146,242 คน สำหรับตำบลแม่ท้อ ซึ่งเป็นตำบลหนึ่งในอำเภอเมือง เป็นสังคมชนบทแบบเกษตรกรรม จากแนวโน้มมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุของตำบลแม่ท้อที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นนำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งมีผู้สูงอายุในเขตตำบลแม่ท้อที่มีความเสี่ยงสูงอันตรายต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดปี พ.ศ.2559-2562¹ ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข มีอัตราป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุในเขตตำบลแม่ท้อ อำเภอเมือง จังหวัดตาก จากปี พ.ศ.2558-2561 โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ซึ่งสาเหตุหนึ่งมาจากการไม่ออกกำลังกาย อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุคิดว่าการปฏิบัติภารกิจประจำวันของตนเอง เช่น การทำความสะอาดบ้าน เป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว

หากปัญหาเหล่านี้ไม่ได้รับการดูแลหรือแก้ไข ความรุนแรงของโรคจะรุนแรงมากขึ้น การออกกำลังกายเป็นแนวทางสำคัญแนวทางหนึ่งที่มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ ทำให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่เป็นโรคง่าย อีกทั้งทำให้สุขภาพจิตดี ลดความเครียด มีเพื่อนมากขึ้น สามารถลดภาวะซึมเศร้า

ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ตำบลแม่ท้อ อำเภอเมือง จังหวัดตาก เพื่อนำผลที่ได้มาเป็นข้อมูลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่สามารถป้องกันได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลแม่ท้อ อำเภอเมือง จังหวัดตาก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย และทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลแม่ท้อ อำเภอเมือง จังหวัดตาก
3. เพื่อศึกษาปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงทรัพยากรเกี่ยวกับการออกกำลังกาย และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลแม่ท้อ อำเภอเมือง จังหวัดตาก
4. เพื่อศึกษาปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนจากชุมชน และการได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลแม่ท้อ อำเภอเมือง จังหวัดตาก
5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลแม่ท้อ อำเภอเมือง จังหวัดตาก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง และอาศัยอยู่ในเขตตำบลแม่ท้อ อำเภอเมือง จังหวัดตาก จำนวน 1,220 คน ซึ่งสามารถสื่อความหมายเข้าใจได้ และตอบแบบสอบถามได้ ไม่มีความพิการ หรือไม่เป็นอัมพาต หรือไม่เป็นโรคที่แพทย์ห้ามหรือจำกัดการออกกำลังกาย สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรแน่นอนของ Daniel, W.W.⁶ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนที่สามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 300 คน โดยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) โดยการเทียบสัดส่วน (Quota Sampling) ผู้สูงอายุทั้งหมดในตำบลแม่ท้อจาก 15 หมู่บ้าน โดยการเทียบสัดส่วนผู้สูงอายุของตำบลแม่ท้อทั้งหมดและการสุ่มเลือกรายชื่อผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน เพื่อเป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) ด้วยวิธี ดังนี้ (1) นำข้อมูลรายชื่อผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน มาเรียงลำดับ จาก ก ถึง ฮ (2) คำนวณระยะห่างของการเลือกตำแหน่งตัวอักษร โดยใช้สูตร $K = N1/n1$

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) แบ่งออกเป็น 6 ส่วน

ส่วนที่ 1 เป็นข้อความเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามเป็นข้อความ

แบบปลายปิดและเติมคำลงในช่องว่างจำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นข้อความเกี่ยวกับปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะของคำถามเป็นคำถามแบบเลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ เกณฑ์การให้คะแนนการแปลผลคะแนนโดยพิจารณาตามเกณฑ์ ของ บลูม (Bloom, 1968)

ส่วนที่ 3 เป็นข้อความเกี่ยวกับปัจจัยนำด้านทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามความคิดเห็น ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยให้ค่าคะแนนสูงสุด ลบ ด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วนำไปหารด้วยระดับการวัดที่ต้องการตามแนวคิดของ เบสท์ (Best John W, 1977)

ส่วนที่ 4 เป็นข้อความเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงทรัพยากรเกี่ยวกับการออกกำลังกายและการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการออกกำลังกาย จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามความคิดเห็น ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยให้ค่าคะแนนสูงสุด ลบ ด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วนำไปหารด้วยระดับการวัดที่ต้องการตามแนวคิดของ เบสท์ (Best John W, 1977)

ส่วนที่ 5 เป็นข้อความเกี่ยวกับปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนจากชุมชน และการได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน จำนวน 24 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามความคิดเห็น ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย

อย่างยิ่ง เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยให้ค่าคะแนนสูงสุด ลบ ด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วนำไปหารด้วยระดับการวัดที่ต้องการตามแนวคิดของ เบสท์ (Best John W, 1977)

ส่วนที่ 6 เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามการปฏิบัติ ดังนี้ ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัติน้อย ปฏิบัติน้อยที่สุด เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยให้ค่าคะแนนสูงสุด ลบ ด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วนำไปหารด้วยระดับการวัดที่ต้องการตามแนวคิดของ เบสท์ (Best John W, 1977)

ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม เพื่อหาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านและนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้สูงอายุในเขตตำบลหนองบัวใต้ อำเภอเมือง จังหวัดตาก ที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ 0.704 และตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการออกกำลังกาย เท่ากับ 0.907

สถิติที่ใช้ในการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปนำเสนอโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานเพื่อวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

(Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (Ethical Subject) คำตอบของผู้ตอบแบบสอบถามจะถือเป็นความลับและข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้งหมด ผู้วิจัยจะนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้ในการศึกษาวิจัยเท่านั้นและจะนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของประชากรทั้งหมด และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมทางวิชาการเท่านั้น งานวิจัยนี้ได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยประจำสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องกับมนุษยศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เอกสารรับรองเลขที่ NTC888-0001

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 47.67 ใกล้เคียงกับเพศชาย ร้อยละ 52.33 เมื่อพิจารณาช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 62-68 ปี ร้อยละ 55.67 สถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 63.67 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45.00 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 30.00 ในส่วนของรายได้ต่อเดือน พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระหว่าง 600-8,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 43.33

ปัจจัยนำ ด้านความรู้กับด้านทัศนคติ เกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ตำบลแม่ท้อ อำเภอเมือง จังหวัดตาก พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 42.33 ดังตารางที่ 1 และมีทัศนคติอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 90.67 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ปัจจัยนำ ระดับความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ (n=300)

ระดับความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย					
สูง		ปานกลาง		ต่ำ	
จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
89	29.67	84	28.00	127	42.33

ตารางที่ 2 ปัจจัยนำ ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ (n=300)

ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย					
สูง		ปานกลาง		ต่ำ	
จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
272	90.67	28	9.33	0	0

ปัจจัยเอื้อ ด้านการเข้าถึงทรัพยากร
เกี่ยวกับการออกกำลังกาย และการได้รับข้อมูล
ข่าวสารเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ
ตำบลแม่ท้อ อำเภอมือง จังหวัดตาก พบว่า

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัจจัยเอื้อ ด้านการเข้าถึง
ทรัพยากรและการได้รับข้อมูลข่าวสารอยู่ใน
ระดับ สูง ร้อยละ 94.33 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยเอื้อ ด้านการเข้าถึงทรัพยากรเกี่ยวกับการออกกำลังกายและการได้รับข้อมูลข่าวสาร
เกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ (n=300)

ปัจจัยเอื้อ	ระดับปัจจัยเอื้อ					
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การเข้าถึงทรัพยากรเกี่ยวกับ การออกกำลังกาย	258	86.00	42	14.00	0	0
การได้รับข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับการออกกำลังกาย	270	90.00	29	9.67	1	0.33
ภาพรวมปัจจัยเอื้อ	283	94.33	17	5.67	0	0

ปัจจัยเสริม ด้านการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนจากชุมชน และการได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนของผู้สูงอายุ ตำบลแม่ท้อ อำเภอเมือง จังหวัดตาก พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัจจัยเสริม ด้านการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนจากชุมชนและการได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 95.00 ดังตารางที่ 4

พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ตำบลแม่ท้อ อำเภอเมือง จังหวัดตาก พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.67 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 4 ปัจจัยเสริม ด้านการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนจากชุมชน และการได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนของผู้สูงอายุ (n=300)

ปัจจัยเสริม	ระดับปัจจัยเสริม					
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว	290	96.67	10	3.33	0	0
การได้รับการสนับสนุนจากชุมชน	283	94.33	16	5.33	1	0.33
การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน	278	92.67	21	7.00	1	0.33
ภาพรวมปัจจัยเสริม	285	95.00	15	5.00	0	0

ตารางที่ 5 ระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ (n=300)

ระดับพฤติกรรมการออกกำลังกาย					
สูง		ปานกลาง		ต่ำ	
จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
75	25.00	191	63.67	34	11.33

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ตำบลแม่ท้อ อำเภอเมือง จังหวัดตาก พบว่า จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และ

พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ตำบลแม่ท้อ อำเภอเมือง จังหวัดตาก โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติกับ 0.05 ดังนี้ ปัจจัยนำ ด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์

ทางบวก กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ($r = 0.143, p\text{-value} = 0.013$) ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ($r = 0.133, p\text{-value} = 0.021$) ปัจจัยเอื้อ ไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ($r = -0.041, p\text{-value} = 0.477$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงทรัพยากรเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ($r = 0.061, p\text{-value} = 0.291$) ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางลบ กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ($r = -0.122, p\text{-value} =$

0.035) และปัจจัยเสริม ไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ($r = 0.001, p\text{-value} = 0.982$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ($r = 0.043, p\text{-value} = 0.456$) ด้านการได้รับการสนับสนุนจากชุมชน ไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ($r = -0.012, p\text{-value} = 0.833$) ด้านการได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน ไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ($r = 0.003, p\text{-value} = 0.960$) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

ปัจจัย	พฤติกรรมการออกกำลังกาย		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	$p\text{-value}$	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยนำเข้า			
ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย	0.143	0.013*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย	0.133	0.021*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ปัจจัยเอื้อ			
การเข้าถึงทรัพยากรเกี่ยวกับการออกกำลังกาย	-0.041	0.477	ไม่มีความสัมพันธ์
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการออกกำลังกาย	0.061	0.291	ไม่มีความสัมพันธ์
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการออกกำลังกาย	-0.122	0.035*	มีความสัมพันธ์ทางลบ
ปัจจัยเสริม			
การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว	0.001	0.982	ไม่มีความสัมพันธ์
การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว	0.043	0.456	ไม่มีความสัมพันธ์
การได้รับการสนับสนุนจากชุมชน	-0.012	0.833	ไม่มีความสัมพันธ์
การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน	0.003	0.960	ไม่มีความสัมพันธ์

* ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

สมมุติฐานที่ 1 ปัจจัยนำ ด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยนำ ด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ($r = 0.143$, $p\text{-value} = 0.013$) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า ความรู้ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรม Bloom, Benjamin S.⁷ ที่กล่าวว่า ความรู้ที่เกิดจากการเรียนรู้ จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากเดิมไปสู่พฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวร และพฤติกรรมใหม่นี้เป็นผลมาจากประสบการณ์หรือการฝึกฝน พฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจะต้องเปลี่ยนไปอย่างค่อนข้างถาวร เช่น ความรู้ที่ได้จากการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เช่น การออกกำลังกาย จะเกิดพฤติกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความรู้ของ Good, Carter V.⁸ ที่กล่าวว่า ความรู้เป็นข้อเท็จจริง ความจริง เป็นข้อมูลที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมจากประสบการณ์ต่าง ๆ การที่บุคคลยอมรับหรือปฏิเสธสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้อย่างมีเหตุผล บุคคลควรจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ เพื่อประกอบการตัดสินใจ รวมทั้งเกิดความตระหนัก ความเชื่อ และค่านิยมต่างๆ ด้วย เช่นเดียวกับความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายและโทษของการไม่ออกกำลังกาย ก็จะส่งผลให้ผู้สูงอายุตัดสินใจในการออกกำลังกายได้ และการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกายได้อย่างถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับข้อคำถามด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ว่า การออกกำลังกายต้องปฏิบัติหลังรับประทานอาหารทันที รองลงมาคือ การออกกำลังกายประกอบด้วย 3 ช่วง คือ ช่วงอบอุ่นร่างกาย ช่วงฝึกจริง และช่วงผ่อนคลาย ตามลำดับ นั้นแสดง

ให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมีการเรียนรู้และมีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย

ผลการวิจัย สอดคล้องกับการศึกษาของสมบัติ กาวิลเครือ⁹ ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง พบว่า ความรู้เรื่องการออกกำลังกายที่ผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันระดับมาก ($r = 0.509$)

สมมุติฐานที่ 2 ปัจจัยนำ ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยนำ ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ($r = 0.133$, $p\text{-value} = 0.021$) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า ตามทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom, Benjamin S.⁷ ที่ได้กล่าวถึงพฤติกรรมด้านเจตคติ หมายถึง ความสนใจ ความรู้สึก ทำที่ความชอบในการให้คุณค่าหรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่เป็นพฤติกรรมที่ยากแก่การอธิบายเพราะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของคน และการแสดงลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือและสอดคล้องกับทฤษฎีที่เกี่ยวกับทัศนคติของ Rosenberg, R.J. and Hovland, C.I.¹⁰ ที่ได้สรุปและอธิบายทฤษฎีความสอดคล้องระหว่างแนวคิดกับความรู้สึกว่าความสอดคล้องระหว่างองค์ประกอบของทัศนคติ แนวคิดและความรู้สึก การเปลี่ยนทัศนคติโดยผ่านกระบวนการเร้าด้วยวิธีสื่อสาร ส่วนใหญ่เน้นการเปลี่ยนองค์ประกอบความรู้ การให้ข้อมูลใหม่ ๆ ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนองค์ประกอบความรู้สึกและการเปลี่ยนทัศนคติ ดังนั้น ทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จึงสัมพันธ์กับความรู้สึก และความเชื่อ หรือการรู้ของผู้สูงอายุกับแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกายในทางใดทางหนึ่งต่อเป้าหมายของ

ทัศนคตินั้น ซึ่งเป็นไปได้ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ทัศนคติมีผลให้มีการแสดงพฤติกรรมออกมาจะ เห็นได้ว่า ทัศนคติ ประกอบด้วย ความคิดที่มีผล ต่ออารมณ์ และความรู้สึกนั้นออกมาโดย พฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับข้อคำถามด้านทัศนคติ เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ว่า การออกกำลังกาย ช่วยลดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ รองลงมาคือ การออกกำลังกายเป็นประจำทำให้ร่างกายมีความ คล่องตัว ตามลำดับ นั้นแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมี ทัศนคติ หรือความรู้สึก ความเชื่อ หรือการรู้ของ ผู้สูงอายุ เกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการออก กกำลังกาย

ผลการวิจัย สอดคล้องกับการศึกษาของ ธา ริน สุขอนันต์ และคณะ¹¹ ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผล ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ใน เขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี พบว่า ทัศนคติในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ มี ความสัมพันธ์ทางลบ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ 0.05 ($r = -0.22$)

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยเอื้อ มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

จากผลวิจัย พบว่า ปัจจัยเอื้อ ไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของ ผู้สูงอายุ ($r = -0.041$, $p\text{-value} = 0.477$) เมื่อ วิเคราะห์ข้อมูลรายด้าน พบว่า ปัจจัยเอื้อ ด้าน การเข้าถึงทรัพยากรเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ของผู้สูงอายุ ($r = 0.061$, $p\text{-value} = 0.291$) แต่ ปัจจัยเอื้อ ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการ ออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางลบ กับ พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ($r = -0.122$, $p\text{-value} = 0.035$) ซึ่งแนวคิดทฤษฎี PRECEDE Model ของ Green, L. & Kreuter, M.⁵ กล่าวไว้ว่า ปัจจัยเอื้อ หมายถึง สิ่ง ที่เอื้ออำนวยให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ได้ง่าย ซึ่งอาจจะเป็นบุคคลหรือองค์กร ได้แก่ การ ได้รับสื่อและข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพฤติกรรม

สุขภาพ และการเข้าถึงแหล่งหรือสถานที่ที่ ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ จากผลการวิเคราะห์ ข้อมูล เนื่องด้วยลักษณะทางสังคมหรือบริบท ชุมชนของตำบลแม่ท้อ อำเภอเมือง จังหวัดตาก ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการดำเนินชีวิตตาม บริบทชุมชนมากกว่าที่จะให้ความสำคัญในเรื่อง การออกกำลังกาย อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุคิดว่ การปฏิบัติภาระกิจประจำวันของตนเอง เช่น การ ทำความสะอาดบ้าน การดูแลลูกดูแลหลาน เป็น การออกกำลังกายอยู่แล้ว จากข้อคำถามด้านการ เข้าถึงทรัพยากรเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ว่า ท่านใช้เวลาในการเดินทางมาออกกำลังกายไม่เกิน 30 นาที รองลงมาคือ ท่านสามารถเดินทางไป ออกกำลังกายได้โดยสะดวก เช่น มีรถส่วนตัว มี เพื่อนหรือญาติขับรถมาส่ง มีรถประจำทางวิ่งผ่าน ตามลำดับ ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการ ออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับ พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.122$, $p\text{-value} = 0.035$) หมายถึง ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสาร เพิ่มขึ้น แต่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายน้อยลง อาจเกิดจาก ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับนั้น ไม่ใช่ข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับการออกกำลังกาย จึงทำให้ ผู้สูงอายุออกกำลังกายน้อยลง จากข้อคำถามด้าน การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ที่ว่า เมื่อเห็นดารานักวิ่งเป็นผู้นำในการออก กกำลังกาย ทำให้ท่านต้องการออกกำลังกาย รองลงมาคือ การจัดนิทรรศการเชิญชวนให้ออก กกำลังกาย มีส่วนทำให้ท่านต้องการออกกำลังกาย ตามลำดับ

ผลการวิจัย สอดคล้องกับการศึกษาของ สมบัติ กาวิลเครือ⁹ ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ อำเภอ เสริมงาม จังหวัดลำปาง พบว่า การได้รับข้อมูล ข่าวสารกิจกรรมการออกกำลังกายจากองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การออกกำลังกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.012$) ในทิศทางเดียวกัน

ระดับต่ำ ($r = 0.148$) แต่แตกต่างจากการศึกษาของ อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ และคณะ¹² ที่ศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของ นักศึกษากายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ พบว่า ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ($r = 0.21, p = 0.00$) แต่ปัจจัยเอื้อโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ($r = 0.20, p = 0.00$) ในด้านความพร้อมของสถานที่และอุปกรณ์การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ($r = 0.19, p = 0.00$) สิ่งอำนวยความสะดวก มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ($r = 0.20, p = 0.00$)

สมมุติฐานที่ 4 ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยเสริม ไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ($r = 0.001, p\text{-value} = 0.982$) เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลรายด้าน พบว่า ด้านการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ($r = 0.043, p\text{-value} = 0.456$) ด้านการได้รับการสนับสนุนจากชุมชน ไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ($r = -0.012, p\text{-value} = 0.833$) ด้านการได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน ไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ($r = 0.003, p\text{-value} = 0.960$) อาจเป็นเพราะว่าวิถีชีวิตและกิจกรรมในชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่างกับคนในครอบครัว เพื่อนและคนในชุมชน มีวิถีชีวิตและกิจกรรมที่ไม่แตกต่างกัน จึง

ส่งผลทำให้ ปัจจัยเสริมต่างๆเหล่านี้ไม่มีผลต่อการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแนวคิดทฤษฎี PRECEDE Model ของ Green, L. & Kreuter, M.⁵ กล่าวไว้ว่า ปัจจัยเสริม เป็นปัจจัยที่อยู่ภายนอกตัวบุคคลที่มีผลสะท้อน หรือคาดว่าจะได้รับการแสดงพฤติกรรมนั้น ซึ่งอาจจะสนับสนุนหรือยับยั้งพฤติกรรม ได้แก่ การสนับสนุนจากสังคม และการให้กำลังใจจากบุคคลในครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข เพื่อเป็นแรงขับเคลื่อนในการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุในเขตตำบลแม่ท้อ อำเภอเมือง จังหวัดตาก ได้รับคำแนะนำและการสนับสนุนด้านการออกกำลังกายจากบุคคลต่าง ๆ อาทิ สมาชิกในครอบครัว ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเพื่อน แต่ไม่ได้ทำให้ผู้สูงอายุมีความสนใจหรือใส่ใจในการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น จึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ซึ่งการสนับสนุนดังกล่าว แสดงให้เห็นในข้อคำถามด้านการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวที่ว่า ท่านออกกำลังกายเพราะสมาชิกในครอบครัวส่งเสริมให้ท่านออกกำลังกาย รองลงมาคือ มีการได้รับคำแนะนำในการออกกำลังกายจากสมาชิกในครอบครัว ตามลำดับ ข้อคำถามด้านการได้รับการสนับสนุนจากชุมชนที่ว่า ผู้นำชุมชนร่วมออกกำลังกายกับท่าน รองลงมาคือ ผู้นำชุมชนหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกระตุ้นเตือนให้ท่านออกกำลังกาย ตามลำดับ และข้อคำถามด้านการได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนที่ว่า มีเพื่อน ๆ ไปออกกำลังกายด้วยกัน รองลงมาคือ มีเพื่อน ๆ คอยแนะนำวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ตามลำดับ

ผลการวิจัย สอดคล้องกับการศึกษาของ นวพร ศิริสม, ประสิทธิ์ ลีระพันธ์, ธราดล เก่งการพานิช และมณฑา เก่งการพานิช¹³ ทำการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของข้าราชการสำนักที่ปฏิบัติงานภายในเขตสวนจิตรลดา พระราชวังดุสิต พบว่า ปัจจัยเสริม ด้านการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา

และการสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ซึ่งขัดแย้งกับศึกษาของสมบัติ กาวิลเครือ⁹ ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง พบว่า การได้รับคำแนะนำการออกกำลังกายจากบุคลากรสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ถูกต้อง และกระตุ้นถึงความสำคัญและประโยชน์ของการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ให้เข้าถึงผู้สูงอายุโดยผ่านสื่อหลากหลายวิธี รวมทั้งจัดหาวัสดุสารสนเทศ เช่น การจัดทำโปสเตอร์ แผ่นพับ ประกาศเสียงทางสาย อินเทอร์เน็ต หนังสือพิมพ์ เอกสาร ตำรา วิชาการเกี่ยวกับการออกกำลังกาย สำหรับแจกจ่ายให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน

2. สถานบริการสาธารณสุข สุข หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ควรส่งเสริมการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ และควรสนับสนุนอุปกรณ์การออกกำลังกายให้มีอย่างเพียงพอและได้มาตรฐาน

3. ควรพัฒนารูปแบบส่งเสริมกิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ โดยจัดให้มีโครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับครอบครัว และสภาพแวดล้อม เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความตื่นตัวและตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่ดี เช่น แอโรบิก โยคะ และลีลาอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน เป็นต้น

4. สมาชิกในครอบครัว ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเพื่อน ๆ ของผู้สูงอายุ ควรกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายเป็นประจำและสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องของปัญหาและอุปสรรคของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่อไป

2. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเฉพาะกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือกลุ่มวัยทำงาน เพื่อทราบถึงปัญหาและหาแนวทางแก้ไข รวมทั้งจุดแข็ง จุดอ่อนและอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพตนเองต่อไป

3. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเปรียบเทียบในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตเมืองกับผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบท

4. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่น ๆ ที่คาดว่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เช่น แรงจูงใจภายใน ภาวะการเจ็บป่วย การสูญเสีย ความคาดหวัง ความวิตกกังวล อัตมโนทัศน์ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

วิทยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของอาจารย์ ดร.อมรศักดิ์ โพธิ์อำ ที่กรุณาให้คำปรึกษาและแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ จนกระทั่งการวิจัยลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ ขอขอบคุณผู้สูงอายุ ตำบลแม่ท้อ ในการตอบแบบสอบถาม ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานทุก ๆ ท่านที่ให้การช่วยเหลือในการจัดเก็บข้อมูล และให้กำลังใจในการทำการวิจัยครั้งนี้ สุดท้ายขอขอบคุณท่านอธิการบดีและคณะผู้บริหารวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น ที่ได้สนับสนุนทุนวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Aging and Working Capacity. Geneva: World Health Organization, 1993.
2. สำนักงานนโยบายและแผน. สถิติสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข, 2562.
3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2562.
4. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ประเด็นสารรณรงค์วันหัวใจโลก ปีพ.ศ. 2561 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ; [เข้าถึงเมื่อ 23 กุมภาพันธ์ 2562]. เข้าถึงได้จาก: http://thaincd.com/document/file/download/knowledge/ประเด็นสารรณรงค์วันหัวใจโลก_61.pdf.
5. Green, L. & Kreuter, M. Health program planning: An educational and ecological approach. 4th Edition, McGraw Hill, New York, 2005.
6. Daniel, W.W. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. New York: Wiley & Sons, 1995.
7. Bloom, Benjamin S. Taxonomy of Education Objective. Hand Book 1: Cognitive Domain. New York: David Mc.Kay, 1975.
8. Good, Carter V. Dictionary of Education. New York: McGraw-Hill Book, 1973.
9. สมบัติ กาวิลเครือ. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุอำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง. วารสารดุสิตบัณฑิตทางสังคมศาสตร์, 2560, 7(3), 161-173.
10. Rosenberg, R.J. and Hovland, C.I. Attitude Organization and Change : And Analysis of Consistency Among Attitude Components. Wesport: Greenwood Press, 1960.
11. ชาริน สุขอนันต์ และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 2557, 9(2), 66-75.
12. อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษา วิทยาลัยห้วยเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. วารสาร มจร.วิชาการ, 2561, 21(42), 55-64.
13. นวพร ศิริสม, ประสิทธิ์ ลีระพันธ์, ธราดล เก่งการพานิช, และมณฑา เก่งการพานิช. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของข้าราชการสำนักที่ปฏิบัติงานภายในเขตสวนจิตรลดา พระราชวังดุสิต. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ, 2557, 30(1), 34-44.

Received: 9 Jul 2021, Revised: 20 Jul 2021

Accepted: 5 Aug 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน
ในเขตอำเภอเมืองตาก จังหวัดตากเมธี สุทธิศิลป์^{1,*} วลัยลักษณ์ พันธุ์² ศศิวรรณ ส่งต่าย²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางเพื่อศึกษาการเผชิญความเครียดและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในเขตอำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 356 คนซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองระหว่างวันที่ 27 มีนาคม ถึง 27 เมษายน พ.ศ. 2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 95.5 และมีการเผชิญความเครียดในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถคาดการณ์การเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-Value} < 0.05$) ได้แก่ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน สัมพันธภาพในครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลและอายุซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถร่วมทำนายการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลได้ 36.5 ($R^2 = 0.365$, $p < 0.001$) ผลการวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะให้หน่วยงานที่รับผิดชอบในพื้นที่ ควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยการส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุและเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่เหมาะสม

คำสำคัญ: การเผชิญความเครียด ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

¹ อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

² อาจารย์ ฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

* Corresponding author: mathee@northern.ac.th

Original Article

Factors Influencing Stress Coping of Care givers of Elderly with Diabetes at Mueng Tak District, Tak Province

Mathee Sootthasil^{1,*}, Walailak Panturee², Sasiwan Songtai²

Abstract

This Cross-sectional descriptive study aimed to study factors influencing the Stress coping of caregivers of the elderly with diabetes in Muang Tak District, Tak Province. The sample were 356 elderly caregivers which 18 years old and over, selected by using stratified random sampling technique. Data were collected through self-administered questionnaires during the 27th March 2021 to the 27th April 2021. The data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's correlation coefficient and multiple regression analysis with stepwise. The findings revealed that caregivers of the elderly mostly had a low level of stress for 95.5 percent and had a moderate level of stress coping for 83.4 percent. Factors influencing stress coping of elderly caregivers were attitudes towards elderly care, knowledge about diabetes, family ties, duration of care, and age. (p-value < 0.05), These factors were together predicted of the stress coping of caregivers for 36.5 percent ($R^2 = 0.365$, $p < 0.001$). The results suggested that related organization should be promote stress coping activities among elderly caregivers focus on attitude towards the care of elderly and proper knowledge about diabetes.

Keywords: Stress coping, Caregivers, Elderly with diabetes

¹ Lecturer, Faculty of Public Health, Northern College

² Lecturer, Research and Academic Services Department, Northern College

* Corresponding author: mathee@northern.ac.th

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากการเผาผลาญซึ่งมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง (หรือน้ำตาลในเลือด) ซึ่งนำไปสู่ความเสียหายร้ายแรงต่อหัวใจ หลอดเลือด ดวงตา ไต และเส้นประสาท เมื่อเวลาผ่านไป โรคเบาหวานประเภท 2 ที่พบบ่อยที่สุดคือมักเกิดขึ้นในผู้ใหญ่ ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อร่างกายมีความทนทานต่ออินซูลินหรือผลิตอินซูลินได้ไม่เพียงพอ ในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา ความชุกของโรคเบาหวานประเภท 2 ได้เพิ่มขึ้นอย่างมากในประเทศทุกระดับรายได้ โรคเบาหวานประเภท 1 ซึ่งครั้งหนึ่งเคยรู้จักกันในชื่อโรคเบาหวานเด็กหรือโรคเบาหวานที่ขึ้นอยู่กับอินซูลิน เป็นภาวะเรื้อรังที่ตับอ่อนผลิตอินซูลินเพียงเล็กน้อยหรือแทบไม่มีเลย สำหรับผู้ที่เป็นเบาหวาน การเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสม รวมทั้งอินซูลิน มีความสำคัญต่อการอยู่รอดของพวกเขา มีเป้าหมายที่ตกลงกันทั่วโลกในการหยุดการเพิ่มขึ้นของโรคเบาหวานและโรคอ้วนภายในปี 2568 ผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 422 ล้านคนทั่วโลก ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง และผู้เสียชีวิต 1.6 ล้านคนมีสาเหตุโดยตรงจากโรคเบาหวานในแต่ละปี ทั้งจำนวนผู้ป่วยและความชุกของโรคเบาหวานได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงสองสามทศวรรษที่ผ่านมา¹ สำหรับประเทศไทยจากการรายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ.2558 พบว่าในผู้สูงอายุตั้งแต่ 60-69 ปี ชายมีร้อยละ 16.1 หญิงมีร้อยละ 21.9 ความชุกลดลงเมื่ออายุมากขึ้นและลดเป็นร้อยละ 12.4 ในชายและ 11.3 ในหญิง ในกลุ่มอายุ 80 ปี ผู้สูงอายุชายและหญิงในกลุ่มอายุเดียวกันเพศหญิงมีความชุกมากกว่าเพศชาย ยกเว้นกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ที่เพศชายมีความชุกมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจครั้งที่ 4 ความชุกของเบาหวานในกลุ่มอายุ 60-69 และ 70-79 ปี ในการสำรวจในปี 2557 นี้ สูงกว่าความชุกของ

การสำรวจครั้งที่ 4 เมื่อปี 2551-2 เล็กน้อย สำหรับกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ความชุกของการสำรวจ ครั้งที่ 4 กับครั้งที่ 5 ใกล้เคียงกัน²

จากข้อมูลจากหน่วยเวชระเบียนโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช พ.ศ. 2564 พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานที่อยู่ในวัยสูงอายุมีอัตราสูงจากสถิติปี พ.ศ. 2560-2563 ในจำนวนผู้ที่เป็นโรคเบาหวานทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 51.7, 54.2, 54.6 และ 54.40 ตามลำดับ³

การจัดการตนเองเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ที่มีโรคหรือความเจ็บป่วยเรื้อรังได้มีผลการศึกษาวิธีการสนับสนุนว่าการจัดการตนเองที่ดีทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้แก่ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองเพิ่มขึ้น มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคสูงขึ้น ลดอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตาย ลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล และทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น⁴ การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมีแต่ความเสื่อมลงทั้งทางร่างกาย จิตใจอารมณ์และสังคม ความเสื่อมลงเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองด้านสุขภาพของ ผู้สูงอายุ บางครั้งผู้สูงอายุจึงต้องการพึ่งพาบุคคลในครอบครัวในการดูแล การดูแลเป็นเรื่องที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านมีความสำคัญมากเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะต้องใช้ชีวิตประจำวันอยู่ที่บ้าน ครอบครัวเป็นสถาบันแรกในการให้การดูแล ผู้สูงอายุก่อนสถาบันอื่น ๆ ผู้ดูแลในครอบครัวจึงเป็นบุคคลที่สำคัญในการที่จะต้องรับบทบาทและทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้ซึ่งในสังคมไทยแต่เดิม ไม่ว่าจะเป็นสังคมเมืองหรือสังคมชนบทการดูแลครอบครัวมักมีผู้ดูแลเป็นเครือญาติ ลูกหลานต่างก็มาช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุด้วยความรักและเคารพ โดยจะดูแลจนกว่าผู้สูงอายุจะจาก

ไป เหล่านี้ก่อให้เกิดความสัมพันธ์และความอบอุ่น
ขึ้นในครอบครัว⁵ สำหรับผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มี
สมรรถภาพทางร่างกายเสื่อมถอยส่งผลให้ความ
คล่องตัวในการดำเนินชีวิตลดลง จึงจำเป็นต้องมี
บุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลในระยะยาว ดังนั้นการดูแล
ผู้สูงอายุในสังคมไทยส่วนใหญ่เป็นการดูแลกัน
ภายในครอบครัวที่ถือเป็นจุดเด่นในสังคมไทย โดย
สมาชิกในครอบครัวทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหรือปฏิบัติ
หน้าที่ทดแทน ซึ่งสมาชิกที่ทำหน้าที่ดูแลบิดา
มารดา มักเป็นหน้าที่ของบุตรธิดาเป็นหลัก
สอดคล้องกับความคาดหวังของสังคมไทยที่
คาดหวังว่าผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลจากบุตรของ
ตนเองและอาศัยอยู่ร่วมกับบุตรอย่างน้อยหนึ่งคน
ปัจจุบันความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัวลดลง
ความเคารพและความผูกพันของคนรุ่นใหม่กับ
ผู้สูงอายุลดน้อยลง แต่ค่านิยมเรื่องปัจเจกบุคคล
กลับเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความร่วมมือในความ
รับผิดชอบต่อการดูแลผู้สูงอายุระหว่างพี่น้องและ
เครือญาติลดลง ดังนั้นภาระในการดูแลจึงมักตก
อยู่กับบุตรคนใดคนหนึ่ง ทำให้เกิดความตึงเครียด
ทางเศรษฐกิจที่เพิ่มขึ้นในด้านค่าใช้จ่ายในการดูแล
รักษาอีกทั้งบุตรผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุที่มี
บทบาทมากเกินกำลังจึงเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้
ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุเกิดความเครียด
ความเครียดจากการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ นอกจาก
จะเป็นปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตของ
ผู้ดูแลผู้สูงอายุเองแล้วย่อมส่งผลเสียต่อตัวผู้สูงอายุ
และสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวด้วย เนื่องจาก
พฤติกรรมของสมาชิกทุกคนในครอบครัวย่อมมี
อิทธิพลต่อกัน และหากสมาชิกในครอบครัวมีการ
แสดงอารมณ์อย่างมาก ย่อมจะเพิ่ม
กระทบกระเทือนต่อจิตใจของผู้สูงอายุมากทำให้
ผู้สูงอายุมีอาการป่วยทางจิตมากขึ้น⁴

จากข้อมูลจำนวนผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน
ทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระ
เจ้าตากสินมหาราช พ.ศ.2564 จำนวน 1,650
คน นอกจากนี้ความเรื้อรังและ ความรุนแรงของ
โรคเบาหวานยังก่อให้เกิดปัญหาด้านจิตใจและ

อารมณ์ต่อผู้ป่วย ได้แก่ เครียด วิตกกังวล กลัว
ห่อหุ้มสิ้นหวัง ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ที่เป็
นโรคเบาหวานไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ส่งผล
ให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้
พบว่าผู้ที่เป็นเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้
จะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่สามารถควบคุมโรคได้
และมีคุณภาพชีวิตต่ำลง โดยแปรผกผันกับระดับ
น้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้น นอกจากนี้โรคเบาหวานยัง
ส่งผลกระทบต่อด้านสังคมต่อผู้ป่วยเนื่องจากอาการ
แสดงของโรคและวิธีการรักษาทำให้ผู้ป่วยเข้าร่วม
กิจกรรมทางสังคมลดลง สำหรับผลกระทบ
ทางด้านเศรษฐกิจทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียค่า
รักษาพยาบาล ถึงแม้ในปัจจุบันผู้ป่วยจะได้รับการ
รักษาฟรีไม่เสียค่าใช้จ่ายแต่จะต้องมีค่าใช้จ่ายอื่น
ๆ เช่น ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล
เป็นต้น ดังนั้นจะเห็นได้ว่าโรคเบาหวานเป็นโรค
เรื้อรังที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้าน
ร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยเฉพาะ
ผู้ป่วยสูงอายุซึ่งจะพบผลกระทบด้านต่าง ๆ ที่
มากกว่าประชากรกลุ่มวัยอื่น ผู้วิจัยในฐานะที่เป็น
อาจารย์ประจำสาขาวิชาการจัดการสุขภาพชุมชน
คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น ได้
ลงพื้นที่ทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลในเขตอำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก เมื่อมี
การตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุโดยการออกเยี่ยมบ้าน
พบว่าผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบมักป่วยด้วยโรคที่
สามารถป้องกันได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคความ
ดันโลหิตสูง โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบ
ทางเดินอาหาร เป็นต้น ทำให้เป็นภาระในการดูแล
ของลูกหลานและผู้ใกล้ชิด ส่งผลกระทบต่อ
ดำรงชีวิตของผู้ดูแลทำให้เกิดความเครียดจากการ
ดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากต้องรับผิดชอบดูแลตลอด
ชีวิตของผู้สูงอายุจึงกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจและ
สังคมเมื่อผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วยและมีข้อจำกัด
ในการดูแลตนเอง จึงต้องใช้เวลาในการดูแลใช้
ความพยายามมีเวลาส่วนตัวและเวลาทางสังคม
ลดลงและมีโอกาสที่จะเกิดความบกพร่องใน
บทบาทต่อสมาชิกอื่นในครอบครัวก่อให้เกิดการ

เปลี่ยนแปลงและความยุ่งยากในชีวิตทำให้เกิดความเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุตามมา จากปัญหาดังกล่าวจึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในเขตอำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก เพื่อจะได้นำผลที่ได้จากการศึกษามาเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชนและหารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน
2. เพื่อศึกษาระดับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน
4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลและคาดทำนายต่อการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบสำรวจภาคตัดขวาง (Descriptive study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในเขตอำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก

ประชากร ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในเขตอำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก จำนวน 1,650 คน⁶

กลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรของ Daniel⁷ โดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากร สูตรการคำนวณ

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

แทนค่าในสูตรได้จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 356 คน โดยมีเกณฑ์การคัดตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย 1)เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นชายและหญิงที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในเขตอำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก 2)เป็นผู้ที่อ่าน เข้าใจภาษาไทยและสามารถกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองได้ 3)สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยได้การบอกข้อมูลโครงการวิจัยอย่างครบถ้วน มีเกณฑ์การคัดตัวอย่างออกจากโครงการวิจัย 1)ปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม 2)เจ็บป่วยหรือติดภารกิจในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูล

การสุ่มตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่างวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยแบ่งเป็นขั้นตอนดังนี้ ขั้นที่ 1 แบ่งประชากรที่มีอยู่ 14 ตำบล ตามเขตการปกครองของอำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ขั้นที่ 2 สุ่มเลือกตำบลโดยการจับฉลาก สุ่มได้ 8 ตำบล ได้แก่ ตำบลวังหิน ตำบลน้ำร้อน ตำบลหนองบัวเหนือ ตำบลโป่งแดง ตำบลแม่ท้อ ตำบลไม้งาม ตำบลหนองหลวงและตำบลปามะม่วง ขั้นที่ 3 สุ่มเลือกผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจาก 8 ตำบล โดยใช้การเทียบสัดส่วนทำให้ได้จำนวนตัวอย่างในแต่ละตำบล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยแบบสอบถามที่ใช้แบ่งออกเป็น 6 ส่วน คือส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2

แบบสอบถามเกี่ยวกับความเครียดของผู้ดูแล ผู้สูงอายุ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ เกณฑ์การคิดคะแนนใช้เกณฑ์ของ Bloom B⁸. ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ เกณฑ์การคิดคะแนนใช้เกณฑ์ของ Bloom B⁸. ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทัศนคติต่อผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบคือ ด้านความเชื่อ ด้านความรู้สึกลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ เกณฑ์การคิดคะแนนใช้เกณฑ์ของ Bloom B⁸. ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่าแบบใช่ และไม่ใช่เกณฑ์การคิดคะแนนใช้เกณฑ์ของ Bloom B⁸. ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ด้านการเผชิญกับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านบรรเทาความรู้สึกมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ เกณฑ์การคิดคะแนนใช้เกณฑ์ของ Bloom B⁸.

ตรวจสอบความเที่ยง วิเคราะห์ความเที่ยงตามวิธีการของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้สัมประสิทธิ์แอลฟารวมเท่ากับ 0.75 ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้สัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.78 การสนับสนุนทางสังคม ได้สัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.78 ทัศนคติผู้สูงอายุ ได้สัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.80 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้สัมประสิทธิ์

แอลฟาเท่ากับ 0.75 และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้สัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.74

การเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้ (1) ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตดำเนินการศึกษาจากคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เพื่อขออนุญาตทำการเก็บข้อมูลในการวิจัย เพื่อขอทดสอบเครื่องมือและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล (2) ผู้วิจัยประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ (3) ผู้วิจัยอธิบายโครงการวิจัยและแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นต์ใบยินยอมก่อนเก็บข้อมูล (4) ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมแบบสอบถามด้วยตนเอง ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลทุกฉบับก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล และได้กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 มีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ดังนี้ สถิติเชิงพรรณนาเพื่อสรุปข้อมูลที่ได้จากการศึกษาใช้ในการบรรยายลักษณะของข้อมูล โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติวิเคราะห์ Pearson's product moment coefficient และ Multiple Regression Analysis

จริยธรรมในการวิจัย การวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นอย่างยิ่ง โดยได้กำหนดการป้องกันผลกระทบ

ด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ตอบแบบสอบถาม การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ จากวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เลขที่รับรอง NTC888-0007

ผลการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียดของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในเขตอำเภอ เมืองตาก จังหวัดตาก ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลโดย การใช้แบบสอบถามและรับแบบสอบถามคืน จำนวน 356 ฉบับ จากแบบสอบถามทั้งหมด 356 ฉบับคิดเป็นอัตราการได้รับแบบสอบถามคืน ร้อย ละ 100 ดังนั้นในบทนี้จะนำเสนอผลการวิเคราะห์ ข้อมูลใน 4 ส่วนหลักๆ ได้แก่ การนำเสนอข้อมูล ทัวไปและผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปร การวิเคราะห์และแปลความหมายผลการ วิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ ตรงกัน ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ที่ใช้ในการ นำเสนอและวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ แบบสอบถาม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 45.67 เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 60.7 และเพศชายคิดเป็นร้อยละ 39.3 ระดับการศึกษา ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาคิด เป็นร้อยละ 48.0 รองลงมาศึกษาระดับมัธยม

ตอนต้นคิดเป็นร้อยละ 25.3 และระดับมัธยม ตอนต้นคิดเป็นร้อยละ 11.2 อาชีพ เกษตรกรคิด เป็นร้อยละ 34.6 ค้าขายคิดเป็นร้อยละ 32.0 ไม่ ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 20.8 สถานภาพ สมรสคิดเป็นร้อยละ 70.8 โสดคิดเป็น ร้อยละ 15.2 และหย่าร้างคิดเป็นร้อยละ 14.0 ความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุร้อยละ 68.5 เป็นบุตร/ ธิดา คิดเป็นร้อยละ 9.8 และหลานคิดเป็นร้อยละ 8.7 รายได้ $\leq 10,000$ บาท คิดเป็นร้อยละ 76.3 และ 10,001–20,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 19.4 ความรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ รับผิดชอบ หลักร้อยละ 63.5 และรับผิดชอบรองร้อยละ 35.5 ท่านต้องรับผิดชอบต่อคนในครอบครัว บุตร/ธิดา คิด เป็นร้อยละ 39.0 อื่น (หลาน) คิดเป็นร้อยละ 35.1 และสามี/ภรรยาคิดเป็นร้อยละ 25.9 จำนวน ชั่วโมงที่ท่านดูแลผู้สูงอายุ 1–6 ชั่วโมง คิดเป็นร้อย ละ 46.6 รองมา 7–12 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 34.9 และมากกว่า 13 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 18.5 ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 1–4 ปี คิดเป็น ร้อยละ 82.3 และ 5–10 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.3

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่าใน ภาพรวมมีความรู้ดีร้อยละ 74.4 และความรู้ไม่ดี ร้อยละ 25.6 ดังตารางที่ 1

ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าใน ภาพรวมทัศนคติต่อผู้สูงอายุที่ดี คิดเป็นร้อยละ 25.3 และทัศนคติไม่ดีร้อยละ 74.7 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (n = 356)

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ดี	265	74.4
ความรู้ไม่ดี	91	25.6

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลจำแนกตามระดับทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ (n = 356)

ทัศนคติต่อผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ทัศนคติที่ดี	90	25.3
ทัศนคติไม่ดี	266	74.7

การสนับสนุนทางสังคม พบว่าใน และการสนับสนุนทางสังคมไม่ดีคิดเป็นร้อยละ ภาพรวมการสนับสนุนทางสังคมดี ร้อยละ 21.1 78.9 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลจำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคม (n = 356)

ระดับการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
การสนับสนุนทางสังคมดี	75	21.1
การสนับสนุนทางสังคมไม่ดี	281	78.9

ส่วนที่ 2 ระดับความเครียดของผู้ดูแล ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเครียดต่ำ ร้อยละ 95.5 ผู้สูงอายุ พบว่า ระดับความเครียดของผู้ดูแล ความเครียดสูง คิดเป็นร้อยละ 4.5 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 4 ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาพรวม (n = 356)

ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ความเครียดสูง	16	4.5
ความเครียดต่ำ	340	95.5

ส่วนที่ 3 ระดับของการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จากแบบสอบถามระดับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ นำเสนอแต่ละด้าน พบว่า ผลการศึกษาการเผชิญความเครียด ภาพรวมพบว่าการเผชิญความเครียดปานกลาง ร้อยละ 83.4 การเผชิญความเครียดสูง ร้อยละ 12.4 และการเผชิญความเครียดต่ำ ร้อยละ 4.2 การเผชิญความเครียดรายด้านประกอบด้วย ด้านการมุ่งแก้ปัญหากลุ่มตัวอย่างมีความเครียดสูง ร้อยละ 3.9 เครียดต่ำ ร้อยละ 96.1 ด้านการจัดการอารมณ์ มีความเครียดสูง ร้อยละ 36.5 เครียดต่ำ ร้อยละ 63.5 ด้านการลดความเครียดกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดสูง ร้อยละ 4.5 มีความเครียดต่ำ ร้อยละ 95.5 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ร้อยละการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาพรวม (n = 356)

การเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
การเผชิญความเครียดสูง	44	12.4
การเผชิญความเครียดปานกลาง	297	83.4
การเผชิญความเครียดต่ำ	15	4.2

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าทัศนคติต่อผู้สูงอายุ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ส่วนปัจจัยด้านอายุ รายได้/เดือน ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน p-value > 0.05 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในอำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก โดยวิธีการคำนวณสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (n=356)

ปัจจัย	การเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)	p-value
อายุ	0.029	0.581
รายได้/เดือน	0.036	0.498
ระยะเวลาที่ทาดูแลผู้สูงอายุ	-0.086	0.106
ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	-0.019	0.728
การสนับสนุนทางสังคม	0.079	0.138
ทัศนคติต่อผู้สูงอายุ	0.277	0.001*
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	-0.209	0.001*

* p-value โดยการทดสอบด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยวิเคราะห์ด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถคาดการณ์การเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ ทัศนคติต่อผู้สูงอายุ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุ และอายุ โดยปัจจัยเหล่านี้สามารถคาดการณ์การเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานได้ ร้อยละ 36.5 และปัจจัยที่สามารถคาดการณ์การเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานได้ดีที่สุด โดยพิจารณาจากค่า Beta คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีค่า Beta = -2.559 รองลงมาคือ

ทัศนคติต่อผู้สูงอายุ มีค่า Beta = 0.422 ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีค่า Beta = 0.150 อายุ มีค่า Beta = 0.063 และสุดท้ายคือ ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุ มีค่า Beta = -0.554 ตามลำดับ การสร้างสมการถดถอย เพื่อใช้ในการทำนายการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน พบว่าสัมประสิทธิ์ถดถอยที่ถูกเลือกเข้าไปวิเคราะห์ ได้แก่ ทัศนคติต่อผู้สูงอายุ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุ และอายุ ตามลำดับ และสมการที่ควรจะเป็น คือการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน = $1.236 - 2.559$ (ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน) + 0.422 (ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ) + 0.150 (ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ) - 0.554 (ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุ) + 0.063 (อายุ) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน ระหว่างปัจจัยทำนายและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

ปัจจัยทำนาย	B	Std. Error (B)	Beta	t	P - value
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	-2.559	0.135	-1.098	-19.002	<0.001
ทัศนคติต่อผู้สูงอายุ	0.422	0.78	0.277	5.423	<0.001
ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	0.150	0.23	0.236	6.635	<0.001
ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุ	-0.554	0.195	-0.096	-2.844	0.005
อายุ	0.063	0.027	0.081	2.352	0.019

Constant (a) = 1.236, $R^2 = .0365$, Sig F < 0.05, p -value < 0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้เป็น ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในเขตอำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังต่อไปนี้

1. ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน จากการศึกษาพบว่าระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเครียดต่ำ อาจเนื่องมาจากการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานถือเป็นภาระหนักก่อให้เกิดความเครียดกับผู้ดูแลผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของวัลลภา ผ่องแผ้ว⁹ ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอนาปานสติต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอนาปานสติก่อนการทดลองเท่ากับ 8.55 ต่ำกว่าหลังการทดลองที่มีค่าเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเท่ากับ 5.35 อย่างมีนัยสำคัญสถิติที่ระดับ.05 ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่

มีภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอนาปานสติต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ระดับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน จากการศึกษา การเผชิญความเครียดปานกลาง เนื่องจากการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีปัจจัยที่มีผลเสริมให้เกิดความเครียดกับผู้ดูแลได้แก่ การขาดความรู้เกี่ยวกับอาการและการรักษา พฤติกรรมและอาการทางจิตที่ผิดปกติของผู้สูงอายุและอาจกระทำการไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุทั้งด้านคำพูดและการกระทำอื่น ๆ นำไปสู่ความรู้สึกผิดตามมา ผลการศึกษาสอดคล้องแนวคิดของนวร ทุมแถว และคณะ¹⁰ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอโนนพริก จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 54 ปี จบระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกร คู่สมรสเป็นผู้ดูแล มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย และผู้ดูแลไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องการดูแล

ผู้ป่วยเบาหวาน และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์พบว่า อายุ ระดับน้ำตาลในเลือด และความรู้เรื่องโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน จากการศึกษา พบว่าทัศนคติต่อผู้สูงอายุ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนปัจจัยด้านอายุ รายได้/เดือน ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน การศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษานวพร ทุมแถวและคณะ¹⁰ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินงานจากการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ทั้งให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ที่เข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนาจนได้แนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และสอดคล้องการศึกษาของนวพร คำแสงสวัสดิ์และคณะ¹¹ เปรียบเทียบการจัดบริการแบบบูรณาการและยึด

ประชาชนเป็นศูนย์กลางแก่ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตามการรับรู้ของผู้ให้บริการอำเภอหาดใหญ่และอำเภอนาทวีจังหวัดสงขลา พบว่าระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วย NCDพบว่า PCC ในโครงการวิจัยPCC นอกโครงการและคลินิกNCD ของโรงพยาบาล ทั้ง 2 อำเภออยู่ในระดับดีคือ มีผู้ป่วยเพียงบางรายที่ใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงของตนเองได้ถูกต้อง และสามารถจัดการกับความเสี่ยงจนเห็นผลตามที่คาดหวังรวมทั้งมีชุดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจำเพาะบุคคลแต่ดำเนินการเพียงครั้งคราวส่วนรพ.สต.ทั้ง 2 อำเภอ ประเมินตนเองในระดับพื้นฐาน เนื่องจากยังไม่แน่ชัดว่าผู้ป่วยทุกรายใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงของตนเองหรือไม่ และสามารถประเมินตนเองได้เพียงใด

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถคาดการณ์ายการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถคาดการณ์ายการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ทัศนคติต่อผู้สูงอายุ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุ และอายุของผู้ดูแล โดยสามารถร่วมทำนายการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานได้ร้อยละ 36.5 และปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานได้ดีที่สุดโดยพิจารณาจากค่า Beta คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีค่า Beta = -2.559 รองลงมาคือ ทัศนคติต่อผู้สูงอายุมีค่า Beta = 0.422 ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุมีค่า Beta =

0.150 อายุผู้ดูแลมีค่า $Beta = 0.063$ และสุดท้ายคือ ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุ มีค่า $Beta = -0.554$ ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษานวพร ทุมแถว และคณะ¹⁰ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า อายุ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การดำเนินงานจากการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ทั้งให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ที่เข้ามาร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนาจนได้แนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

ข้อเสนอแนะผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรสาธารณสุขควรปรับกระบวนการดำเนินงานโดยเน้นส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว เพื่อน และชุมชน รวมทั้งเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

และการเผชิญความเครียดจากสื่อให้มากขึ้นให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ดี

2. การจัดทำแผนงานและโครงการที่เกี่ยวข้อง ควรเน้นการจัดการปัญหาในหลายระดับ พฤติกรรมสุขภาพแต่ละอย่างถูกกำหนดโดยพหุปัจจัย ประกอบด้วยระดับภายในบุคคล ระหว่างบุคคล ระดับองค์กร ชุมชนและระดับนโยบายสาธารณะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยในลักษณะของการวิจัยกึ่งทดลองในกลุ่มตัวอย่างโดยนำเอาปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม มาจัดทำกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาจัดการการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อไป

2. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่น ๆ ที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เช่น ระยะเวลาในการรักษา สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยเล่มนี้สำเร็จลงได้ ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดียิ่งจากผู้บริหารวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น ที่สนับสนุนทุนวิจัยและกรุณาให้คำแนะนำเสนอแนะ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องด้วยความเอาใจใส่ตลอดมาตั้งแต่ต้นจนเสร็จเรียบร้อย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณไว้เป็นอย่างสูงและขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือด้วยดี ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญที่ได้กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความถูกต้องและความเที่ยงตรงในด้านเนื้อหาของแบบสอบถาม ขอพระ

ขอบคุณ กลุ่มตัวอย่างที่ได้กรุณาตอบแบบสอบถามเพื่อการวิจัยในครั้งนี้และขอขอบพระคุณ ผู้ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล ผู้ช่วยเหลือให้กำลังใจและท่านอื่น ๆ ที่ไม่ได้กล่าวนามไว้ ณ โอกาสนี้ที่ได้กรุณาให้ความสะดวก ความร่วมมือ ข้อเสนอแนะและอื่น ๆ ในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Diabetes. [อินเทอร์เน็ต] สืบค้นวันที่ 20 มีนาคม 2564. จาก https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1
2. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2557.
3. โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช. รายงานจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกประจำปี พ.ศ.2564. ตาก: กระทรวงสาธารณสุข, 2564.
4. นายศรี สุพรศิลป์ชัย, นิตยา จันทรเรืองมหาผล และอรพินท์ มุกดาติลก. “เบาหวานในไทย: บทเรียนจากนโยบายของประเทศพัฒนา” สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 11(2): 168-179; เมษายน-มิถุนายน, 2560.
5. ธงชัย ประภูณวัฒน์. “หลักการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน” วารสารอายุรศาสตร์อีสาน. 6(3): 78-93; กันยายน-ธันวาคม, 2560.
6. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองตาก. รายงานจำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอเมืองจังหวัดตากประจำปี พ.ศ.2563. ตาก: กระทรวงสาธารณสุข, 2564.
7. Wayne W Daniel. Determination of sample size for estimating propositions. In: Wayne W Daniel, editor. Biostatistics: A Foundation for analysis in the health science. New York: John Wiley & Sons, 2010.
8. Bloom B. Taxonomy of educational objectives. The classification of educational goal. Handbook II : affective domain. New York: David Makay Co Inc., 1964.
9. วัลลภา ผ่องแผ้ว. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบบอณาปานสติต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 32(1): 39-51; มกราคม-เมษายน, 2563.
10. นวพร ทุมแถว, วรพจน์ พรหมสัตยพรต และ ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 7(3): 32-44; กรกฎาคม-กันยายน, 2564.
11. นวพร ดำแสงสวัสดิ์, พนัสยาวรรณวิไล, อภิสิทธิ์ เชื้อคำเพ็ง และมาลี คำคง. เปรียบเทียบการจัดบริการแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางแก่ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตามการรับรู้ของผู้ให้บริการอำเภอหาดใหญ่และอำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 7(3): 17-31; กรกฎาคม-กันยายน, 2564.

Received: 20 Jun 2021, Revised: 25 Jul 2021

Accepted: 27 Jul 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

สภาวะสุขาภิบาลอาหารของร้านจำหน่ายอาหารในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จังหวัดสมุทรปราการ

ณัฐวี ชังชัย^{1,*} อัญรินทร์ พิธากดิ์สถิตย์¹ จิรุตดา สันธศิริ¹ วรางคณา วิเศษมณีลี¹
เสาวลักษณ์ ลักขมิจรกุล¹ กรรณิการ์ แจ้งวิจารณ์¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาวะสุขาภิบาลอาหารร้านจำหน่ายอาหารและตรวจสอบการปนเปื้อนของวัตถุห้ามใช้ในอาหารและวัตถุเจือปนในอาหารตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารและประกาศที่เกี่ยวข้องของกระทรวงสาธารณสุข ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จังหวัดสมุทรปราการ เก็บรวบรวมข้อมูลสุขาภิบาลอาหารร้านจำหน่ายอาหารด้วยแบบ สอรร.7 จำนวน 28 ร้าน และตรวจวิเคราะห์วัตถุห้ามใช้ในอาหารและวัตถุเจือปนในอาหาร 6 ชนิด ด้วยชุดทดสอบอย่างง่าย ได้แก่ บอแรกซ์ กรดซาลิซิลิก ฟอร์มาลีน กรดแอสคอร์บิก โซเดียมไฮโดรซัลไฟต์ และสีสังเคราะห์ จำนวน 84 ตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่าร้านจำหน่ายอาหารมีมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับดี ร้อยละ 60.71 และร้านจำหน่ายอาหารไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 39.29 ผลการตรวจสุขาภิบาลอาหารของร้านจำหน่ายอาหารพบว่า ผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟ ไม่สวมผ้ากันเปื้อนสีขาว หรือไม่มีเครื่องแบบ ผู้ปรุงไม่สวมหมวกหรือเน็คคลุมผม ร้อยละ 89.29 นอกจากนี้ตัวอย่างอาหารตรวจพบสารบอแรกซ์ ร้อยละ 3.57 โดยตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่พบวัตถุห้ามใช้ในอาหารและวัตถุเจือปนในอาหาร ร้อยละ 96.43 ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าสภาวะสุขาภิบาลอาหารและการปนเปื้อนของสารเคมีในอาหารเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความปลอดภัยในอาหาร ดังนั้น มหาวิทยาลัยควรปรับปรุงสภาพแวดล้อมและอุปกรณ์ประกอบอาหารรวมทั้งพัฒนาสุขาภิบาลอาหารของร้านจำหน่ายอาหารให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ที่เปิดให้บริการ นอกจากนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีมาตรการควบคุมร้านจำหน่ายอาหารให้มีการดำเนินงานอย่างเหมาะสมไม่ว่าจะเป็นการสุขาภิบาลอาหาร สุขลักษณะส่วนบุคคลของผู้สัมผัสอาหาร หรือสภาพแวดล้อม เพื่อให้ นักศึกษาและบุคลากรของมหาวิทยาลัยมั่นใจว่าได้รับอาหารที่มีความปลอดภัยต่อสุขภาพ

คำสำคัญ สุขาภิบาลอาหาร ร้านจำหน่ายอาหาร มหาวิทยาลัย

¹ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

* Corresponding author: nuttawee1620@gmail.com

*Original Article***The Sanitary Conditions of Food Service Establishments in the University
Samut-Prakan Province**

Nuttawee Changchai^{1,*} Anyarin Pithapakdeesatith¹ Jirisuda Sinthusiri¹
Varangkana Visedmanee Lee¹ Saovalug Luksamijarulkul¹ Kunika Changwichan¹

Abstract

This cross-sectional survey study was performed. The objectives of this study were to assess the food sanitary conditions of food service establishments (FESs) and to determine the contamination of prohibited substances in food and food additive according to the food sanitation standard and related regulation in a university of Samut-Prakan Province. Food sanitary conditions of 28 FESs were surveyed by using cafeteria surveying form of the Department of Public Health, Ministry of Health, Ministry of Public Health, and 84 samples of food were collected in order to determine Borax, Salicylic acid, Formalin, Free mineral acid, Sodium hydrosulfite and synthetic color by using Test Kits. The result found that 60.71% of FSEs were a good level of the food sanitation standard, while 39.29% of FSEs were below the standard. 3.57% of all samples were found Borax, while neither prohibited substances in food nor food additive was found in 96.43% of all samples. This study revealed that food sanitary conditions and contaminated chemicals in food are important factor of food safety for FSEs. Therefore, this study recommends to a University improve on environment and equipment of FESs, including food sanitation through overall service area. Moreover, the relevant agencies should regulate FESs to appropriate operation in food sanitation, personal hygiene and environment. These ensure that foods in the university are safe for students and academic staffs.

Keywords: Food sanitation, Food service establishments, University

¹ Faculty of Public Health and Environmental Health, Huachiew Chalermprakiet University

* Corresponding author: nuttawee1620@gmail.com

บทนำ

ความปลอดภัยในอาหารเป็นปัญหาที่มีความสำคัญในการพัฒนาประเทศโดยเฉพาะในประเทศด้อยพัฒนาและประเทศกำลังพัฒนาอาหารที่ไม่สะอาดไม่ปลอดภัยจะก่อให้เกิดโรคอาหารเป็นพิษ (Food poisoning) ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มโรคที่เกิดจากอาหารและน้ำเป็นสื่อ (Foodborne disease) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่เกิดขึ้นในหลายประเทศทั่วโลกต่างให้ความสำคัญและสนใจในการควบคุมป้องกัน รายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health organization: WHO) ปี พ.ศ. 2558 ระบุสาเหตุการเจ็บป่วยของโรคอาหารเป็นพิษเนื่องมาจากสิ่งอันตรายในอาหาร 31 ประเภท ตัวอย่างเช่น จุลินทรีย์ก่อโรค (ไวรัส แบคทีเรีย และปรสิต) สารเคมี เป็นต้น มีผู้ป่วยเฉลี่ยปีละประมาณ 600 ล้านคน เสียชีวิตประมาณ 420,000 คน^{1,2} ทั้งนี้สาเหตุหลักของโรคอาหารเป็นพิษในประเทศด้อยพัฒนาและประเทศกำลังพัฒนามักมาจากการสุขาภิบาลสถานที่ปรุงประกอบ จำหน่ายอาหารและผู้สัมผัสอาหารมีสุขลักษณะที่ไม่เหมาะสม รวมถึงขาดการควบคุมกำกับดูแลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องไม่ว่าจะเป็นภาครัฐหรือเอกชนตลอดจนองค์กรภาคีต่าง ๆ³ ตัวอย่างเช่น ปัญหาด้านสุขาภิบาลของร้านจำหน่ายอาหารและน้ำดื่ม ประเทศเอธิโอเปีย ร้านจำหน่ายอาหารและน้ำดื่ม ร้อยละ 58.8 มีสภาพการผลิตและจำหน่ายที่ไม่ถูกหลักสุขาภิบาล มีเพียงร้อยละ 16.5 เท่านั้นที่มีการจัดการน้ำเสียอย่างเหมาะสม และร้อยละ 7.2 ล้างภาชนะอุปกรณ์ถูกต้อง⁴ เช่นเดียวกับประเทศไทยร้านจำหน่ายอาหารหลายแห่งยังคงมีการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารที่ไม่ถูกต้อง เช่น ไม่มีถังขยะรองรับเศษอาหารในครัว สถานที่รับประทานอาหารไม่สะอาดมีหยากไย่ ถังน้ำแข็งเก็บรักษาเนื้อสัตว์และผักรวมกัน ไม่มีอุปกรณ์คีบหรือตักอาหารโดยเฉพาะ รวมถึงผู้สัมผัสอาหารมีความรู้ ทักษะ และการ

ปฏิบัติตามสุขลักษณะในการปรุงประกอบและจำหน่ายอาหารที่ไม่เหมาะสม^{5,6}

สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารสถานที่จำหน่ายอาหารตามกฎหมายกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561⁷ เพื่อใช้เป็นแนวทางการพัฒนาและยกระดับสถานที่จำหน่ายอาหารให้มีการจัดการสุขลักษณะที่ดีและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคของประชาชนที่บริโภคอาหารให้ได้รับอาหารที่มีทั้งความปลอดภัยและคุณค่าทางโภชนาการ และเพื่อใช้อธิบายมาตรฐาน “อาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste และ Clean Food Good Taste Plus)” หลักการสุขาภิบาลอาหารจะมุ่งเน้นการบริหารจัดการและควบคุมสิ่งแวดล้อมรวมทั้งบุคคลากรที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมปรุงและจำหน่ายอาหารเพื่อให้ได้อาหารที่สะอาดปลอดภัยบนพื้นฐานการควบคุมปัจจัยสำคัญที่เป็นสาเหตุทำให้อาหารสกปรก 5 ด้าน ประกอบด้วย บุคคล หรือผู้สัมผัสอาหาร อาหาร ภาชนะอุปกรณ์ สถานที่ปรุงประกอบและจำหน่าย และสัตว์แมลงนำโรค⁸

สถานศึกษาในประเทศไทยหลายแห่งมักพบปัญหาการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารที่ไม่เหมาะสม จากการสำรวจของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2554-2558 พบปัญหาสุขาภิบาลอาหารในสถานศึกษา ตัวอย่างเช่น ใช้เครื่องปรุงรสที่ไม่มีเครื่องหมาย อย. จัดเก็บวัตถุดิบระหว่างรอการปรุงประกอบในอุณหภูมิที่ไม่เหมาะสม ผู้สัมผัสอาหารไม่มีความรู้ด้านการสุขาภิบาลอาหารทำให้การปฏิบัติงานไม่ถูกสุขลักษณะ เป็นต้น⁹ นอกจากนี้ สถานศึกษาบางแห่งยังพบปัญหาการจัดการสิ่งแวดล้อมของสถานที่จำหน่ายอาหารที่ไม่เหมาะสมไม่ว่าจะเป็นการจัดการมูลฝอย น้ำเสีย ห้องน้ำ-ห้องส้วม หรือสัตว์แมลงนำโรค¹⁰ ปัญหาที่กล่าวมาข้างต้นเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อสุขภาพอนามัยของผู้บริโภค

อาหารอย่างต่อเนื่อง สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข รายงานผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษ ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 110,736 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 166.74 ต่อแสนประชากร มีผู้เสียชีวิต 1 ราย¹¹ สำหรับจังหวัดสมุทรปราการ ปี พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยโรคท้องร่วง (Diarrhea) จำนวน 11,224 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 851.03 ต่อแสนประชากร¹² จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคอาหารเป็นพิษยังคงมีผู้ป่วยจำนวนมาก ในส่วนของร้านจำหน่ายอาหารในโรงอาหารของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จังหวัดสมุทรปราการ เป็นอีกสถานที่ที่มีทั้งนักศึกษา บุคลากรภายใน และบุคคลภายนอกเข้ามาใช้บริการเป็นประจำและหากมีการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารที่เหมาะสมอาจเกิดโรคอาหารเป็นพิษขึ้นได้ โดยร้านจำหน่ายอาหารในโรงอาหารเหล่านี้มีการจำหน่ายอาหารหลากหลายประเภท เช่น ข้าวราดแกง ก๋วยเตี๋ยวอาหารจานเดียว อาหารตามสั่ง ผลไม้ตัดแต่งพร้อมบริโภค น้ำหวานสมุนไพร เป็นต้น ซึ่งมีการปรุงประกอบอาหารภายในร้านและวางจำหน่ายให้กับผู้บริโภคตั้งแต่เวลา 07.00 – 15.00 น. จากการสำรวจสภาพการจำหน่ายอาหารของร้านเหล่านี้เบื้องต้นพบว่า มีลักษณะการปรุงประกอบและจำหน่ายอาหารไม่ถูกหลักสุขาภิบาลอาหาร ตัวอย่างเช่น ไม่มีฝาปิดเครื่องปรุงรส เศษอาหารหล่นบนพื้น เป็นต้น ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาวะสุขาภิบาลอาหารของร้านจำหน่ายอาหารและการปนเปื้อนของวัตถุห้ามใช้ในอาหารและวัตถุเจือปนในอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพผู้บริโภค ตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการศึกษาในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อนำข้อมูลสุขาภิบาลอาหารของร้านจำหน่ายอาหารไปใช้เป็นแนวทางพัฒนารูปแบบการดำเนินงานความปลอดภัยในอาหารของมหาวิทยาลัยและสร้าง

ความมั่นใจให้กับผู้บริโภคในการใช้บริการโรงอาหารของมหาวิทยาลัยต่อไป

วิธีดำเนินงานวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research) เพื่อศึกษาสภาวะสุขาภิบาลอาหารร้านจำหน่ายอาหารและการปนเปื้อนของวัตถุห้ามใช้ในอาหารและวัตถุเจือปนในอาหารตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารและประกาศที่เกี่ยวข้องของกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการศึกษาในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จังหวัดสมุทรปราการ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน – เดือนธันวาคม 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คือ ร้านจำหน่ายอาหารทุกประเภทในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 28 ร้าน โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 28 ร้าน มีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมงานวิจัยแบบเจาะจง คือ ร้านจำหน่ายอาหารที่สมัครใจและเปิดจำหน่ายอาหารในวันเวลาที่คณะผู้วิจัยเข้าไปเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ผู้สัมผัสอาหารและสำรวจสภาพร้านจำหน่ายอาหารโดยใช้แบบ สอรร.7 และเก็บตัวอย่างอาหารเพื่อทดสอบวัตถุห้ามใช้ในอาหารและวัตถุเจือปนในอาหารในห้องปฏิบัติการสำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

1) แบบ สอรร.7 ตามมาตรฐานการสุขาภิบาลอาหาร กรมอนามัย กระทรวง

สาธารณสุข¹³ จำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็น 7 หมวด คือ

หมวดที่ 1 สถานที่รับประทานอาหาร และบริเวณทั่วไป จำนวน 3 ข้อ

หมวดที่ 2 บริเวณที่เตรียมและปรุงอาหาร จำนวน 4 ข้อ

หมวดที่ 3 ตัวอาหาร น้ำ น้ำแข็ง เครื่องดื่ม จำนวน 7 ข้อ

หมวดที่ 4 ภาชนะอุปกรณ์ จำนวน 7 ข้อ

หมวดที่ 5 การรวบรวมขยะ และน้ำโสโครก จำนวน 3 ข้อ

หมวดที่ 6 ห้องน้ำ ห้องส้วม จำนวน 2 ข้อ

หมวดที่ 7 ผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟ จำนวน 4 ข้อ

การประเมินผลแบบสำรวจจะแบ่งมาตรฐานร้านจำหน่ายอาหารออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับดีมาก ร้านจำหน่ายอาหารต้องปฏิบัติได้ครบทั้ง 30 ข้อ และระดับดี ร้านจำหน่ายอาหารปฏิบัติได้ 20 ข้อ ซึ่งเป็นข้อที่เป็นข้อกำหนดพื้นฐานด้านสุขลักษณะของร้านจำหน่ายอาหาร ข้อกำหนดทั่วไป ได้แก่ ข้อ 3 5 10 18 19 21 24 26 28 29 และข้อกำหนดพื้นฐานด้านสุขลักษณะของร้านจำหน่ายอาหาร ได้แก่ 1 2 4 6 7 8 9 11 12 13 14 15 16 17 20 22 23 25 27 30

2) ชุดทดสอบภาคสนาม (Test kit) เพื่อตรวจวิเคราะห์วัตถุห้ามใช้ในอาหารและวัตถุเจือปนในอาหาร 6 ชนิด ได้แก่ บอแรกซ์ (องค์การเภสัชกรรม, Lot No.U610192) ระดับต่ำสุดที่ตรวจสอบได้ 100 มิลลิกรัม/กิโลกรัม กรดซาลิซิลิกหรือสารกันรา (องค์การเภสัชกรรม, Lot No.U620204) ระดับต่ำสุดที่ตรวจสอบได้ 100 มิลลิกรัม/กิโลกรัม พอร์มาลีน (องค์การเภสัชกรรม, Lot No.S639001) ระดับต่ำสุดที่ตรวจสอบได้ 0.5 มิลลิกรัม/กิโลกรัม กรดแอสคอร์บิกหรือน้ำส้มสายชูปลอม (องค์การเภสัชกรรม, Lot No. U620105) ระดับต่ำสุดที่ตรวจสอบได้ ร้อยละ 0.1 โซเดียมไฮโดรซัลไฟต์หรือสารฟอกขาว (องค์การเภสัชกรรม, Lot No.U620216) ระดับ

ต่ำสุดที่ตรวจสอบได้ ร้อยละ 0.05 และสีสังเคราะห์ (องค์การเภสัชกรรม, Lot No.U620415) ระดับต่ำสุดที่ตรวจสอบได้ 2 มิลลิกรัม/กิโลกรัม สำหรับชุดทดสอบอาหารขององค์การเภสัชกรรมอยู่ภายใต้การกำกับของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ชุดทดสอบภาคสนามในอาหารนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ตรวจสอบสารอันตรายในอาหารนอกห้องปฏิบัติการได้ ทราบผลรวดเร็ว และมีความแม่นยำสูง คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บตัวอย่างอาหารชนิดละ 25 กรัม ใส่ในถุงพลาสติกสะอาดและแช่เย็นในกล่องโฟมบรรจุน้ำแข็งที่มีอุณหภูมิประมาณ 4 องศาเซลเซียส นำตัวอย่างมายังห้องปฏิบัติการและคณะผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ตัวอย่างทันที ประเภทตัวอย่างอาหารลักษณะเป็นวัตถุดิบในร้านจำหน่ายอาหาร 27 ชนิด ตัวอย่างเช่น เนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์ อาหารทะเล ผักสด อาหารปรุงสุก เครื่องปรุงรส เป็นต้น รวมจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 84 ตัวอย่าง (รายละเอียดดังตารางที่ 3) การควบคุมคุณภาพในการวิเคราะห์ตัวอย่างใช้ชุดควบคุม คือ อาหารที่เติมบอแรกซ์ กรดซาลิซิลิก พอร์มาลีน กรดแอสคอร์บิก โซเดียมไฮโดรซัลไฟต์และสีสังเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

คณะผู้วิจัยได้ทำการประมวลผลข้อมูลแบบ สอรร.7 และผลการตรวจวิเคราะห์วัตถุห้ามใช้ในอาหารและวัตถุเจือปนในอาหารโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่และร้อยละ และแปลผลตรวจวิเคราะห์วัตถุห้ามใช้ในอาหาร ได้แก่ บอแรกซ์ กรดซาลิซิลิก พอร์มาลีน กรดแอสคอร์บิก ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 151 (พ.ศ. 2536) เรื่อง กำหนดวัตถุห้ามใช้ในอาหาร ส่วนการแปลผลตรวจวิเคราะห์วัตถุเจือปนในอาหาร ได้แก่ โซเดียมไฮโดรซัลไฟต์ สีสังเคราะห์ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 281 (พ.ศ. 2547) เรื่อง วัตถุเจือปนอาหาร

ผลการวิจัย

1. สถานะสุขาภิบาลอาหารของร้านจำหน่ายอาหาร

การประเมินด้านสุขาภิบาลอาหารของร้านจำหน่ายอาหารในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 28 ร้าน โดยใช้แบบ สอรร.7 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ผลการวิจัยพบว่า มีร้านจำหน่ายอาหารผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานอยู่ในระดับดี จำนวน 17 ร้าน ร้อยละ 60.71 และร้านจำหน่ายอาหารไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 11 ร้าน ร้อยละ 39.29 โดยไม่มีร้านจำหน่ายอาหารใดที่ได้มาตรฐานระดับดีมาก ดังตารางที่ 1

สำหรับข้อกำหนดสุขาภิบาลอาหารที่ร้านจำหน่ายอาหารไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานมีจำนวน 8 ข้อ แบ่งเป็นข้อกำหนดทั่วไป จำนวน 5 ข้อ และข้อกำหนดพื้นฐานด้านสุขลักษณะของร้านจำหน่ายอาหาร จำนวน 3 ข้อ ดังนี้ ข้อกำหนดทั่วไปที่ร้านจำหน่ายอาหารไม่ผ่าน ได้แก่ ข้อ 28 ผูกผ้ากันเปื้อนสีขาว หรือมีเครื่องแบบ ผู้ปรุงจะต้องใส่หมวกหรือเน็คคลุมผมด้วย ร้อยละ 89.29 ข้อ 21 เหยียงต้องมีสภาพดี ไม่แตกร้าวหรือเป็นร่อง มีเชียงใช้เฉพาะอาหารสุกและอาหารดิบ แยกจากกันมีฝาชีครอบ (ยกเว้นครัวที่มีการป้องกันแมลงวัน) ร้อยละ 32.14 ข้อ 18 ใช้อ่าง

ล้างภาชนะอุปกรณ์ที่มีท่อระบายน้ำที่ใช้การได้ดีอย่างน้อย 2 อ่าง ร้อยละ 7.14 ข้อ 10 อาหารและเครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทมีคุณภาพดี เก็บเป็นระเบียบ สูงจากพื้นอย่างน้อย 30 เซนติเมตร ร้อยละ 7.14 และ ข้อ 5 มีการระบายอากาศรวมทั้งกลิ่นและควันจากการทำอาหารได้ดี เช่น มีปล่องระบายควัน หรือพัดลมดูดอากาศที่ใช้การได้ดี ร้อยละ 3.57 ตามลำดับ

ข้อกำหนดพื้นฐานด้านสุขลักษณะของร้านจำหน่ายอาหารที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4 สะอาด เป็นระเบียบ พื้นทำด้วยวัสดุถาวร แข็งแรง เรียบ สภาพดี ร้อยละ 28.57 ข้อ 9 อาหารสด เช่น เนื้อสัตว์ ผักสด ผลไม้ และอาหารแห้ง มีคุณภาพดี แยกเก็บเป็นสัดส่วน ไม่ปะปนกัน วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร หรือเก็บในตู้เย็น ถ้าเป็นห้องเย็น ต้องวางอาหารสูงจากพื้นอย่างน้อย 30 เซนติเมตร สำหรับอาหารสดต้องล้างให้สะอาดก่อนนำมาปรุง ร้อยละ 10.71 และข้อ 16 ภาชนะใส่น้ำดื่ม สายชู น้ำปลา และน้ำจิ้ม ต้องทำด้วยแก้ว กระจก เบ้าเคลือบขาว มีฝาปิด และช้อนตักทำด้วยกระจก เบ้าเคลือบขาว หรือสแตนเลสสำหรับเครื่องปรุงรสอื่นๆ ต้องใส่ในภาชนะที่ทำความสะดวกง่าย มีฝาปิด และสะอาด ร้อยละ 17.86 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 สรุประดับมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของร้านจำหน่ายอาหาร

ระดับมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร	จำนวนร้าน	ร้อยละ	ข้อมาตรฐานที่ไม่ผ่าน			
			ข้อกำหนดทั่วไป			
			ข้อกำหนดพื้นฐานด้านสุขลักษณะ			
ไม่ผ่านมาตรฐาน	11	39.29	5	10	18	21 28
ระดับดี	17	60.71		21	28	
ระดับดีมาก	-	-		-		
รวม	28	100.00	5	10	18	21 28

ตารางที่ 2 สรุปผลการตรวจสอบสุขาภิบาลอาหารของร้านจำหน่ายอาหารจำแนกตาม 7 หมวด

ผลทางด้านกายภาพ	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
หมวด ก. สถานที่รับประทานอาหารและบริเวณทั่วไป		
1. สะอาด เป็นระเบียบ	28 (100)	0 (0)
2. โต๊ะ เก้าอี้ สะอาด แข็งแรง จัดเป็นระเบียบ	28 (100)	0 (0)
3. มีการระบายอากาศดี	28 (100)	0 (0)
หมวด ข. บริเวณที่เตรียม-ปรุงอาหาร		
4. สะอาด เป็นระเบียบ พื้นทำด้วยวัสดุถาวร แข็งแรง เรียบ สภาพดี	20 (71.43)	8 (28.57)
5. มีการระบายอากาศรวมทั้งกลิ่นและควันจากการทำอาหารได้ดี เช่น มีกล่องระบายควัน หรือพัดลมดูดอากาศที่ใช้การได้ดี	27 (96.43)	1 (3.57)
6. ไม่เตรียมและปรุงอาหารบนพื้น	28 (100)	0 (0)
7. โต๊ะเตรียม-ปรุงอาหาร และบริเวณเตาไฟ ต้องทำด้วยวัสดุที่ทำความสะอาดง่าย (เช่น สแตนเลส กระเบื้อง) มีสภาพดี และพื้นโต๊ะต้องสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.	28 (100)	0 (0)
หมวด ค. ตักอาหาร น้ำ น้ำแข็ง เครื่องดื่ม		
8. อาหารและเครื่องดื่มในภาชนะที่ปิดสนิท ต้องมีเลขสารบบอาหาร เช่น เครื่องหมาย อย.	28 (100)	0 (0)
9. อาหารสด เช่น เนื้อสัตว์ ผักสด ผลไม้ และอาหารแห้ง มีคุณภาพดี แยกเก็บเป็นส่วนๆ ไม่ปะปนกัน วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. หรือเก็บในตู้เย็น ถ้าเป็นห้องเย็น ต้องวางอาหารสูงจากพื้นอย่างน้อย 30 ซม. สำหรับอาหารสดต้องล้างให้สะอาดก่อนนำมาปรุง	25 (89.29)	3 (10.71%)
10. อาหารและเครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทมีคุณภาพดี เก็บเป็นระเบียบสูงจากพื้นอย่างน้อย 30 ซม.	26 (92.86)	2 (7.14)
11. อาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว เก็บในภาชนะที่สะอาดมีการปิด วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.	28 (100)	0 (0)
12. มีตู้สำหรับปกปิดอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว และด้านหน้าของตู้ต้องเป็นกระจก	28 (100)	0 (0)

ผลทางด้านกายภาพ	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
13. น้ำดื่ม เครื่องดื่ม น้ำผลไม้ต้องสะอาด ใส่ในภาชนะที่สะอาด มีฝาปิด มีก๊อกหรือทางเทริน้ำ หรือมีอุปกรณ์ที่มีด้ามสำหรับดักโดยเฉพาะ และวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.	28 (100)	0 (0)
14. น้ำแข็งที่ใช้บริโภคต้องสะอาด ใส่ในภาชนะที่สะอาด มีฝาปิด มีอุปกรณ์ที่มีด้ามสำหรับคีบ หรือดักโดยเฉพาะ วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. และต้องไม่มีสิ่งของอื่นแฉะรวมไว้	28 (100)	0 (0)
หมวด ง. ภาชนะอุปกรณ์		
15. ภาชนะอุปกรณ์ เช่น จาน ชาม ช้อน ส้อม ฯลฯ ต้องทำด้วยวัสดุที่ไม่เป็นอันตราย เช่น สแตนเลส กระเบื้องเคลือบขาว แก้ว อลูมิเนียม เมลามีนสีขาว หรือสีอ่อน สำหรับตะเกียบต้องเป็นไม้ไม่ตกแต่งสีหรือพลาสติกสีขาว	28 (100)	0 (0)
16. ภาชนะใส่น้ำดื่ม สายชู น้ำปลา และน้ำจิ้ม ต้องทำด้วยแก้ว กระเบื้องเคลือบขาว มีฝาปิด และช้อนดักทำด้วยกระเบื้องเคลือบขาว หรือสแตนเลสสำหรับเครื่องปรุงรสอื่นๆ ต้องใส่ในภาชนะที่ทำความสะอาดง่าย มีฝาปิด และสะอาด	23 (82.14)	5 (17.86)
17. ล้างภาชนะอุปกรณ์ด้วยวิธีการอย่างน้อย 2 ขั้นตอน โดยขั้นตอนที่ 1 ล้างด้วยน้ำยาล้างภาชนะ และขั้นตอนที่ 2 ล้างด้วยน้ำสะอาด 2 ครั้ง หรือล้างด้วยน้ำไหลและอุปกรณ์การล้างต้องสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.	28 (100)	0 (0)
18. ใช้อ่างล้างภาชนะอุปกรณ์ที่มีท่อระบายน้ำที่ใช้การได้ดี อย่างน้อย 2 อ่าง	26 (92.86)	2 (7.14)
19. จาน ชาม ถ้วย แก้วน้ำ ถาดหลุม ฯลฯ เก็บไว้ในภาชนะโปร่งสะอาด หรือตะแกรง วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 6 ซม. หรือเก็บในภาชนะหรือสถานที่สะอาดมีการปกปิด	28 (100)	0 (0)
20. ช้อน ส้อม ตะเกียบ วางตั้งเอาด้ามขึ้นในภาชนะโปร่งสะอาด หรือวางเป็นระเบียบในภาชนะที่สะอาดปิดมีการปกปิด ตั้งสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.	28 (100)	0 (0)
21. เชียงต้องมีสภาพดี ไม่แตกร้าวหรือเป็นร่อง มีเขียงใช้เฉพาะอาหารสุกและอาหารดิบ แยกจากกันมีฝาชีครอบ (ยกเว้นครัวที่มีการป้องกันแมลงวัน)	19 (67.86)	9 (32.14)
หมวด จ. การรวบรวมขยะและน้ำโสโครก		
22. ใช้ถังขยะที่ไม่รั่วซึม และมีฝาปิด	28 (100)	0 (0)
23. มีท่อหรือรางระบายน้ำที่มีสภาพดี ไม่แตกร้าวระบายน้ำจากห้องครัวและที่ล้างภาชนะอุปกรณ์ลงสู่ท่อระบายหรือแหล่งบำบัดได้ดี และต้องไม่ระบายน้ำเสียลงสู่แหล่งน้ำสาธารณะโดยตรง	28 (100)	0 (0)
24. มีบ่อดักเศษอาหารและดักไขมันที่ใช้การได้ดีก่อนระบายน้ำเสียลงสู่แหล่งน้ำสาธารณะโดยตรง	28 (100)	0 (0)

ผลทางด้านกายภาพ	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
หมวด ฉ. ห้องน้ำ ห้องส้วม		
25. ห้องน้ำ ห้องส้วม ต้องสะอาด ไม่มีกลิ่นเหม็นมีน้ำใช้เพียงพอ	28 (100)	0 (0)
26. ห้องส้วมแยกเป็นสัดส่วน ประตูไม่เปิดสู่บริเวณที่เตรียม-ปรุงอาหาร และต้อง มีอ่างล้างมือที่ใช้การได้ตั้งอยู่ในบริเวณห้องส้วม	28 (100)	0 (0)
หมวด ช. ผู้ปรุง-ผู้เสิร์ฟ		
27. แต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน	28 (100)	0 (0)
28. ผูกผ้ากันเปื้อนสีขาว หรือมีเครื่องแบบ ผู้ปรุงจะต้องใส่หมวก หรือเน็ตคลุมผม ด้วย	3 (10.71)	25 (89.29)
29. ต้องเป็นผู้มีสุขภาพดี ไม่เป็นโรคติดต่อ ไม่เป็นโรคผิวหนัง สำหรับ ผู้ปรุง จะต้องมีหลักฐานการตรวจสุขภาพในปีนั้นให้ตรวจสอบได้	28 (100)	0 (0)
30. มีสุขนิสัยที่ดี เช่น ตัดเล็บสั้น ไม่สูบบุหรี่ในขณะที่ปฏิบัติงาน ไม่ใช้มือหยิบจับ อาหารที่ปรุงเสร็จแล้วโดยตรง ฯลฯ	28 (100)	0 (0)

หมายเหตุ ข้อที่มีเครื่องหมายวงกลม คือ ข้อกำหนดพื้นฐานด้านสุขลักษณะของร้านจำหน่ายอาหาร

2. การปนเปื้อนของวัตถุห้ามใช้และวัตถุเจือปนในอาหาร

การตรวจวิเคราะห์วัตถุห้ามใช้ในอาหาร และวัตถุเจือปนในอาหาร จำนวน 6 ชนิด ได้แก่ บอแรกซ์ กรดซาลิซิลิก ฟอรัมาลีน กรดแอสซาร์ โซเดียมไฮโดรซัลไฟต์ และสีสังเคราะห์ โดยใช้ชุดทดสอบภาคสนามในอาหารทั้งหมด 27 ชนิด รวมจำนวนทั้งหมด 84 ตัวอย่าง ผลการศึกษามีดังนี้

ตัวอย่างอาหารที่พบ สารบอแรกซ์ จำนวน 3 ตัวอย่าง ร้อยละ 17.65 ของตัวอย่างที่ตรวจบอแรกซ์ หรือร้อยละ 3.57 ของตัวอย่างทั้งหมด ได้แก่ ไก่จ้อ 2 ตัวอย่าง และไส้กรอก 1 ตัวอย่าง โดยตัวอย่างส่วนใหญ่ จำนวน 81 ตัวอย่าง ร้อยละ 96.43 ของตัวอย่างทั้งหมด ไม่พบวัตถุห้ามใช้ในอาหารและวัตถุเจือปนในอาหาร ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การปนเปื้อนของวัตถุห้ามใช้ในอาหารและวัตถุเจือปนในอาหาร

ตัวอย่าง อาหาร	N (84 ต.ย.)	วัตถุห้ามใช้ในอาหาร						วัตถุเจือปนในอาหาร					
		บอแรกซ์ ¹		กรดซาลิซิลิก ³		ฟอรัมาลีน ²		กรดแอสซาร์ ⁴		โซเดียมไฮโดรซัลไฟต์ ⁵		สีสังเคราะห์ ⁶	
		(17 ต.ย.)		(20 ต.ย.)		(18 ต.ย.)		(13 ต.ย.)		(9 ต.ย.)		(7 ต.ย.)	
		พบ	ไม่พบ	พบ	ไม่พบ	พบ	ไม่พบ	พบ	ไม่พบ	พบ	ไม่พบ	พบ	ไม่พบ
ลูกชิ้นหมู ¹	5	0	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ไก่จ้อ ¹	2	2	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ไส้กรอก ¹	3	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
แฮม ¹	1	0	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

ตัวอย่าง อาหาร	N (84 ต.ย.)	วัตถุห้ามใช้ในอาหาร						วัตถุเจือปนในอาหาร					
		บอแรกซ์ ¹		กรดซาลิซิลิก ³		ฟอร์มาลีน ²		กรดแอสซอร์ ⁴		โซเดียม ไฮโดรซัลไฟต์ ⁵		สีสังเคราะห์ ⁶	
		(17 ต.ย.)		(20 ต.ย.)		(18 ต.ย.)		(13 ต.ย.)		(9 ต.ย.)		(7 ต.ย.)	
		พบ	ไม่พบ	พบ	ไม่พบ	พบ	ไม่พบ	พบ	ไม่พบ	พบ	ไม่พบ	พบ	ไม่พบ
ไก่ปรุงสุก ¹	1	0	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
เนากุ้ง ¹	2	0	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
หัตถิมกรอบ ¹	2	0	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
วุ้นมะพร้าว ¹	1	0	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
พริกป่น ²	17	-	-	0	17	-	-	-	-	-	-	-	-
ถั่วลิสงบด ²	1	-	-	0	1	-	-	-	-	-	-	-	-
พริกเกลือ ²	1	-	-	0	1	-	-	-	-	-	-	-	-
ยำสาหร่าย ²	1	-	-	0	1	-	-	-	-	-	-	-	-
หน่อไม้ ³	1	-	-	-	-	0	1	-	-	-	-	-	-
เนื้อปลาสด ³	2	-	-	-	-	0	2	-	-	-	-	-	-
เนื้อไก่สด ³	3	-	-	-	-	0	3	-	-	-	-	-	-
เนื้อหมูสด ³	3	-	-	-	-	0	3	-	-	-	-	-	-
เนื้อหมูหมัก ³	1	-	-	-	-	0	1	-	-	-	-	-	-
เนื้อหมูบด ³	1	-	-	-	-	0	1	-	-	-	-	-	-
หมักสด ³	5	-	-	-	-	0	5	-	-	-	-	-	-
กุ้งสด ³	2	-	-	-	-	0	2	-	-	-	-	-	-
น้ำส้มสายชู ⁴	13	-	-	-	-	-	-	0	13	-	-	-	-
ถั่วอก ⁵	6	-	-	-	-	-	-	-	-	0	6	-	-
น้ำตาลปีบ ⁵	2	-	-	-	-	-	-	-	-	0	2	-	-
เส้นเล็ก ⁵	1	-	-	-	-	-	-	-	-	0	1	-	-
กุ้งแห้ง ⁶	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	1
น้ำสมุนไพร ⁶	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	4
น้ำหวานชง ⁶	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	2
รวม		3	14	0	20	0	18	0	13	0	9	0	7
(ร้อยละ)		(17.65)	(82.35)	(0)	(100)	(0)	(100)	(0)	(100)	(0)	(100)	(0)	(100)

หมายเหตุ : ¹ ตัวอย่างตรวจบอแรกซ์, ² ตัวอย่างตรวจกรดซาลิซิลิก, ³ ตัวอย่างตรวจฟอร์มาลีน, ⁴ ตัวอย่างตรวจกรดแอสซอร์, ⁵ ตัวอย่างตรวจโซเดียมไฮโดรซัลไฟต์, ⁶ ตัวอย่างตรวจสีสังเคราะห์

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้ได้ให้ความสนใจและตระหนักถึงความปลอดภัยในอาหารสำหรับนักศึกษาและบุคลากรทั้งภายในและบุคคลภายนอกที่เข้ามาใช้บริการภายในโรงอาหารของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จังหวัดสมุทรปราการ ตามแนวทางปฏิบัติของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานภาครัฐ ที่มีบทบาทหน้าที่ดูแลด้านความปลอดภัย

ในอาหารของประเทศไทย ดำเนินการและส่งเสริมให้หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนรวมถึงประชาชนทั่วไปดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัย เพื่อป้องกันอันตรายจากสิ่งปนเปื้อนและเชื้อก่อโรคต่าง ๆ ผลการศึกษาสามารถสรุปได้ดังนี้ ร้านจำหน่ายอาหารส่วนใหญ่ภายในมหาวิทยาลัยมีการปฏิบัติสุขาภิบาลอาหารและสภาพแวดล้อมผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานอยู่ในระดับดี จำนวน 17 ร้าน ร้อยละ 60.71 และมีร้านจำหน่ายอาหารไม่

ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 11 ร้าน ร้อยละ 39.29 โดยข้อกำหนดทั่วไปและข้อกำหนดพื้นฐานด้านสุขลักษณะที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานจำแนกตามปัจจัยสำคัญ 5 ด้าน ดังนี้

ผู้สัมผัสอาหาร ได้แก่ แม่ครัว ผู้จำหน่ายอาหาร ใส่หมวกหรือเน็ตคลุมผมตลอดเวลา ปฏิบัติงานด้านอาหาร แต่ใช้ผ้ากันเปื้อนที่มีสีเข้ม ทำให้ไม่สามารถมองเห็นสิ่งสกปรกได้ชัดเจน

อาหาร ได้แก่ น้ำวัตถุดิบประเภทเนื้อสัตว์ แช่รวมกับผักในถังน้ำแข็ง หรือจัดเก็บอาหาร กระป๋องและขวดเครื่องปรุงรสแบบปิดสนิทบนชั้นสูงจากพื้นไม่ถึง 30 เซนติเมตรหรือวางบนพื้น ครีวอาจเป็นสาเหตุของการปนเปื้อนฝุ่นละออง เชื้อก่อโรค แผลงสาบ และหนู ได้

อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปรุงประกอบอาหาร ได้แก่ ใช้ภาชนะกระเบื้องเคลือบใส น้ำส้มสายชู น้ำปลาแต่ไม่มีฝาปิดเพื่อป้องกัน แผลงวันและฝุ่นละออง มีอ่างล้างภาชนะอุปกรณ์ 2 อ่าง แต่ชำรุดไม่มีการซ่อมบำรุงจึงใช้เพียงอ่างเดียวอาจทำให้การล้างภาชนะอุปกรณ์ไม่สะอาดเพียงพอ หรือใช้เชียงเพียง 1 อัน และมีด 1 เล่ม ไม่มีการแยกเชียงระหว่างอาหารดิบกับอาหารสุก บางร้านไม่มีการใช้ปกปิดหรือไม่ใช้ผ้าชีครอบเชียง เมื่อไม่ใช้งานอาจเป็นสาเหตุให้แผลงวันตอมเชียงได้ (ครัวมีลักษณะเปิดโล่งไม่มีมุ้งลวดกันแผลงวัน)

สถานที่ปรุงประกอบและจำหน่ายอาหาร ได้แก่ สภาพครัวพบว่ามีการวางอุปกรณ์ไม่เป็นระเบียบ มีเศษอาหารตกหล่นบนพื้น ไม่หมั่นทำความสะอาด หรือร้านจำหน่ายอาหารโดยเฉพาะประเภทอาหารจานเดียว อาหารตามสั่ง มีพัดลมดูดอากาศเหนือเตาไฟประกอบอาหารแต่ชำรุดไม่มีการซ่อมบำรุง ใช้งานไม่ได้ ซึ่งร้านประเภทนี้มีการปรุงประกอบอาหารให้ลูกค้าตลอดเวลาที่เปิดจำหน่ายอาหารทำให้เกิดควันและกลิ่นอาหาร

จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าผู้สัมผัสอาหารยังมีการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องรวมถึงสภาพแวดล้อมของร้านจำหน่ายอาหารบางร้านขาดการดูแลซ่อมบำรุงให้อุปกรณ์พร้อมใช้งาน

รวมถึงการดูแลด้านความสะอาดของสถานที่ ซึ่งอาจกลายเป็นแหล่งอาหารของสัตว์และแมลงนำโรค เช่น หนู แมลงสาบ และแมลงวัน ดังนั้นเพื่อให้ร้านจำหน่ายอาหารในมหาวิทยาลัยมีการดำเนินงานอาหารปลอดภัยอย่างถูกต้องและเกิดความยั่งยืนส่งผลดีต่อสุขภาพของผู้บริโภค ผู้สัมผัสอาหาร เช่น แม่ครัว พนักงานเตรียมวัตถุดิบ พนักงานล้างจาน ผู้เสิร์ฟ **ควรมีความรู้ที่ถูกต้อง และทัศนคติที่ดีเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับอาหารอย่างถูกต้องและเกิดความปลอดภัย** รวมถึงผู้ประกอบการร้านจำหน่ายอาหารต้องมีการดูแลสภาพแวดล้อมและอุปกรณ์การปรุงประกอบอาหาร เช่น พื้น เพดาน พัดลมระบายอากาศ อ่างล้างภาชนะอุปกรณ์ เชียง ให้พร้อมปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ร่วมกับการควบคุมกำกับดูแลจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Thwe, Patimakorn, & Araya⁵ ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติด้านสุขลักษณะของผู้สัมผัสอาหารในโรงอาหารของมหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่าผู้สัมผัสอาหารมี**คะแนนทัศนคติ การปฏิบัติ และความรู้ ที่ถูกต้อง ร้อยละ 77.3, 68.5 และ 55.4** ตามลำดับ โดยผู้สัมผัสอาหารไม่ตระหนักถึงการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารด้านความเสี่ยงของสิ่งอันตรายในอาหาร อุณหภูมิในการเก็บรักษาอาหาร และความเป็นไปได้ของการเกิดการปนเปื้อนข้ามในอาหาร ลลิตา สมสัตย์ และอุไรวรรณ อินทร์ม่วง¹⁰ ประเมินสภาพสุขาภิบาลอาหารและการจัดการแวดล้อมของศูนย์อาหารและบริการแห่งหนึ่งในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น พบว่า**ห้องส้วมยังไม่ผ่านเกณฑ์ ห้องส้วมสาธารณะ ร้านจำหน่ายอาหารยังไม่มีถังดักไขมัน มีการสะสมของเศษอาหารทำให้มีสัตว์และแมลงนำโรคโดยเฉพาะหนูและแมลงสาบจำนวนมากโดยไม่มีการดำเนินการกำจัด** บริเวณช่องทางระบายน้ำมีเศษอาหารสะสมอยู่ทำให้น้ำขังไม่มีการระบายออก อนงค์

หาญสกุล และสุคันธา โอศิริพันธุ์¹⁴ ประเมินสุขาภิบาลร้านอาหารภายในโรงอาหารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร ร้านจำหน่ายอาหารส่วนใหญ่ ร้อยละ 80 มีคะแนนผ่านเกณฑ์ประเมิน โดยมีบางร้านไม่ผ่านบางประเด็น ตัวอย่างเช่น ความสะอาดเป็นระเบียบและจัดเป็นสัดส่วน อาหารสดและอาหารแห้งมีคุณภาพดี แยกเก็บเป็นสัดส่วนไม่ปะปนกัน วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร น้ำแข็งที่ใช้บริโภคต้องสะอาด เก็บในภาชนะที่สะอาดมีฝาปิด มีอุปกรณ์สำหรับคีบหรือตักน้ำแข็งที่มีด้ามยาว โดยเฉพาะ วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร เหยียงและมิดต้องมีสภาพดี มีการแยกใช้ระหว่างอาหารสุกและอาหารดิบ มีฝาชีครอบเป็นต้น

นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยยังได้ตรวจวิเคราะห์วัตถุห้ามใช้ในอาหารและวัตถุเจือปนในอาหารจากร้านจำหน่ายอาหารของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จังหวัดสมุทรปราการ ตรวจพบสารบอแรกซ์ จำนวน 3 ตัวอย่าง ร้อยละ 17.65 ของตัวอย่างที่ตรวจบอแรกซ์ หรือร้อยละ 3.57 ของตัวอย่างทั้งหมด ตัวอย่างอาหารที่ตรวจพบบอแรกซ์ ได้แก่ ไก่จ้อ 2 ตัวอย่าง และไส้กรอก 1 ตัวอย่าง โดยตัวอย่างส่วนใหญ่ จำนวน 81 ตัวอย่าง ร้อยละ 96.43 ไม่พบวัตถุห้ามใช้ในอาหารและวัตถุเจือปนในอาหารทุกชนิด สอดคล้องกับงานวิจัยของ มาลินี ฉินนันทน์¹⁵ ได้ตรวจวิเคราะห์ปริมาณบอแรกซ์ในเนื้อหมูและลูกชิ้นที่วางจำหน่ายในตลาด อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง ด้วยเทคนิคยูวีวิสิเบิล สเปกโตรโฟโตมิเตอร์ พบว่าเนื้อหมูและลูกชิ้นหมู มีปริมาณบอแรกซ์เกินมาตรฐานที่กำหนด รุ่งฤดี ตรีสวัสดิ์, ศลยา สุขสะอาด และสุเจตต์ ชื่นชม¹⁶ ตรวจสอบการปนเปื้อนของสารบอแรกซ์ในลูกชิ้นเนื้อสุกรที่จำหน่ายในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ด้วยชุดทดสอบบอแรกซ์ขององค์การเภสัชกรรม พบว่าตัวอย่างลูกชิ้น 30 ตัวอย่าง มีการปนเปื้อน 1 ตัวอย่าง ร้อยละ 3.33 และลูกชิ้นเอ็นเนื้อสุกร

30 ตัวอย่าง มีการปนเปื้อน 7 ตัวอย่าง ร้อยละ 23.33 ดังนั้น จะเห็นได้ว่าอาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ โดยเฉพาะเนื้อสุกร มักมีการเติมสารบอแรกซ์เพื่อให้ผลิตภัณฑ์คงรูป มีลักษณะเนื้อสัมผัส กลิ่น รส และสีที่ดี รวมทั้งยืดอายุการเก็บรักษา บอแรกซ์เป็นสารอนินทรีย์มีชื่อทางเคมีว่า โซเดียมเตตระโบเรต หรือที่คนทั่วไปรู้จักในชื่อของ น้ำประสานทอง เพ่งแซ หรือผงเนื้อมี ปกติบอแรกซ์ถูกใช้ในทางอุตสาหกรรม เช่น ทำแก้ว เพื่อให้ทนต่อความร้อน หรือใช้เป็นสารประสานในการเชื่อมทอง รวมทั้งใช้ในเครื่องสำอางเพื่อเป็นสารหยุดยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อราในแป้งทาตัว เป็นต้น สารบอแรกซ์จัดเป็นวัตถุห้ามใช้ในอาหาร ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 151 (พ.ศ. 2536) หากอาหารที่มีส่วนผสมของบอแรกซ์จะจัดเป็นอาหารไม่บริสุทธิ์ เนื่องจากเป็นอันตรายต่อสุขภาพผู้บริโภค โดยทำให้เกิดอาการได้ 2 กรณี ได้แก่ อาการแบบเฉียบพลัน มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน อูจจาระร่วง อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ หงุดหงิด ผิวน้ำอึกเสบ และผื่นร่วน สำหรับอาการแบบเรื้อรัง จะส่งผลให้ร่างกายอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ผิวน้ำอึกเสบ หน้าตาบวม เยื่อตาอึกเสบ และตับโตอึกเสบได้¹⁷

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้ประโยชน์

การปรับปรุงร้านจำหน่ายอาหารที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานให้เป็นไปตามเกณฑ์สุขาภิบาลของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

1. มหาวิทยาลัยควรตรวจสอบและปรับปรุงสภาพแวดล้อมและอุปกรณ์ภายในร้านจำหน่ายอาหารที่มีสภาพชำรุดไม่สามารถใช้งานได้ หรือปรับปรุงสถานที่ เพื่อให้สถานที่ปรุงประกอบจำหน่ายอาหารมีสภาพที่พร้อมใช้งานให้เกิดความปลอดภัยในอาหาร
2. มหาวิทยาลัยควรพัฒนาสุขาภิบาลของร้านจำหน่ายอาหารให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ที่เปิดให้บริการจำหน่ายอาหาร เช่น โรงอาหาร หอพักนักศึกษา

3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดทำระบบการตรวจประเมินสุขาภิบาลอาหารของร้านจำหน่ายอาหารตามเกณฑ์การประเมินของกรมอนามัยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

4. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรดำเนินการเฝ้าระวังสารอันตรายปนเปื้อนในอาหาร โดยตรวจวิเคราะห์สารอันตรายและจุลินทรีย์ในอาหารภาชนะและมือผู้สัมผัสอาหาร ตามเกณฑ์ที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

5. หน่วยงานควรจัดอบรมให้กับผู้สัมผัสอาหารด้านสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหารให้สอดคล้องตามประกาศกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเพิ่มเติมประเด็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมป้องกันทางสุขาภิบาลอาหาร 5 ด้าน ได้แก่ บุคคลหรือผู้สัมผัสอาหาร อาหาร ภาชนะอุปกรณ์ สถานที่ปรุงประกอบและจำหน่ายอาหาร และสัตว์และแมลงนำโรค

2. ศึกษาเพิ่มเติมรูปแบบการพัฒนาทางสุขาภิบาลอาหารในสถาบันการศึกษาที่เหมาะสมกับแต่ละสถาบันและท้องถิ่น

3. ศึกษาปริมาณการปนเปื้อนของวัตถุห้ามใช้ในอาหารและวัตถุเจือปนในอาหารด้วยวิธีวิเคราะห์ที่ละเอียดมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้สัมผัสอาหาร ร้านจำหน่ายอาหาร และมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณและห้องปฏิบัติการจากสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ คณะผู้วิจัยใคร่ขอขอบพระคุณ

เป็นอย่างสูงสำหรับการสนับสนุนงานวิจัยจนบรรลุผลสำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Lee, H., & Yoon, Y. Etiological agents implicated in foodborne illness World Wide. Food Science of Animal Resources. 2020; 41(1): 1-7.
2. Pires, S. M., Desta, B. N., Mughini-Gras, L., Mmbaga, B. T., Fayemu, O. E., Salvador, E. M., et al. Burden of foodborne diseases: think global, act local. Current Opinion in Food Science. 2021; 39: 152-159.
3. Azanaw, J., Gebrehiwot, M., & Dagne, H. Factors associated with food safety practices among food handlers: facility-based cross-sectional study. BMC Research Notes. 2019; 12(1): 683.
4. Mendedo, E. K., Berhane, Y., & Haile, B. T. Factors associated with sanitary conditions of food and drinking establishments in Addis Ababa, Ethiopia: cross-sectional study. Pan African Medical Journal. 2017; 28: 237.
5. Thwe, M., Patimakorn, P., & Araya, C. Food safety assessment of food handlers in the canteens of Khon Kaen University. Asia-Pacific Journal of Science and Technology. 2019; 24(02): APST-24-02-09.
6. พัฒนา พรหมณี. แนวทางการดำเนินงานการสุขาภิบาลอาหารของสถานประกอบการร้านอาหารทาง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารวิชาการ สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย. 2562; 8(2) :48-58.
7. สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ. แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัย

- สิ่งแวดล้อม ประจำปีงบประมาณ 2564. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 6 มิถุนายน 2564 จาก <https://online.fliphtml5.com/hvpv/Jhyj>.
8. สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ. คู่มือวิชาการสุขาภิบาลอาหารสำหรับเจ้าหน้าที่. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
9. กองสุขาภิบาลอาหาร. คู่มือการจัดการอาหารปลอดภัยในโรงเรียน. (พิมพ์ครั้งที่ 1). สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เอช อาร์ พรินซ์ แอนด์ เทรนนิง จำกัด; 2559.
10. ลลิตา สมสัตย์ และอุไรวรรณ อินทร์ม่วง. การสุขาภิบาลอาหารและการจัดการสิ่งแวดล้อมของศูนย์อาหารและบริการ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2559; 16(3): 73-80.
11. สำนักระบาดวิทยา. รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506 โรคอาหารเป็นพิษ วันที่ 1 มกราคม 2562 – 31 ธันวาคม 2562. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 6 มิถุนายน 2564, จาก http://www.boe.moph.go.th/boedb/surdata/506wk/y62/d03_5362.pdf.
12. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ. รายงานประจำปี 2562 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ. สืบค้นเมื่อ 6 มิถุนายน 2564, จาก https://drive.google.com/folders/14Ah6X-bTJAa40oNR8t9aGAAGCHn_jk0a.
13. กองสุขาภิบาลอาหารและน้ำ. แบบสำรวจร้านอาหาร ตามมาตรฐานการสุขาภิบาลอาหาร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2547.
14. อนงค์ หาญสกุล และสุคันธา โอศิริพันธุ์. สภาวะสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร. วารสารคณะพลศึกษา. 2555; 15 (ฉบับพิเศษ): 381-395.
15. มลีนี ฉินนานนท์. การวิเคราะห์ปริมาณบอแรกซ์ในเนื้อสัตว์และลูกชิ้นที่จำหน่ายในจังหวัดตรัง. วารสารวิจัยราชชมงคลกรุงเทพ. 2560; 11(1): 55-61.
16. รุ่งฤดี ตรีสวัสดิ์, ศลยา สุขสอาด และสุเจตต์ ชื่นชม. การจำแนกการปลอมปนเนื้อสัตว์อื่นและสารบอแรกซ์ในลูกชิ้นเนื้อสุกรที่จำหน่ายในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล. ใน: การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน ครั้งที่ 13; 8-9 ธันวาคม 2559; มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน. นครปฐม; 2559. หน้า 189-195.
17. สุภมาศ วัยอุดมวุฒิ. พิษภัยจากสารบอแรกซ์ในอาหาร. กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. Fact Sheet อาหาร. 2549; 5(26 กันยายน).

Received: 29 Jun 2021, Revised: 27 Jul 2021

Accepted: 2 Aug 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความรู้ เจตคติและการจัดการสิ่งแวดล้อมในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดยะลา โดยบุคลากรและนักศึกษาอัญชลี พงศ์เกษตร^{1,*} นิรัชรา ลิลละฮ์กุล¹ อับดุลบาซีส ยาโงะ¹ สัตตมาส วรรณรัตน์¹
เกษเนตร เกษสระ¹ สัญญา ยีอราน² กรกฎ พงศ์เกษตร³

บทคัดย่อ

การจัดการสิ่งแวดล้อม เป็นส่วนหนึ่งของวิสัยทัศน์ประเทศไทย 2561-2580 และยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข สำหรับวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา มีกิจกรรมที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม เช่นเดียวกับสถานบริการสาธารณสุข จึงได้ดำเนินการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาระดับความรู้ เจตคติและการจัดการสิ่งแวดล้อม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการสิ่งแวดล้อมของบุคลากรและนักศึกษา จำนวน 655 คน สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 252 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติไคสแควร์ และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษา พบว่าความรู้ เจตคติและการจัดการสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.6 ระดับดี ร้อยละ 58.5 และระดับดี ร้อยละ 73.8 ตามลำดับ และพบว่าอายุ ความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับการจัดการสิ่งแวดล้อม ในทางบวก ในระดับค่อนข้างต่ำ ($r = 0.229$, $p < 0.01$, $r = 0.268$, $p < 0.01$, และ $r = 0.355$, $p < 0.01$) ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นนักศึกษา ร้อยละ 88.0 โดยควรมีการแนะนำแหล่งเรียนรู้ออนไลน์หรือสื่อสารให้บุคลากรและนักศึกษาผ่านช่องทางออนไลน์ เนื่องจากเป็นช่องทางที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสิ่งแวดล้อมมากที่สุด ร้อยละ 67.9 เนื่องจากความรู้ของบุคลากรและนักศึกษา ส่วนใหญ่ยังอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.6 ส่วนระดับเจตคติเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 58.5 ดังนั้นการจัดโครงการ กิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ผ่านนโยบายที่ชัดเจน จะสามารถทำให้วิทยาลัยมีการจัดการสิ่งแวดล้อมได้ดีมากขึ้น

คำสำคัญ: ความรู้ เจตคติ การจัดการสิ่งแวดล้อม วิทยาลัย¹ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา² เทศบาลนครยะลา³ โรงพยาบาลยะลา

* Corresponding author: pulo_1999@yahoo.com

*Original Article***Knowledge Attitude and Environmental Management at Sirindhorn College of Public Health, Yala by College's Staff and Student**

Anchalee Pongkaset¹, Niratchara Lillahkul¹, Abdullbasis Yangok¹,
Sattamat Lappharat¹, Kritsanate Katsara¹, Sanya Yueran², Korakot Pongkaset³

Abstract

Environmental management be part of the vision of Thailand 2018-2037 and the strategy of the Ministry of Public Health, Sirindhorn College of Public Health, Yala each have activities that affected the environment as well as hospital and health care center. Therefore, descriptive research was conducted to study knowledge, attitude, environmental management level and factors related to environmental management by 665 college's staff and students. Stratified random sampling were used for 252 people by using a questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics were Chi-square statistics and Pearson's correlation coefficient statistics. The results of the study found that the most of knowledge, attitude, and environmental management were moderate level at 49.6%, good level at 58.5%, and good level at 73.8%, respectively. Age, knowledge, and attitudes towards environmental management were positive relationship with environmental management at a relatively low level ($r = 0.229, p < 0.01$, $r = 0.268, p < 0.01$, and $r = 0.355, p < 0.01$), respectively. The most of the samples were of students at 88.0% which should suggest online learning resources or communicate to college's staff and students via online channels due to the knowledge of college's staff and students remained a moderate level at 49.6%, while the attitudes towards environmental management was mostly a good level at 58.5 which if there is a project ongoing activities through a clear policy, it could make the environment management of college better.

Keywords: Knowledge, Attitude, Environmental Management, College

¹Sirindhorn College of Public Health, Yala

²Yala City Municipality

³Yala Hospital

* Corresponding author: pulo_1999@yahoo.com

บทนำ

ปัญหาสิ่งแวดล้อมในปัจจุบันส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน ซึ่งมีสาเหตุมาจากการเพิ่มขึ้นของประชากร การขยายตัวของภาคอุตสาหกรรมและทำให้เกิดกระทบต่อสุขภาพอนามัยและความเป็นอยู่ของประชาชน โดยรัฐบาลตระหนักถึงปัญหาสิ่งแวดล้อม จึงมียุทธศาสตร์ในการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรสิ่งแวดล้อม ตามวิสัยทัศน์ประเทศไทย 20 ปี (2561-2580)¹

กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักที่ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยจัดบริการให้ประชาชนมีสุขภาพดีทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระดับประเทศ รวมถึงผลิตบุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อให้บริการได้อย่างเพียงพอกับระบบบริการด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (2561-2580) ด้านสาธารณสุข ซึ่งมี 4 ยุทธศาสตร์ โดยยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นเลิศ แผนงานที่ 4 : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม โดยมีตัวชี้วัดคือ ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป ภายใต้โครงการสาธารณสุขรวมใจร่มเงาตลอดโลกร้อน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม หลัก ๆ ได้แก่ 1) การจัดการมูลฝอย 2) การพัฒนาสิ่งแวดล้อม 3) การลดใช้พลังงาน 4) การจัดการสิ่งแวดล้อมที่ช่วยลดโลกร้อน และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และ 5) การจัดการสุขาภิบาลอาหาร โรงอาหาร²

การดำเนินงานสาธารณสุขรวมใจร่มเงาตลอดโลกร้อน ของสถานบริการสาธารณสุข ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของจากศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา พบว่า ปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบ 7 จังหวัด

ภาคใต้ตอนล่าง จำนวนทั้งสิ้น 75 แห่ง ผ่านการรับรอง มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital ระดับดี ระดับดีมาก ระดับดีมาก Plus ร้อยละ 10.84 ร้อยละ 33.37 และ 55.42 ตามลำดับ³ จะเห็นได้ว่าผ่านระดับดีมาก-ดีมาก Plus ร้อยละ 88.79

สำหรับวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เป็นหน่วยงานหลักในการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อตอบสนองความต้องการระบบสุขภาพของประเทศและสอดคล้องกับนโยบายความต้องการด้านกำลังคนของรัฐบาล ในแต่ละวันจึงมีกิจกรรมที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่นเดียวกับสถานบริการสาธารณสุข เพื่อความอยู่อย่างยั่งยืนและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม จึงได้ประยุกต์กิจกรรม GREEN ในการศึกษา ความรู้ เจตคติและการจัดการสิ่งแวดล้อมในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลาโดยบุคลากรและนักศึกษาชั้น ซึ่งจะสามารถจัดการสิ่งแวดล้อมของวิทยาลัยให้มีคุณภาพ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของนักศึกษาและบุคลากร และไม่ส่งผลกระทบต่อชุมชนโดยรอบต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาระดับความรู้ เจตคติและการจัดการสิ่งแวดล้อมของบุคลากรและนักศึกษา
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการสิ่งแวดล้อมของบุคลากรและนักศึกษา

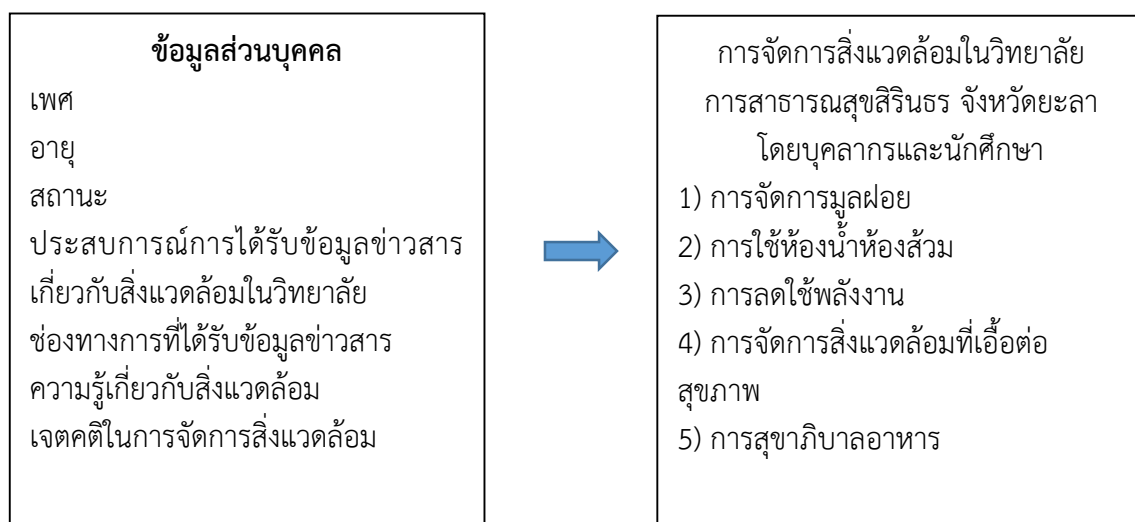
วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยใช้แนวคิดความรู้ เจตคติและการปฏิบัติของสุรพงษ์ โสธนะเสถียร⁴ และประยุกต์การดำเนินกิจกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมของวิทยาลัยตามกิจกรรม GREEN

ได้แก่ 1) การจัดการมูลฝอย 2) การใช้ห้องน้ำห้อง
ส้วม 3) การลดใช้พลังงาน 4) การจัดการ

สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และ 5) การ
สุขาภิบาลอาหาร ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประชากร ขนาดตัวอย่าง และการสุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากร และนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา ปีการศึกษา 2563 บุคลากร จำนวน 114 คน และนักศึกษา จำนวน 541 รวมจำนวนทั้งสิ้น 655 คน⁵ คำนวณประชากรตามสูตรของ Krejcie and Morgan⁶ ได้ขนาดตัวอย่างได้ 243.86 ได้ทำการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิอย่างเป็นสัดส่วน โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ด้วยวิธีจับสลากแบบไม่คืนกลับ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ เก็บตัวอย่างจำนวน 252 คน

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลและการแปลผล

เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน เมษายน-มิถุนายน 2564 โดยใช้แบบสอบถาม ศึกษาข้อมูลจากพัฒนา มุลพฤษ⁷ อนุรัตน์ ไชยนิราช และคณะ⁸ และวิธีประหยัดพลังงาน⁹ ประกอบด้วย 4 ตอน คือ ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ

การแปลผล แบบสอบถามตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม แบ่งโดยใช้เกณฑ์ของ Bloom¹⁰

ความรู้ระดับดี คะแนน 16-20 คะแนน

ความรู้ระดับปานกลาง คะแนน 12-15

คะแนน

ความรู้ระดับไม่ดี คะแนน 0-11 คะแนน

การแปลผล แบบสอบถามตอนที่ 3 เจตคติในการจัดการสิ่งแวดล้อม โดยกำหนดระดับเจตคติเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มาก (3) ปานกลาง (2) น้อย (1) แบ่งโดยใช้เกณฑ์ $(\text{Max-Min})/3 = 0.67$ เป็น 3 ระดับตามอนงค์ จันทเขต¹¹

เจตคติระดับดี คะแนนเฉลี่ย 2.36-3.00

เจตคติระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.68-

2.35

เจตคติระดับไม่ดี คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.67

การแปลผล แบบสอบถามตอนที่ 4 การจัดการสิ่งแวดล้อม แบ่งโดยใช้เกณฑ์ โดยกำหนดระดับการจัดการสิ่งแวดล้อม เป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5) มาก (4) ปานกลาง (3) น้อย (2) น้อยที่สุด (1) แบ่งโดยใช้เกณฑ์ $(\text{Max-Min})/3 = 1.33$ เป็น 3 ระดับตามอนงค์ จันทเขต¹¹

การจัดการสิ่งแวดล้อมระดับดี คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00

การจัดการสิ่งแวดล้อมระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67

การจัดการสิ่งแวดล้อมระดับไม่ดี คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33

การตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามตอนที่ 2 ความรู้ หาค่าความเชื่อมั่นโดยสูตร KR-20 ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.78 แบบสอบถามตอนที่ 3 เจตคติ และตอนที่ 4 การจัดการสิ่งแวดล้อม ค่าความเชื่อมั่นจากสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Alpha) มีค่าเท่ากับ 0.78, 0.94 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรและนักศึกษา

2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square) และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการสิ่งแวดล้อมของบุคลากรและนักศึกษา

สถิติไคสแควร์ มี 4 ตัวแปร ได้แก่ เพศ สถานะ ประสบการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในวิทยาลัย และช่องทางการที่ ได้รับข้อมูลข่าวสาร

สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน มี 3 ตัวแปร ได้แก่ อายุ ความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม เจตคติในการจัดการสิ่งแวดล้อม

สถิติเชิงอนุมาน ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ประกอบด้วย การมีลักษณะข้อมูลแจกแจงเป็นโค้งปกติ ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น โดยพิจารณาจากกราฟ Normal Probability Plot พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในแนวเส้นตรง แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติและมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดค่าระดับความสัมพันธ์ตามพวงรีตัน ทวีรัตน์¹² โดย ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.01-0.20, 0.21-0.40, 0.41-0.60, 0.61-0.80, 0.81-1.00 มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ค่อนข้างต่ำ ปานกลาง ค่อนข้างสูง และสูง ตามลำดับ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ ผ่านจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เลขที่ 55/2564

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการศึกษาจำนวนและร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรและนักศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.7 อายุ เฉลี่ย 22.67 ปี เป็นนักศึกษา ร้อยละ 88.0 เป็นนักศึกษาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ร้อยละ 30.2 เป็นนักศึกษาชั้นปี 1 ร้อยละ 29.8 มีประสบการณ์ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในวิทยาลัย ร้อยละ 68.3 และช่องทางการที่ ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสิ่งแวดล้อมมากที่สุด คือ ทางสื่อออนไลน์ Website ร้อยละ 67.9 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=252)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	221	87.7
ชาย	31	12.3
อายุ (ปี) Mean = 22.67 Max. = 56 Min. = 19		
สถานะ		
บุคลากร	27	12.0
นักศึกษา	225	88.0
นักศึกษาหลักสูตร (n=225)		
สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน	58	25.8
สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข	68	30.2
การแพทย์แผนไทยบัณฑิต	52	23.0
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาเทคนิคเภสัชกรรม	26	11.6
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาปฏิบัติการฉุกเฉิน	21	9.4
การแพทย์		
นักศึกษาชั้นปี (n=225)		
ปี 1	67	29.8
ปี 2	65	28.9
ปี 3	47	20.9
ปี 4	46	20.4
ประสบการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ในวิทยาลัย		
เคย	172	68.3
ไม่เคย	80	12.7
ช่องทางการที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสิ่งแวดล้อม ที่สุด		
ทางสื่อออนไลน์ Website	171	67.9
ทางบุคคล อาจารย์ วิทยากร	51	20.2
ทางสื่อโทรทัศน์	23	9.1
ทางสื่อสิ่งพิมพ์ หนังสือพิมพ์ แผ่นพับ	7	2.8

ความรู้ เจตคติ และการจัดการสิ่งแวดล้อม

ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.6 มีเจตคติในการจัดการ

สิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับดี ร้อยละ 58.5 โดยไม่มีเจตคติระดับไม่ดี และมีการจัดการสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับดี ร้อยละ 73.8 โดยไม่มีการจัดการสิ่งแวดล้อมระดับไม่ดี ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ เจตคติ และการจัดการสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับ		จำนวน (252)	ร้อยละ
ความรู้			
ความรู้ระดับดี	คะแนน 16-20 คะแนน	32	12.7
ความรู้ระดับปานกลาง	คะแนน 12-15 คะแนน	125	49.6
ความรู้ระดับไม่ดี	คะแนน 0-11 คะแนน	95	37.7
Mean = 12.67, Max. = 18,00 Min. = 4.00			
เจตคติ			
เจตคติระดับดี	คะแนนเฉลี่ย 2.36-3.00	148	58.5
เจตคติระดับปานกลาง	คะแนนเฉลี่ย 1.68-2.35	104	41.5
เจตคติระดับไม่ดี	คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.67	0	0
Mean = 2.51 Max. = 3.00 Min. = 1.74			
การจัดการสิ่งแวดล้อม			
การจัดการสิ่งแวดล้อมระดับดี	คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00	186	73.8
การจัดการสิ่งแวดล้อมระดับปานกลาง	คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67	66	26.2
การจัดการสิ่งแวดล้อมระดับไม่ดี	คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33	0	0
Mean = 4.09 Max. = 5.00 Min. = 2.00			

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการสิ่งแวดล้อม

จากการศึกษา พบว่า เพศ สถานะ ประสิทธิภาพการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในวิทยาลัย และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสิ่งแวดล้อม ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการสิ่งแวดล้อม ดังตารางที่ 3

อย่างไรก็ตาม พบว่า อายุ ความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม และเจตคติในการจัดการสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับการจัดการสิ่งแวดล้อมในทางบวก ในระดับค่อนข้างต่ำ ($r = 0.229$, $p < 0.01$, $r = 0.268$, $p < 0.01$, และ $r = 0.355$, $p < 0.01$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการจัดการสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับการจัดการสิ่งแวดล้อม (n=252)				χ^2
	ดี (n=186)		ปานกลาง (n=66)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					.003
หญิง	163	73.8	58	26.2	
ชาย	23	74.2	8	25.8	
สถานะ					0.921
บุคลากร	22	71.4	5	28.6	
นักศึกษา	164	85.0	61	15.0	

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับการจัดการสิ่งแวดล้อม (n=252)				χ^2
	ดี (n=186)		ปานกลาง (n=66)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ประสบการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในวิทยาลัย					2.414
เคย	132	76.7	40	23.3	
ไม่เคย	54	67.5	26	32.5	
การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสิ่งแวดล้อม					2.711
ทางสื่อออนไลน์ website	127	74.3	44	25.7	
ทางบุคคล อาจารย์ วิทยากร	39	76.5	12	23.5	
ทางสื่อโทรทัศน์	14	60.9	9	39.1	
ทางสื่อสิ่งพิมพ์ หนังสือพิมพ์ แผ่นพับ	6	85.7	1	14.3	

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการจัดการสิ่งแวดล้อม

ตัวแปร	1	2	3	4
1. อายุ	1			
2. ความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม	.263**	1		
3. เจตคติในการจัดการสิ่งแวดล้อม	.077	.135*	1	
4. การจัดการสิ่งแวดล้อม	.229**	.268**	.355**	1

* $p < .05$ ** $p < .01$

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.6 มีเจตคติในการจัดการสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับดี ร้อยละ 58.5 และมีการจัดการสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับดี ร้อยละ 73.8 และเมื่อประเมินรายด้านพบว่าการใช้ห้องน้ำห้องส้วม มีค่าเฉลี่ยการจัดการสูงสุด ค่าเฉลี่ย 4.20 (คะแนนเต็ม 5) อยู่ในระดับดี ส่วนการจัดการมูลฝอย มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ค่าเฉลี่ย 3.93 อยู่ในระดับดี เช่นเดียวกัน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นนักศึกษา ร้อยละ 88.0 มีประสบการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในวิทยาลัย ร้อยละ 68.3 เนื่องจากวิทยาลัยมีการจัดโครงการ/

กิจกรรมด้านสิ่งแวดล้อม เช่น สถานศึกษาปลอดภัย และ Big Cleaning Day เป็นต้น อย่างไรก็ตามควรมีการแนะนำแหล่งเรียนรู้ออนไลน์หรือสื่อสารให้บุคลากรและนักศึกษา ผ่านช่องทางออนไลน์ให้มากขึ้น เพราะเป็นช่องทางที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสิ่งแวดล้อมมากที่สุด ร้อยละ 67.9 เพื่อให้บุคลากรและนักศึกษาได้ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมเพิ่มเติม เนื่องจากความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ยังอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.6 ส่วนเจตคติเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับดี ร้อยละ 58.5 และเมื่อประเมินรายด้านพบว่าเจตคติ ในการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ค่าเฉลี่ย 2.71 (คะแนนเต็ม 3) อยู่ในระดับดี ส่วนเจตคติในการลดใช้พลังงาน มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ค่าเฉลี่ย 2.39 อยู่ใน

ระดับดี และแสดงให้เห็นว่าควรเน้นในการสร้างทัศนคติที่ดีในการประหยัดพลังงานมากขึ้น เช่น การเดินแทนการใช้ลิฟต์ การใช้เครื่องปรับอากาศตามช่วงเวลาที่กำหนด เป็นต้น

เมื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการสิ่งแวดล้อม พบว่า อายุ ความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม และเจตคติเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับการจัดการสิ่งแวดล้อมในทางบวก ในระดับค่อนข้างต่ำ ($r = 0.229, p < 0.01, r = 0.268, p < 0.01$, และ $r = 0.355, p < 0.01$) ตามลำดับ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นนักศึกษา ชั้นปี 1 – 4 ร้อยละ 88.0 อายุเฉลี่ย ประมาณ 23 ปี การส่งเสริมให้มีการจัดการสิ่งแวดล้อมในกลุ่มนักศึกษา สามารถดำเนินการได้ทั้งในระดับรายวิชา และโครงการ/กิจกรรมภาพรวมของวิทยาลัย เพื่อให้ระดับการจัดการสิ่งแวดล้อมมีมากขึ้น อย่างไรก็ตามระดับความรู้ยังอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.6 และเป็นอีกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการแนะนำแหล่งเรียนรู้ออนไลน์หรือสื่อสารให้บุคลากรและนักศึกษาผ่านช่องทางออนไลน์ Website จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้ทั้งบุคลากรและนักศึกษามีความรู้เพิ่มมากขึ้น สำหรับเจตคติในการจัดการสิ่งแวดล้อม พบว่าอยู่ในระดับดี ร้อยละ 58.5 และระดับปานกลาง ร้อยละ 41.5 โดยเจตคติมีความสัมพันธ์กับการจัดการสิ่งแวดล้อมของวิทยาลัย และการจะมีเจตคติที่ดี ต้องผ่านการส่งเสริมความรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มระดับความรู้ เพื่อปรับเจตคติของทั้งนักศึกษาและบุคลากรต่อการจัดการสิ่งแวดล้อมให้มีระดับดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการจัดการสิ่งแวดล้อมระดับดีมากขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาความรู้และทัศนคติที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการซื้อสินค้าที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมของผู้บริโภคในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ¹³

ซึ่งพบว่าทัศนคติในสินค้าที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการซื้อสินค้าที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม การที่บุคลากรและนักศึกษาส่วนใหญ่มีเจตคติระดับดี จึงส่งผลต่อการจัดการสิ่งแวดล้อมของวิทยาลัยให้อยู่ในระดับดี สำหรับการจัดการสิ่งแวดล้อมซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการลดภาวะโลกร้อนของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย¹⁴ โดยพฤติกรรมการลดภาวะโลกร้อน เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอย การลดใช้พลังงาน และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของนักศึกษา พบว่ามีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.9 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะโลกร้อน ร้อยละ 95.5 และเคยมีส่วนร่วมในกิจกรรมอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม ร้อยละ 92.0 ปัจจัยดังกล่าวจึงเกื้อหนุนให้เกิดพฤติกรรมการลดภาวะโลกร้อน แสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมให้เกิดความรู้ ย่อมส่งผลต่อการปฏิบัติของบุคคล

จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมให้นักศึกษาได้รับความรู้ จากการเรียนการสอนในรายวิชา และช่องทางออนไลน์สำหรับทั้งบุคลากรและนักศึกษา ผ่านทางสื่อที่มีอยู่เช่น Website กลุ่ม Facebook ของวิทยาลัย และการส่งเสริมให้มีโครงการ/กิจกรรมด้านสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องผ่านการขับเคลื่อนนโยบายของผู้บริหาร จะทำให้ระดับการจัดการสิ่งแวดล้อมของวิทยาลัยหรือสถานศึกษาต่าง ๆ ดีขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม คุณภาพชีวิตของบุคลากร นักศึกษา และส่งผลดีต่อชุมชนโดยรอบ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากร และนักศึกษาทุกคนที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และขอบคุณวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา สำหรับการสนับสนุนงบประมาณการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ยุทธศาสตร์ชาติ 2561-2580 ฉบับย่อ. [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 23 ธันวาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก https://www.nesdc.go.th/download/document/SAC/NS_SumPlanOct2018.pdf
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. แผนงานโครงการและตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
3. ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา. สรุปรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตามคำรับรองปฏิบัติราชการรายตัวชี้วัด รอบ 6 เดือน (เมษายน – กันยายน 2563) ประจำเดือนกันยายน 2563. ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา; 2563.
4. สุรพงษ์ โสธนะเสถียร. การสื่อสารกับสังคม. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2533.
5. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา. ข้อมูลนักศึกษา ปีการศึกษา 2563. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา; 2563.
6. Krejcie, R.V., and Morgan, D.W. Determining sample size for research activities Educational and Psychological Measurement; 1970.
7. พัฒนา มูลพฤกษ์. อนามัยสิ่งแวดล้อม. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก; 2550.
8. อนรรักษ์ ไชยบุรุษ, ชมพูนุช สุภาพวานิชมกรรณิกา เรื่องเดช ชาวสวนศรีเจริญ, และพัชรินทร์ สมบูรณ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมการดำเนินงานสาธารณสุขรวมใจณรงค์ลตโลกร้อนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 12. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2560; 4 (ฉบับพิเศษ): 75-90.
9. 108 วิธีประหยัดพลังงาน. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 23 ธันวาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://www.green.kmutt.ac.th/elec/108.html>
10. Bloom, B.S. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York : McGraw-Hill; 1971)
11. องค์การ ประจันเขตต์. ความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของนักเรียนโรงเรียนเขาเพิ่มนารีผลวิทยา อ.บ้านนา จ.นครนายก. เวชสารแพทยทหารบก. 2555; 65(3): 159-166.
12. พงษ์รัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร; 2540.
13. กนกอร นิลวรรณจะณกุล และปวีณา คำพุกกะ. ความรู้และทัศนคติที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการซื้อสินค้าที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมของผู้บริโภคในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารบริหารศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 2556; 2(3): 65-83.
14. ณริดา รัตนอัมพา, ชุตินา บุญไตรย์, เด่นชัย เพ็งตา, ปาริชา ปานาราช, และอารีรัตน์ โพธิ์ดา. พฤติกรรมการลดภาวะโลกร้อนของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย.วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2561; 18(2): 90-98.

Received: 11 May 2021, Revised: 3 Jun 2021

Accepted: 16 Jul 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

การประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี

เกษศิริพันธ์ วิเชียรเจริญ^{1,*} อารยา ประเสริฐชัย² ชีระวุธ ธรรมกุล³

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินบริบทโครงการ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และ ผลผลิตของการดำเนินงานตามนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี 2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างบริบทโครงการ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการกับผลผลิตของการดำเนินงาน ประชากร คือ คณะกรรมการหลักในการขับเคลื่อน การดำเนินงานตามนโยบายของโรงพยาบาลในจังหวัดเพชรบุรี 8 แห่ง จำนวน 113 คน โดยศึกษาทุก หน่วยประชากร เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ตามแบบจำลอง CIPP โดยประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ บริบทโครงการ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และผลผลิต มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 ผล การศึกษาพบว่า 1) ภาพรวมบริบทโครงการ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และผลผลิตของ การดำเนินงานตามนโยบายอยู่ในระดับมาก 2) ปัจจัยนำเข้า และด้านกระบวนการ มีความสัมพันธ์ กับผลผลิตของการดำเนินงานตามนโยบายในระดับสูง ยกเว้นปัจจัยด้านบริบทมีความสัมพันธ์กับ ผลผลิตในระดับปานกลาง ข้อเสนอแนะ ผู้บริหารควรให้การสนับสนุน ติดตามเยี่ยมเยียนเทศ ผลักดันให้ โรงเรียนแพทย์ทุกแห่งสร้างความตระหนักในการสั่งจ่ายยา มีการรณรงค์ RDU ผ่านสื่อโฆษณา และ ขยายผลการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community) ควรมีการเชื่อมโยงกับ เครือข่ายอื่น ๆ ทั้งหน่วยงานในและนอกสังกัดรวมถึงภาคเอกชน เช่น ร้านชำ ร้านยา คลินิก และภาค ประชาชน

คำสำคัญ การใช้ยาอย่างสมเหตุผล การประเมินการดำเนินงาน นโยบายการใช้ยา

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกบริหารสาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

² รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

* Corresponding author: pukaked@hotmail.com

*Original Article***Performance Evaluation base on Drug Use Policies of Hospitals
under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health in
Phetchaburi Province****Ketsirin Wicheanchaoen^{1,*}, Araya Prasertchai², Theerawut Thammakun³****Abstract**

This research aims to 1) evaluate context, inputs, processes and products of the rational drug use policies of hospitals under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health in Phetchaburi Province, 2) Analyze the relationship between project context, input, process and product. Population is the main committee to drive the implementation in Phetchaburi, all 8 hospitals, total population is 113 people. Conducted research by using questionnaires based on the CIPP model, evaluating in four main themes: context, input, process and product. The questionnaire's accuracy was 0.92. The results showed that 1) context, input, process and the productivity of the policy implementation was at a high level. 2) Inputs and processes was a high level of relationship with the products, except that context had a moderate. Recommendations: Management should provide support, supervisory visits by provincial administrators. Pushing medical schools to raise awareness of prescribing. RDU campaigns through advertising media. Expand the results of promoting RDU Community should be linked with other networks. Both internal and external agencies, including the private sector, such as grocery stores, pharmacies, clinics, and the public sector.

Keywords: Rational drug use, evaluation, drug use policy¹ M.P.H. (Health Administration) School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University² Associate Professor, (Research and Publish health) School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University³ Assistant Professor, (Publish Health) School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

* Corresponding author: pukaked@hotmail.com

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้นิยาม “การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use: RDU)” ว่าเป็น “การที่ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ โดยใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม และมีความคุ้มค่าต่อชุมชนและผู้ป่วยน้อยที่สุด” ทั่วโลกมีการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลมากกว่าร้อยละ 50 ของการใช้ยา ส่งผลให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อผลข้างเคียงและอันตรายจากยา รวมถึงเกิดการสิ้นเปลืองทางเศรษฐกิจ¹ ประเทศไทยมีปัญหาค่าใช้จ่ายด้านยาสูง ในปี 2561 ค่าใช้จ่ายด้านยาของประเทศไทยมีมูลค่ารวม 181,553 ล้านบาท มูลค่าการใช้ยาในภาพรวมสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในอัตราเดียวกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ² ซึ่งการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านยานี้เป็นผลจากการที่ประชาชนเข้าถึงยาเพิ่มขึ้นและการใช้ยามากเกินความจำเป็น และพบการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับสถานพยาบาลจนถึงชุมชน³

กระทรวงสาธารณสุขประกาศนโยบายให้ทุกโรงพยาบาลทุกแห่งส่งเสริม “การใช้ยาอย่างสมเหตุผล” มีการกำหนดเป็นแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาที่ 15 โดยระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Hospital) ได้แบ่งเป้าหมายการดำเนินงานพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จำนวน 3 ขั้น ซึ่งกำหนดลำดับขั้นของผลสัมฤทธิ์ในระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่พ.ศ. 2560 – 2564 การพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Hospital) จำนวน 3 ขั้น ได้แก่ ขั้นที่ 1 การพัฒนาระบบพื้นฐานการดำเนินงาน ขั้นที่ 2 ระดับประสบความสำเร็จ มุ่งเน้นการลดการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็น ขั้นที่ 3 ระดับโดดเด่น ดูแลการใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคไต และสตรีตั้งครรภ์ ประกอบด้วยเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาล 18 ตัวชี้วัด และเกณฑ์

การประเมิน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ 2 ตัวชี้วัด รวมเป็นจำนวน 20 ตัวชี้วัด (กรณีเป็น รพ.ระดับ A, S, M1 จะเพิ่มการประเมินเรื่องการดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Resistance : AMR) 1 ตัวชี้วัด)⁴

การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 5 และจังหวัดเพชรบุรีเริ่มดำเนินการตั้งแต่พ.ศ. 2560 เป็นต้นมา ซึ่งผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลต่าง ๆ ยังคงไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เป็น RDU Hospital ในขั้นที่ 3 ได้อย่างครบถ้วน โรงพยาบาลในเขตสุขภาพ 5 จำนวน 67 แห่ง ผ่านเกณฑ์เพียงร้อยละ 32.84 (22 แห่ง) อีกทั้งยังไม่ได้มีการประเมินโครงการอย่างเป็นระบบ และไม่มีข้อมูลว่าโครงการมีประสิทธิภาพและมีข้อดีและข้อเสียควรที่จะปรับปรุงแก้ไขอย่างไร ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรีโดยใช้รูปแบบชิปปี้ (CIPP Model) ซึ่งมีจุดมุ่งหมายในการประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการและด้านผลผลิต เนื่องจากการประเมินที่ครอบคลุมตั้งแต่เริ่มโครงการจนสิ้นสุดโครงการและเป็นรูปแบบแต่ที่ได้รับความนิยมแพร่หลาย โดยรูปแบบชิปปี้สามารถนำมาใช้ในการบริหารจัดการโครงการหรือองค์กร เป็นการประเมินที่เป็นระบบง่ายต่อการเข้าใจและการนำไปปฏิบัติ และได้สารสนเทศที่ครอบคลุม^{5,6} เพื่อมุ่งหวังที่จะนำผลที่ได้จากการประเมินไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการปรับปรุงการดำเนินงาน อีกทั้งจะทำให้การประเมินผลโครงการในครั้งนี้ได้ข้อมูลเพื่อนำไปพัฒนาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินบริบทโครงการ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และผลผลิตของการดำเนินงานตามนโยบายการใช้ยาอย่างสม

เหตุผลของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี

2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างบริบทโครงการ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงานกับผลผลิตของการดำเนินงานตามนโยบายการใช้อย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี

3. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานตามนโยบายการใช้อย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ในรูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) โดยการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม เพื่อประเมินผลการดำเนินการตามนโยบายการใช้อย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี ตามรูปแบบ CIPP Model

กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ เป็นคณะกรรมการเภสัชกรรมบำบัดระดับโรงพยาบาลหรือคณะกรรมการตามชื่อเรียกอื่น ๆ ที่เป็นคณะกรรมการหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายการใช้อย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี ทั้ง 8 แห่ง ซึ่งเป็นวิชาชีพแพทย์ พยาบาล เภสัชกร จำนวน 113 คน โดยศึกษาทุกหน่วยประชากร (Total Population)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง โดยทำการศึกษาจากข้อมูลพื้นฐานแนวคิดทฤษฎีและการทบทวนวรรณกรรม ผ่านการตรวจสอบความ

ตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทดสอบความเที่ยงหรือความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) เท่ากับ 0.916

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายการใช้อย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี โดยใช้แบบสอบถามดำเนินการตั้งแต่ 1 มิถุนายน ถึง 31 ธันวาคม 2563 นำแบบสอบถามไปประมวลผล ลงรหัสข้อมูลแบบสอบถามในเครื่องคอมพิวเตอร์ จากนั้นทำการวิเคราะห์ผลจากข้อมูลในแบบสอบถามด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อการวิจัยในการประมวลผลค่าทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา วิชาชีพ และสถานที่ปฏิบัติงานของผู้ให้ข้อมูลด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentages)

2) วิเคราะห์การดำเนินงานตามนโยบายการใช้อย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี ตามรูปแบบการประเมินแบบ CIPP Model โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วย ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินแบบ CIPP Model กับผลการดำเนินงานตามนโยบายการใช้อย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson

Product- Moment Correlation Coefficient)
กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดเพชรบุรี เลขจริยธรรมที่ PBEC No.
003/2563 ลงวันที่ 29 พฤษภาคม 2563

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า
ผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ
81.3 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-60 ปีร้อยละ
35.5 การศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 74.8
ผู้ปฏิบัติงานทั่วไปร้อยละ 44.9 ทุกคนเป็น
คณะกรรมการเภสัชบำบัด (PTC) หรือ
คณะกรรมการจัดการระบบยา (MMS) ที่มีหน้าที่

เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามนโยบายการใช้ยา
อย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลร้อยละ 100 เป็น
พยาบาลร้อยละ 38.3 ระยะเวลาการทำงานใน
สถานที่ทำงานปัจจุบันน้อยกว่า 10 ปีร้อยละ 35.4

2. การวิเคราะห์ผลการประเมินตาม รูปแบบ CIPP Model

ความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการดำเนินงาน
ตามนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของ
โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี ในภาพรวมอยู่ใน
ระดับมาก ($\bar{X} = 3.81, SD = 0.501$) เมื่อจำแนก
เป็นรายด้าน พบว่า ด้านผลผลิต มีค่าเฉลี่ยสูงสุด
อันดับแรก ($\bar{X} = 3.94, SD = 0.555$) รองลงมาคือ
ด้านกระบวนการ ($\bar{X} = 3.93, SD = 0.595$)
ตามมาด้วย ด้านบริบท ($\bar{X} = 3.82, SD = 0.569$)
และสุดท้าย คือ ด้านปัจจัยนำเข้า ($\bar{X} = 3.57,$
 $SD = 0.581$) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานตาม
นโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามรูปแบบการประเมิน CIPP Model โดยรวม

รูปการประเมิน CIPP Model	$\bar{X}$	SD	ระดับความคิดเห็น
1. ด้านบริบท	3.82	0.569	มาก
2. ด้านปัจจัยนำเข้า	3.57	0.581	มาก
3. ด้านกระบวนการ	3.93	0.595	มาก
4. ด้านผลผลิต	3.94	0.555	มาก
รวม	3.81	0.501	มาก

2.1 ด้านบริบทโครงการ (Context) 3.82 เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบรายละเอียดดัง
พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานตามนโยบายการใช้อย่างสมเหตุผลด้านบริบท

ด้านบริบท	$\bar{x}$	SD	ระดับความคิดเห็น
1. ผู้บริหารให้ความสำคัญ มีการสนับสนุนเชิงนโยบาย	4.17	0.746	มาก
2. นโยบายจากส่วนกลางมีความชัดเจน	4.06	0.642	มาก
3. การกำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัด มีความสอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่	3.93	0.717	มาก
4. การดำเนินงานได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	3.86	0.706	มาก
5. ประชาชนในพื้นที่ให้ความสำคัญและร่วมมือในการดำเนินการ	3.09	0.694	ปานกลาง
รวม	3.82	0.569	มาก

2.2 ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) พบว่ามี เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบรายละเอียดดังตารางที่ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.57$) 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานตามนโยบายการใช้อย่างสมเหตุผล ด้านปัจจัยนำเข้า

ด้านปัจจัยนำเข้า	$\bar{x}$	SD	ระดับความคิดเห็น
1. โรงพยาบาลมีระบบบริหารจัดการที่ดี มีส่วนทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ	3.79	0.673	มาก
2. บุคลากรมีความเข้าใจ และทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนกระบวนการปฏิบัติในการดำเนินงาน RDU	3.62	0.748	มาก
3. บุคลากร มีจำนวนเพียงพอต่อการดำเนินงานตามนโยบาย	3.55	0.804	มาก
4. งบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน RDU เพียงพอ	3.47	0.816	มาก
5. วัสดุอุปกรณ์และสื่อประชาสัมพันธ์มีเพียงพอต่อการดำเนินงาน	3.42	0.630	มาก
รวม	3.57	0.581	มาก

2.3 ด้านกระบวนการดำเนินงาน ($\bar{x} = 3.93$) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบรายละเอียด (Process) พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานตามนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ด้านกระบวนการ

ด้านกระบวนการ	$\bar{x}$	SD	ระดับความคิดเห็น
1. โรงพยาบาลมีการสะท้อนข้อมูลการดำเนินงาน RDU ย้อนกลับแก่แพทย์/ผู้สั่งใช้ยา เพื่อการติดตามและแก้ไขปัญหา	4.07	0.809	มาก
2. คณะกรรมการ PTC มีการดำเนินงานตามนโยบายที่เข้มแข็ง	3.97	0.733	มาก
3. การสร้างความตระหนักรู้ต่อการใช้อย่างสมเหตุผลในบุคลากรทางการแพทย์เป็นไปอย่างเหมาะสม	3.96	0.726	มาก
4. การคัดเลือก ส่งใช้ยา ที่เหมาะสม ตรงตามหลักจริยธรรม	3.96	0.686	มาก
5. การจัดทำฉลากยามาตรฐาน RDU label มีความครบถ้วนสมบูรณ์	3.95	0.745	มาก
6. การให้คำแนะนำสำหรับการดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยในประชากรกลุ่มพิเศษ เช่น ผู้สูงอายุ สตรีตั้งครรภ์/ให้นมบุตร เด็ก ผู้ป่วยโรคไตและโรคเรื้อรัง สอดคล้องตามมาตรฐาน	3.94	0.678	มาก
7. การประเมิน/กำกับติดตาม มีความเหมาะสม	3.93	0.696	มาก
8. โรงพยาบาลมีการวิเคราะห์และนำการประเมินผลมาพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	3.93	0.761	มาก
9. การสร้างความตระหนักรู้ต่อการใช้อย่างสมเหตุผลในผู้รับบริการเป็นไปอย่างเหมาะสม	3.64	0.717	มาก
รวม	3.93	0.595	มาก

2.4 ด้านผลผลิต (Product) พบว่า มี เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบรายละเอียดดังตารางที่ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.94$) 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ด้านผลผลิต

ด้านผลผลิต	$\bar{x}$	SD	ระดับความคิดเห็น
1. มีการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็นลดลง เกิดการประหยัดมูลค่ายามากขึ้น	4.12	0.655	มาก
2. มีการใช้ยาที่เหมาะสมในประชากรกลุ่มพิเศษ ผู้ป่วยมีความปลอดภัยด้านยามากขึ้น	4.11	0.604	มาก
3. โรงพยาบาลมีความสำเร็จในการดำเนินงานสู่การเป็นโรงพยาบาล RDU ตามเป้าหมาย ตัวชี้วัด	4.02	0.739	มาก
4. ประชาชนได้รับความรู้ด้านการใช้ยามากขึ้น	3.76	0.642	มาก

ด้านผลผลิต	$\bar{x}$	SD	ระดับความคิดเห็น
5. มีการขยายผลในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน	3.67	0.833	มาก
รวม	3.94	0.555	มาก

3. ผลการทดสอบสมมติฐาน

พบว่าปัจจัยด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า และด้านกระบวนการ ทุกปัจจัยมีความสัมพันธ์กับผลผลิตของการดำเนินงานตามนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัด

เพชรบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยด้านปัจจัยนำเข้า และด้านกระบวนการ มีความสัมพันธ์กับผลผลิตของการดำเนินงานในระดับสูง ส่วนปัจจัยด้านบริบทมีความสัมพันธ์กับผลผลิตของการดำเนินงานในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า และด้านกระบวนการ กับผลผลิตของการดำเนินงานตามนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ปัจจัย	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value	การแปลผลความสัมพันธ์	ระดับความสัมพันธ์
ด้านบริบท	0.570	<0.001*	มีความสัมพันธ์	ปานกลาง
ด้านปัจจัยนำเข้า	0.653	<0.001*	มีความสัมพันธ์	สูง
ด้านกระบวนการ	0.736	<0.001*	มีความสัมพันธ์	สูง

* p-value < 0.01

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การประเมินผลการดำเนินงาน ตามรูปแบบการประเมิน CIPP Model สามารถสรุปประเด็นสำคัญมาอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. ด้านบริบทโครงการ (Context) พบว่าผู้บริหารให้ความสำคัญ มีการสนับสนุนเชิงนโยบาย และนโยบายโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จากส่วนกลางมีความชัดเจน ซึ่งในจังหวัดเพชรบุรี ผู้บริหารระดับจังหวัดมีการกำหนดให้การดำเนินงานนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เป็นประเด็นการเยี่ยมนิเทศประจำปี แต่ควรกระตุ้นให้ประชาชนในพื้นที่ให้ความสำคัญ และร่วมมือในการดำเนินการมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตา กุลถวายพรและคณะ⁷

พบว่า ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานจากความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ต่อโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 3 อันดับแรก คือ ควรมีการกำหนดแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน มีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนจากทีมหน้า/ผู้บริหาร และกำหนดทีมผู้รับผิดชอบในการดำเนินงาน ผลการศึกษาของสมหญิง พุ่มทอง⁸ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินโครงการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลให้มีความสำเร็จแบบยั่งยืน คือ การสนับสนุนด้านนโยบาย การผนวกเข้ากับงานประจำ การสนับสนุนของผู้บริหาร ความร่วมมือของบุคลากร ภาควิชาเครือข่ายการมีส่วนร่วมของชุมชน พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน การติดตามและประเมินผล และผลการศึกษาของ

ปราชญา บุตรหงษ์⁹ เปรียบเทียบการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลระหว่างโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชทุกแห่ง และโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าปัจจัยนโยบายในการดำเนินงานของผู้บริหาร และการติดตามผลการดำเนินงานของผู้บริหารมีผลต่อตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพประชาชนอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

2. ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) พบว่าโรงพยาบาลมีระบบบริหารจัดการที่ดี มีส่วนทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ และบุคลากรมีความเข้าใจ ทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนกระบวนการปฏิบัติในการดำเนินงาน RDU แต่ควรปรับปรุงในเรื่องของงบประมาณและทรัพยากรสนับสนุนการดำเนินงาน RDU รวมถึงวัสดุอุปกรณ์และสื่อประชาสัมพันธ์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของจันทร์จรรย์ ดอกบัว และนุศราพร เกษสมบุญ¹⁰ พบว่า กระบวนการนำนโยบายเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายไปสู่การปฏิบัติในโรงพยาบาลปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ ได้แก่ การประสานงานที่ดีระหว่างหน่วยงาน ความสามารถในการบริหารจัดการที่ดีของโรงพยาบาล ตลอดจนการสื่อสารให้บุคลากรรับทราบอย่างทั่วถึง โรงพยาบาลกำหนดแนวปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรและติดตามกำกับความเพียงพอและครบถ้วนของทรัพยากรและเทคโนโลยีโรงพยาบาล ทำให้เกิดความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก และการศึกษาของปราชญา บุตรหงษ์⁹ เปรียบเทียบการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลระหว่างโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชทุกแห่ง และโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่กล่าวไว้ว่า โรงพยาบาลที่ได้รับงบประมาณมีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 2 (ประสิทธิผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC) ในการขึ้นนำเสนอและส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริม

การใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล เมื่อคณะกรรมการ PTC ได้รับทราบงบประมาณที่ใช้ผลักดันนโยบายทำให้สามารถกำหนดแนวทางกิจกรรมได้อย่างมีเป้าหมาย

3. ด้านกระบวนการดำเนินงาน (Process) พบว่า โรงพยาบาลมีระบบการสะท้อนข้อมูลการดำเนินงาน RDU ย้อนกลับแก่แพทย์ผู้สั่งใช้ยาเพื่อการติดตามและแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นเครื่องมือจำเป็นอย่างหนึ่งในการช่วยให้เกิดการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล และคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดระดับโรงพยาบาลมีการดำเนินงานตามนโยบายที่เข้มแข็ง เป็นกระบวนการที่สำคัญที่ทำให้การดำเนินงานตามนโยบายมีประสิทธิภาพ ซึ่งในจังหวัดเพชรบุรี คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดระดับจังหวัด มีการประชุมเพื่อวิเคราะห์ผลการดำเนินการร่วมกันและจัดทำแผนปฏิบัติการฯ เพื่อขับเคลื่อนนโยบายให้บรรลุเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การสร้างเครือข่ายการดำเนินงานจากคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดระดับจังหวัด ผ่านคณะกรรมการบริหารเวชภัณฑ์ จังหวัดเพชรบุรี (พบส. เภสัชกรรม) เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับจังหวัดสู่ระดับโรงพยาบาลดำเนินงานโดยทีมสหวิชาชีพในรูปแบบคณะกรรมการเภสัชกรรมบำบัดระดับโรงพยาบาลตามแผนฯ และติดตามประเมินผลในระดับโรงพยาบาล โดยทั้ง 2 ประเด็นหลักนี้ถือเป็นส่วนหนึ่งในกฎแฉสำคัญ 6 ดอก P-L-E-A-S-E สู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล

คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล¹¹ ได้แก่ 1) การสร้างความเข้มแข็งของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด 2) การจัดทำฉลากยา ฉลากยาเสริม และข้อมูลยาสู่ประชาชน 3) การจัดทำหรือจัดหาเครื่องมือจำเป็นที่ช่วยให้เกิดการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล 4) การสร้างความตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการต่อการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล 5)

การดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยของประชากรกลุ่มพิเศษ 6) การส่งเสริมจริยธรรมและจรรยาบรรณทางการแพทย์ในการสั่งใช้ยาซึ่งในแนวทางการแก้ไขปัญหาคือการรณรงค์โลกจัดทำขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2545 นั้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการมีคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดที่เข้มแข็งในสถานพยาบาลสามารถชี้นำการจัดการด้านยาในองค์กรได้อย่างเหมาะสมและเป็นที่ยอมรับซึ่งในประเทศที่พัฒนาแล้วถือว่าเป็นกุญแจสำคัญในการส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและคุ้มค่าขึ้นในสถานพยาบาลและการศึกษาของ Desalegn Birara Mamo¹² ประเมินการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามตัวชี้วัดการใช้ยาหลักขององค์การอนามัยโลกในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในเอธิโอเปียตะวันออกเฉียงเหนือโดยการศึกษาแบบตัดขวางจากการสุ่มอย่างเป็นระบบในใบสั่งยาผู้ป่วยนอก ที่กล่าวไว้ว่าจำเป็นต้องมีกระบวนการดำเนินงานเกี่ยวกับแนวปฏิบัติ RDU ในด้านต่าง ๆ เพื่อให้มีการใช้ยาปฏิชีวนะที่ลดลง มีการใช้ยาที่ถูกต้องและสมเหตุผลตามเป้าหมายตัวชี้วัดขององค์การอนามัยโลก

4. ด้านผลผลิต (Product) พบว่า ผลผลิตการดำเนินงานตามนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มีค่าเฉลี่ยในระดับมาก และมีความถี่มากที่สุดจากการประเมินในรูปแบบ CIPP ทั้ง 4 ด้าน เนื่องมาจากกระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดให้การใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นนโยบาย มีเป้าหมายตัวชี้วัดในด้านผลลัพธ์ที่ชัดเจน รวมถึงมีการติดตาม ประเมินผล อย่างเป็นประจำและต่อเนื่องจากทั้งระดับจังหวัด ระดับเขต และกระทรวงสาธารณสุข โดยผลผลิตที่เห็นได้ชัดเจนคือการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็นลดลง ในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติ ทำให้เกิดการประหยัดมูลค่าด้านยามากขึ้น และมีการใช้ยาที่เหมาะสมในประชากรกลุ่มพิเศษ เช่น ผู้สูงอายุ สตรีตั้งครรภ์/ให้นมบุตร เด็ก ผู้ป่วยโรค

ไตและโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยด้านยามากขึ้น ซึ่งโรงพยาบาลแต่ละอำเภอได้มีการวางแผนทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายควบคุมการใช้หรือตัดรายการยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็นออกจากบัญชียา รวมถึงจัดทำเกณฑ์สั่งใช้ยาที่มีความเสี่ยงกับผู้สูงอายุ สตรีตั้งครรภ์/ให้นมบุตร เด็ก ผู้ป่วยโรคไตและโรคเรื้อรังให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สอดคล้องกับผลการศึกษาของคชาพล นิมเดช¹³ ศึกษาถึงความจำเป็นของนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในเขตสุขภาพที่ 11 พบว่า คุณค่าการดำเนินการตามนโยบาย RDU ทำให้เกิดการประหยัดมูลค่าด้านยา ความปลอดภัย/ประสิทธิผล การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข การบริหาร ทรัพยากรร่วมกัน เกิดการทำงานเชิงรุก สร้างนวัตกรรม และสร้างความตระหนัก

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ในประเด็นด้านผลลัพธ์ หัวข้อที่ได้คะแนนประเมินน้อยสุดและยังมีส่วนที่ต้องพัฒนา คือ การขยายผลในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community) สู่ตำบลเป้าหมายในเครือข่าย ต้องมีการเชื่อมโยงการดำเนินงานกับเครือข่ายอื่นๆ ทั้งหน่วยงานในและนอกสังกัดรวมถึงภาคเอกชน เช่น ร้านชำ ร้านยา คลินิก และการสร้างความเข้าใจกับภาคประชาชน อีกทั้งยังมีปัญหาขาดแคลนในส่วนของงบประมาณอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Amanda Le Grand¹⁴ ทบทวนวรรณกรรมงานการวิจัยการแทรกแซงการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จำนวน 50 งานวิจัยในประเทศกำลังพัฒนา พบว่ามีการศึกษาจำนวนมากเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลแต่ไม่มีการศึกษาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในระดับชุมชน จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อสรุปของกลยุทธ์ในการดำเนินการในเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่มีประสิทธิผล ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อผลกระทบของการแทรกแซงการใช้ยา

โดยเฉพาะจากมุมมองของผู้ใช้ยาหรือผู้ป่วย และขัดแย้งกับการศึกษาของชมพูนุท เสี่ยงแจ้ว¹⁵ การสำรวจการใช้ยาปฏิชีวนะและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผสมสเต็มยารอยดัดในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังอาศัยอยู่ในตำบลหนึ่งในจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่ายาปฏิชีวนะเหลือใช้และผลิตภัณฑ์สุขภาพผสมสเต็มยารอยดัดในผู้สูงอายุในปริมาณต่ำซึ่งสอดคล้องกับการที่ผู้สูงอายุมีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมที่เหมาะสมทำให้มีโอกาสได้รับความปลอดภัยสูงจากการใช้ยาปฏิชีวนะและผลิตภัณฑ์สุขภาพ เป็นผลจากการที่ภาครัฐดำเนินการในการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างต่อเนื่อง และชุมชนเองให้ร่วมมือในการส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยด้านยา

ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน

1. ด้านบริบท ผู้บริหารทุกระดับควรให้ความสำคัญกับนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างต่อเนื่อง มีการจัดหน่วยงานในองค์กรให้ดำเนินการตามนโยบายอย่างจริงจัง ส่งเสริมความร่วมมือในหน่วยงานในการแก้ไขปัญหา กำหนดให้มีแผนการดำเนินงาน นิเทศ/ติดตามที่ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ควรมีการสนับสนุนให้ประชาชนในพื้นที่เห็นถึงความสำคัญของการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

2. ด้านปัจจัยนำเข้า เนื่องจากมีข้อจำกัดในด้านงบประมาณจากส่วนกลาง อาจมีการประสานงานเครือข่ายพื้นที่เพื่อนำงบจากแหล่งอื่นๆ มาใช้ เช่น งบประมาณกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมาใช้ในการดำเนินงาน RDU ในชุมชน การจัดทำสื่อความรู้แก่ประชาชน และควรมีการพัฒนาโปรแกรมสารสนเทศของโรงพยาบาล (HIS) เพื่อช่วยในการดำเนินการตามแนวทาง RDU

3. ด้านกระบวนการดำเนินงาน ควรมีการจัดอบรมแพทย์เป็นประจำทุกปี โดยเฉพาะแพทย์จบใหม่เนื่องจากเป็นส่วนสำคัญของการส่งจ่ายยาตามแนวทาง RDU และองค์กรแพทย์ควรมีการ

วิเคราะห์ปัญหาร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อนำผลมาพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

4. ด้านผลผลิต ควรมีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลนอกสถานบริการ สาธารณสุข การเฝ้าระวังการกระจายยาและการใช้ยาในชุมชน การขยายความร่วมมือเครือข่ายผู้บริโภค หน่วยงานเอกชน องค์กรท้องถิ่น เพื่อขับเคลื่อนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การรณรงค์ RDU ผ่านสื่อโฆษณา การส่งเสริมแพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพ การใช้สมุนไพรทดแทนเพื่อลดการใช้ยาที่ไม่จำเป็น ผลักดันให้โรงเรียนแพทย์ทุกแห่งสร้างความตระหนักในการสั่งจ่ายยา เพิ่มมาตรการในการกำกับดูแลกระจายยาในภาคเอกชน ตลอดจนมีหน่วยงานกลางที่มีภารกิจชัดเจนในการทำงานแบบบูรณาการกับหน่วยงานและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อความยั่งยืนต่อไปในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านซึ่งได้ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการทำวิจัย พี่ ๆ น้อง ๆ เพื่อน ๆ เกสัชกร ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการประสานงานรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม รวมถึงสหวิชาชีพผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่ให้ข้อมูลสำคัญอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Promoting rational use of medicines: core components. Who Policy Perspectives on Medicines [Internet]. 2002 [cited 2020 Sep 5];1-6. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67438>

2. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ระบบยาของประเทศไทย 2563. กรุงเทพฯ : ธนอรุณการพิมพ์; 2564.
3. สุมาลี ชูช่อ. และ รุ่งทิวา หมื่นจำปา. ผลลัพธ์ของการดำเนินโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในอำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารเภสัชกรรมไทย 2560;9(2): 464-474.
4. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Service Plan:Rational Drug Use).กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2559.
5. Stufflebeam,D.L.Evaluation Models,Viewpoints on Education and Human Services Evaluation. 2nd ed. New York: Kluwer Academic Publisher; 2000.
6. ศิริชัย กาญจนวาสี. ทฤษฎีการประเมิน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
7. สุจิตา กุลถวายพร, สุนทรี พิทักษ์ธรรม และลักขณา คล้ายแก้ว. ความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสงขลาและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเกี่ยวกับโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล. วารสารเภสัชกรรมคลินิก 2560;23(1): 62-67.
8. สมหญิง พุ่มทอง, พัทรี ดวงจันทร์, กัญญดา อนุวงศ์, และนิธิตา สุ่มประดิษฐ์. บทเรียนจากการขยายผลสู่ความยั่งยืนของโครงการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2560;11(4): 500-15.
9. ปราชญา บุตรหงษ์ และระพีพรรณ ฉลองสุข. การเปรียบเทียบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระหว่างโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชและโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ภายหลังการดำเนินโครงการเพื่อพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช. วารสารไทยเภสัชนิพนธ์ 2563;15(1): 109-27.
10. จันทร์จรรย์ ดอกบัว และนุศราพร เกษสมบุรณ์. การประเมินกระบวนการนำนโยบายเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาไปสู่การปฏิบัติในโรงพยาบาลปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารเภสัชกรรมไทย 2559;8(2): 309-17.
11. คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล. คู่มือการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use Hospital Manual). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.
12. Mamo, D. B., & Alemu, B. K. Rational Drug-Use Evaluation Based on World Health Organization Core Drug-Use Indicators in a Tertiary Referral Hospital, Northeast Ethiopia: A Cross-Sectional Study. Drug, Healthcare and Patient Safety 2020; 2: 15-21. doi: 10.2147/DHPS.S237021
13. คชาพล นิมิตข, จินตนา ลีมนางกูร, และศุภราภรณ์ สามประดิษฐ์. นโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ 2562;1(2): 1-7.

14. Grand Le, A., Hogerzeil, H. V., Haaijer-Ruskamp, F. M. Intervention research in rational use of drugs: a review. Health Policy and Planning 1999; 14(2): 89–102. doi: 10.1093/heapol/14.2.89
15. ชมพูนุท เสียงแจ้ว, คชาพล นิมเดช, นาฏยา สุวรรณ, พุทธชาติ มากชุมนุม, วิโรจน์ ทองฉิม, และณัฐนันท์ เพชรประดิษฐ์. การสำรวจการใช้ยาปฏิชีวนะและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผสมสเตียรอยด์ในผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11 2562;33(1): 231–42.

Received: 30 Mar 2021, Revised: 6 Apr 2021

Accepted: 1 Jun 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลเด็กในเรื่องการเลิกดูขงตนมของเด็กอายุ 6 – 36 เดือน

เดือนเพ็ญ แก้วประสาร¹ ศิริพร คำสะอาด^{2*} อรรพรรณ นามมนตรี³ จุลพันธ์ สุวรรณ⁴

บทคัดย่อ

การเลิกดูขงตนมส่งผลเสียต่อสุขภาพของเด็ก การศึกษาที่ผ่านมาพบเด็กมีการเลิกดูขงตนมช้า การศึกษานี้จึงต้องการประเมินความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลเด็กในเรื่องการเลิกดูขงตนม เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งกลุ่มขั้นตอนเดียว คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 3 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 552 คน เก็บข้อมูลโดยผู้ดูแลเด็กตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ยกเว้นคนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ใช้วิธีการสัมภาษณ์ ผู้ดูแลเด็กตอบแบบสอบถามกลับ 373 คน แบ่งเป็น ผู้ดูแลเด็กกลุ่มอายุ 6 -11 เดือน 64 คน กลุ่มอายุ 12 – 18 เดือน 95 คน และ กลุ่มอายุ 19 – 36 เดือน 214 คน ค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องการเลิกดูขงตนมของผู้ดูแลเด็กทุกกลุ่มเท่ากับ 2.2 คะแนน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน) 95%CI อยู่ระหว่าง 1.9 ถึง 2.6 คะแนน ทัศนคติเฉลี่ย 17.1 คะแนน (คะแนนเต็ม 25 คะแนน) 95%CI อยู่ระหว่าง 15.5 ถึง 18.7 คะแนน เมื่อพิจารณาแยกตามกลุ่มอายุของเด็กพบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลเด็กทุกกลุ่มใกล้เคียงกัน จึงสรุปได้ว่า ความรู้ของผู้ดูแลเด็กเรื่องการเลิกดูขงตนมอยู่ในระดับน้อย ทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ควรมีการส่งเสริมความรู้ให้กับผู้ดูแลเด็กในประเด็นดังกล่าว

คำสำคัญ: การเลิกดูขงตนม ความรู้ ทัศนคติ ผู้ดูแลเด็ก

¹ นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ หลักสูตรทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

⁴ สาธารณสุขอำเภอ สาธารณสุขอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

* Corresponding author: rsirip@kku.ac.th

Original Article

Knowledge and Attitude of Children Caregivers Toward Bottle Weaning in Children 6-36 Months Old

Duanphen Kawprasan¹, Siriporn Kamsa-ard^{2,*},
Orawan Nammontri³, Julapan Suwan⁴

Abstract

Delayed bottle weaning affects the child's health. Previous studies found that there were prolonged bottle-feeding. So, this descriptive study aimed to evaluate knowledge and attitude of children caregivers toward bottle weaning. Single-stage cluster sampling was used. Three clusters were randomly selected to use as samples with sample size was 552. Self-administered questionnaire was applied to collect data except the respondents whose ages were 60 years or above, the questionnaires were administered by an interviewer. Three hundred and seventy-three caregivers returned questionnaires. There were sixty-four subjects of 6-11 month-old, ninety-five of 12-18 month-old and two hundred and fourteen of 19-36 month-old children. The average knowledge score was 2.2 (total score was 5) 95% CI: 1.9 to 2.6 and attitude was 17.1 (total score was 25) 95% CI: 15.5 to 18.7 among all groups. Knowledge and attitude scores were not different between groups of caregivers. In conclusion, knowledge for children caregivers was low and attitude was moderate. Children caregivers should be promoted knowledge toward bottle weaning.

Keyword: bottle weaning, knowledge, attitude, children caregivers

¹ Master's student, Master of Public Health Program in Biostatistics, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

² Associate Professor, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

³ Dentist, Senior Professional Level, Dental Public Health Curriculum, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen Province

⁴ Public Health Executive, Selaphum District Health Office, Roi Et Province

* Corresponding author: rsirip@kku.ac.th

บทนำ

ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย แนะนำให้เด็กเล็กดูดขวดนมเมื่ออายุ 12 - 18 เดือน¹ การเลิกดูดขวดนมช้าส่งผลเสียต่อสุขภาพของเด็กหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการมีฟันผุ^{2,3} ปัญหาภาวะทุพโภชนาการทั้งอ้วนและขาดสารอาหาร^{2,4} และการขาดธาตุเหล็กส่งผลให้เด็กมีภาวะโลหิตจาง^{2,5} แม้มีการพิสูจน์แล้วว่า การเลิกดูดขวดนมช้าส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเด็ก อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมากลับพบอายุเฉลี่ยเด็กเลิกดูดขวดนมอยู่ที่ 2.5 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.6)⁶ และพบเด็กร้อยละ 34.8 มีการเลิกดูดขวดนมเมื่ออายุ 19-24 เดือน โดยเลิกดูดเมื่ออายุ 13-18 เดือน ร้อยละ 28.0⁷ จะเห็นได้ว่ามีเด็กที่เลิกดูดขวดนมช้า

สาเหตุสำคัญของการเลิกดูดขวดนมช้ามาจากการติดขวดนม โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดขวดนมของเด็กแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มปัจจัย ได้แก่ ตัวเด็ก ผู้ปกครอง และ ระยะเวลา² ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเลิกดูดขวดนมของเด็ก การศึกษาของอุษายัมสุวรรณ พบสาเหตุหลักที่ทำให้เด็กเลิกดูดขวดนมคือผู้ดูแลเด็กได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาล (ร้อยละ 32.4) รองลงมา คือ เด็กเลิกเองหรือเจ็บป่วย (ร้อยละ 22.8) และ ผู้ดูแลกลัวเด็กฟันผุ (ร้อยละ 15.2) สำหรับอุปสรรคสำคัญต่อการเลิกดูดขวดนมมาจากพ่อแม่และผู้ดูแลใจอ่อนทำตามใจเด็ก (ร้อยละ 72.5) รองลงมา คือ ปูยาตายาย ชัดขวางการเลิกดูดขวดนมต้องการทำตามใจเด็ก (ร้อยละ 16.7) และ ผู้ดูแลเด็กขาดความรู้ (ร้อยละ 9.8)⁷ แม้การขาดความรู้ของผู้ดูแลเด็กไม่ได้เป็นอุปสรรคหลักต่อการเลิกดูดขวดนมของเด็ก แต่เป็นอุปสรรคข้อหนึ่งประกอบกับปัจจัยหลักที่ทำให้เด็กเลิกดูดขวดนมคือการที่ผู้ดูแลเด็กได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงหนังสือเรื่อง

“เคล็ดลับสู่ความสำเร็จ พิชิตเจ้าตัวน้อยเลิกขวดนม” ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมสัมฤทธิ์ผล คือ องค์ความรู้⁸ ดังนั้น การศึกษาความรู้ของผู้ดูแลเด็กในเรื่องการเลิกดูดขวดนมของเด็กจึงเป็นประเด็นสำคัญที่จะทำให้มีข้อมูลเบื้องต้นนำไปใช้ประกอบการให้ความรู้กับผู้ดูแลเด็กได้ตรงกับสถานการณ์ความเป็นจริง และแม้ที่ผ่านมา มีรายงานเรื่องความรู้ของผู้ดูแลเด็กในเรื่องการเลิกดูดขวดนมของเด็ก แต่รายงานดังกล่าวเป็นเพียงการสอบถามความรู้ 2 ข้อที่เกี่ยวข้องกับการเลิกดูดขวดนมของเด็ก นั่นคือ อายุที่ควรให้เด็กเลิกดูดขวดนม กับ เด็กที่เลิกดูดขวดนมช้าทำให้ฟันผุ อ้วน พัฒนาการช้า⁹ จึงทำให้การศึกษานี้ต้องการประเมินความรู้ของผู้ดูแลเด็กในเรื่องของการเลิกดูดขวดนมของเด็ก

นอกจากความรู้ที่เป็นปัจจัยส่งผลให้เกิดการปฏิบัติแล้วยังมีทัศนคติที่ส่งผลต่อการปฏิบัติ โดยทัศนคติทำหน้าที่เป็นตัวกลางระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ นั่นคือ ความรู้ทำให้เกิดทัศนคติ และทัศนคติส่งผลให้เกิดการปฏิบัติ ความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติ จึงมีความสัมพันธ์กันทั้งทางตรงและทางอ้อม¹⁰ ดังการศึกษาที่ผ่านมาพบทัศนคติของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value < 0.001)¹¹ จึงทำให้การศึกษานี้ต้องการประเมินทั้งความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลเด็กในเรื่องการเลิกดูดขวดนมของเด็กอายุ 6-36 เดือน ทั้งนี้เพราะเด็กอายุ 6-11 เดือน เป็นช่วงวัยที่ควรได้รับการเตรียมความพร้อมในการเลิกดูดขวดนม สำหรับเด็กอายุ 12-18 เดือน เป็นวัยที่ควรเลิกดูดขวดนมและ อายุเกิน 18 เดือน ถือว่า เลิกดูดขวดนมช้า¹

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อประเมินความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลเด็กในเรื่องการเลิกดูดขวดนมของเด็กอายุ 6 - 36 เดือน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ดำเนินการเก็บข้อมูลในผู้ดูแลเด็กอายุ 6-36 เดือน เขตอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เนื่องจากเขตอำเภอนี้มีเด็กอายุ 6-11 เดือน จำนวน 91 คน เด็กอายุ 12-18 เดือน จำนวน 146 คน และ เด็กอายุ 19-36 เดือน จำนวน 397 คน รวมทั้งหมด 634 คน ซึ่งยังไม่เคยมีการศึกษาเรื่องการเลิกดูขงดนมในพื้นที่นี้มาก่อน

ประชากร

ผู้ดูแลเด็กอายุ 6-36 เดือน ที่อยู่ในเขตอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้ดูแลเด็กอายุ 6-11 เดือน เป็นกลุ่มเตรียมความพร้อมสำหรับการเลิกดูขงดนม

กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลเด็กอายุ 12-18 เดือน เป็นกลุ่มต้องเลิกดูขงดนม

กลุ่มที่ 3 ผู้ดูแลเด็กอายุ 19-36 เดือน เป็นกลุ่มเลิกดูขงดนมช้า

เกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

1) ดูแลเด็กเป็นหลัก และ อาศัยอยู่บ้านเดียวกับเด็ก

2) อายุ 18 ปีขึ้นไป

3) ในบ้านมีเด็กอายุ 6-36 เดือน และเป็นเด็กที่เคยใช้ขงดนม

4) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์คัดออก ดังนี้

1) ไม่สามารถสื่อสารรู้เรื่อง

2) ในบ้านมีเด็กอายุ 6-36 เดือน แต่เป็นผู้ป่วยเด็กติดเตียง วิกลจริต เป็นไข้ มีความพิการแต่กำเนิด ได้แก่ โรคปากแหว่งเพดานโหว่ โรคสมองพิการ หรือ ภาวะอื่น ๆ ที่ไม่สามารถเลิกดูขงดนมได้

ตัวอย่าง

ผู้ดูแลเด็กอายุ 6-36 เดือน ในเขตอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด มีการคำนวณขนาดตัวอย่าง และการสุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ขนาดตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่าง เนื่องจากใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มขั้นตอนเดียว จึงใช้สูตรคำนวณหาจำนวนกลุ่มที่ต้องสุ่ม กรณีประชากรขนาดเล็ก¹² ดังนี้

$$m = \frac{Z_{\alpha/2}^2 MV^2}{Z_{\alpha/2}^2 V^2 + (M-1)\epsilon^2}$$

เมื่อ

m คือ จำนวนกลุ่ม

Z คือ ค่าสัมประสิทธิ์ เมื่อกำหนดระดับความเชื่อมั่น $(1-\alpha)$ เท่ากับ 0.95 ดังนั้น $Z_{\alpha/2}$ เท่ากับ 1.96

M คือ จำนวนกลุ่มทั้งหมดเท่ากับ 8 เป็นการจับกลุ่มตามที่ตั้งของตำบลซึ่งอยู่ใกล้เคียงกัน และคำนึงถึงจำนวนประชากรในแต่ละกลุ่มให้ใกล้เคียงกัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

V^2 คือ ความแปรปรวนสัมพัทธ์ระหว่างกลุ่มมีค่าเท่ากับ $\frac{\sigma^2}{\bar{X}^2}$ เท่ากับ $\frac{1.5^2}{3.6^2}$ เท่ากับ 0.17

σ คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความรู้เกี่ยวกับการแปรงฟันและเลิกขงดนม เท่ากับ 1.5⁹

$\bar{X}$ คือ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการแปรงฟันและเลิกขงดนมเท่ากับ 3.6⁹

ϵ คือ ค่าความคลาดเคลื่อนจากค่าพารามิเตอร์ กำหนดที่ร้อยละ 5 ของค่าเฉลี่ย เท่ากับ $(0.05)(3.6)$ เท่ากับ 0.18

การแทนค่าพารามิเตอร์ต่าง ๆ ในสูตรได้ m เท่ากับ 2.63

การศึกษานี้จึงสุ่มทั้งหมด 3 กลุ่ม

การสุ่มตัวอย่าง ตรงกับหมายเลขในกลุ่มที่ 7 ต่อมา คือ หมายเลข
 สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบกลุ่ม 91 ตรงกับหมายเลขในกลุ่มที่ 1 และ หมายเลข
 ขั้นตอนเดียว จากจำนวนกลุ่มทั้งหมด 8 กลุ่ม 678 ตรงกับหมายเลขในกลุ่มที่ 6 จากตัวอย่างทั้ง
 ต้องการสุ่ม 3 กลุ่ม เริ่มต้นด้วยการกำหนด 3 กลุ่ม จึงได้จำนวนตัวอย่างผู้ดูแลเด็กทั้งหมด
 หมายเลขให้แต่ละกลุ่มดังรายละเอียดในตารางที่ 634 คน แบ่งเป็น ผู้ดูแลเด็กอายุ 6-11 คน
 1 ใช้โปรแกรม Stata สุ่ม 3 หมายเลข จาก จำนวน 91 คน ผู้ดูแลเด็กอายุ 12-18 เดือน
 ทั้งหมด 1,038 หมายเลข ด้วยคำสั่ง sample 3, จำนวน 146 คน และ ผู้ดูแลเด็กอายุ 19-36 เดือน
 count โดย 3 หมายเลขที่โปรแกรมสุ่ม คือ 874 จำนวน 397 คน ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรเด็กอายุ 6-36 เดือน ในเขตอำเภอเสลภูมิ ณ วันที่ 4 ธันวาคม 2562¹³

ตำบล	จำนวนเด็ก (คน)			หมายเลข สำหรับสุ่ม
	อายุ 6-11 เดือน	อายุ 12-18 เดือน	อายุ 19-36 เดือน	
กลุ่มที่ 1	รวม 29 คน	รวม 58 คน	รวม 135 คน	
เกาะแก้ว	14	25	65	1-65
ท่าม่วง	9	23	48	66-113
หนองหลวง	6	10	22	114-135
กลุ่มที่ 2	รวม 42 คน	รวม 57 คน	รวม 139 คน	
นาแซง	16	21	59	136-194
ศรีวิสัย	13	21	41	195-235
พรสวรรค์	13	15	39	236-274
กลุ่มที่ 3	รวม 40 คน	รวม 48 คน	รวม 120 คน	
โพธิ์ทอง	23	29	71	275-345
เหล่าน้อย	17	19	49	346-394
กลุ่มที่ 4	รวม 33 คน	รวม 36 คน	รวม 117 คน	
ภูเงิน	23	29	90	395-484
วังหลวง	10	7	27	485-511
กลุ่มที่ 5	รวม 28 คน	รวม 46 คน	รวม 120 คน	
นาเมือง	28	46	120	512-631
กลุ่มที่ 6	รวม 32 คน	รวม 35 คน	รวม 134 คน	
ขวัญเมือง	9	11	43	632-674
บึงเกลือ	23	24	91	675-765
กลุ่มที่ 7	รวม 30 คน	รวม 53 คน	รวม 128 คน	
ขาว	18	36	94	766-859
เมืองไพร	12	17	34	860-893

ตำบล	จำนวนเด็ก (คน)			หมายเลข สำหรับสุ่ม
	อายุ 6-11 เดือน	อายุ 12-18 เดือน	อายุ 19-36 เดือน	
กลุ่มที่ 8	รวม 41 คน	รวม 54 คน	รวม 145 คน	
นาเลิง	13	15	47	894-957
กลาง	12	16	34	958-1,004
นางาม	16	23	64	1,005-1,038
รวมทั้งหมด	275	387	1,038	

ตัวแปรและค่าของตัวแปร

ตัวแปรหลัก คือ ความรู้ และ ทักษะคิด เรื่องการเลิกดูขงดนม มีค่าเป็น คะแนน รายละเอียดดังนี้

ความรู้เรื่องการเลิกดูขงดนม

ความรู้เรื่องการเลิกดูขงดนมวัดจากการตอบแบบสอบถามในส่วนของความรู้มีคำถามทั้งหมด 5 ข้อ แต่ละข้อตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนเต็มจึงเท่ากับ 5 คะแนน นำคะแนนของทุกคนมาหาค่าเฉลี่ย และแปลความหมายของค่าเฉลี่ย ดังนี้ ค่าเฉลี่ยไม่ถึง 3 คะแนน ถือว่า มีความรู้น้อย ค่าเฉลี่ย 3 คะแนน ถือว่า มีความรู้ปานกลาง และ ค่าเฉลี่ย 4 คะแนน ขึ้นไป ถือว่า มีความรู้ดี¹⁴

ทักษะคิดเรื่องการเลิกดูขงดนม

ทักษะคิดเรื่องการเลิกดูขงดนมวัดจากการตอบแบบสอบถามในส่วนของทักษะคิดมีคำถามทั้งหมด 5 ข้อ แบ่งเป็น คำถามเชิงบวก 2 ข้อ คำถามเชิงลบ 3 ข้อ แต่ละข้อมี 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง คำถามเชิงบวกให้คะแนนเป็น 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ คำถามเชิงลบให้คะแนนเป็น 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ คะแนนเต็ม 25 คะแนน นำคะแนนของทุกคนมาหาค่าเฉลี่ย และแปลความหมายของค่าเฉลี่ย ดังนี้ คะแนน 5.00-11.67 ถือว่า ทักษะคิดอยู่ในระดับน้อย คะแนน 11.68-18.35 ถือว่า ทักษะคิดอยู่ในระดับปานกลาง และ คะแนน 18.36-25.00 ถือว่า ทักษะคิดอยู่ในระดับมาก การแบ่งเป็น 3 ระดับ ใช้

หลักการ (25-5) / 3 โดย 25 คือ คะแนนเต็มสูงสุดที่เป็นไปได้ 5 คือ คะแนนเต็มต่ำสุดที่เป็นไปได้ 3 คือ จำนวนระดับทักษะคิด¹⁵

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถามความรู้และทักษะคิดของผู้ดูแลเด็ก เรื่องการเลิกดูขงดนมของเด็กอายุ 6 -36 เดือน ที่นักวิจัยสร้างขึ้น โดยข้อคำถามได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามมีทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลของผู้ดูแลเด็ก ความรู้เรื่องการเลิกดูขงดนมของเด็ก ทักษะคิดเรื่องการเลิกดูขงดนมของเด็ก และ ข้อมูลของเด็กอายุ 6-36 เดือน

ก่อนนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บข้อมูลจริงได้ทำการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านทันตสาธารณสุข 1 ท่าน ด้านพฤติกรรมศาสตร์ 1 ท่าน และ ด้านชีวิตสถิติ 1 ท่าน ทำการตรวจสอบ จากนั้นหาค่าดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (IOC) มีคำถามบางข้อได้ค่า IOC น้อยกว่าเกณฑ์ นั่นคือ น้อยกว่า 0.50¹⁶ จึงทำการปรับข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นนำแบบสอบถามไปตรวจสอบหาค่าความสอดคล้องภายใน ค่าความยาก-ง่าย และ ค่าอำนาจการจำแนก พร้อมกับความเข้าใจของข้อคำถาม โดยให้ผู้ดูแลเด็กอายุ 6-36 เดือน จำนวน 30 คน แบ่งเป็น ผู้ดูแลเด็กอายุ 6-11 เดือน 10 คน ผู้ดูแลเด็กอายุ 12-18 เดือน 10 คน และ ผู้ดูแลเด็กอายุ 19-36 เดือน 10 คน ที่อาศัย

อยู่ในเขตอำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด ทำแบบสอบถาม และนำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคส่วนของทัศนคติได้เท่ากับ 0.65 ค่าสัมประสิทธิ์คูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR20) ส่วนของความรู้ 0.32 โดยความรู้ 1 ข้อ ไม่ผ่านเกณฑ์ค่าอำนาจจำแนกและค่าความยาก-ง่าย¹⁷ จึงทำการปรับข้อคำถามความรู้ดังกล่าว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแจกแบบสอบถามให้กับผู้ดูแลเด็กอายุ 6-36 เดือน ที่มีคุณสมบัติผ่านเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก การแจกแบบสอบถามดำเนินการที่บ้านของผู้ดูแลเด็ก การตอบแบบสอบถามมีเวลา 1 วัน โดยกำหนดให้ผู้ดูแลเด็กส่งคืนกลับแบบสอบถามที่ตอบเสร็จแล้วในวันถัดไปด้วยการหย่อนลงไปในกลุ่มที่จัดไว้ ณ บ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำแต่ละหมู่บ้าน กรณีผู้ดูแลเด็กอายุ 60 ปีขึ้นไป หรือ อ่านไม่ออก หรือเขียนไม่ได้ ผู้วิจัย หรือ ผู้ช่วยวิจัย ใช้วิธีการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ทันทีที่พบผู้ดูแลเด็กซึ่งมีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลจากแบบสอบถามลงสู่เครื่องคอมพิวเตอร์ด้วยโปรแกรม Epi Data เป็นการนำเข้าข้อมูลที่เหมือนกันโดย 2 คน คือ นักวิจัย กับ ผู้ช่วยวิจัย ดำเนินการนำเข้าอย่างเป็นอิสระต่อกัน หลังจากนำเข้าข้อมูลเข้าครบถ้วนแล้วทำการตรวจสอบความตรงกันของการนำเข้า ปรากฏมีข้อมูลนำเข้าไม่ตรงกันจึงตรวจสอบข้อมูลจากแบบสอบถาม ทำการแก้ไขข้อมูลที่นำเข้าผิดพลาด ทำการตรวจสอบการนำเข้าจนกระทั่งโปรแกรมแสดงให้เห็นว่า การนำเข้าของทั้งสองคนตรงกัน ร้อยละ 100 จึงส่งข้อมูลออกไปยังโปรแกรม Stata เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล

ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรม Stata ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยการ

ตรวจสอบรหัสที่ผิดปกติของตัวแปรจำแนกประเภท ตรวจสอบค่าต่ำสุด ค่าสูงสุดของตัวแปรต่อเนื่อง และความสอดคล้องของข้อมูลระหว่างข้อคำถาม ไม่พบค่าที่ผิดปกติ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยแบ่งเป็นพรรณนาข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กและข้อมูลของเด็กด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และ ค่าสูงสุด และหาค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้กับค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติ รวมถึงค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการอนุมานค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้กับค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติไปยังประชากรที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 โดยใช้คำสั่งของโปรแกรม Stata เพื่อหาค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานกรณีสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มขั้นตอนเดียว¹² คำสั่งที่ใช้ คือ svy: mean var โดยก่อนใช้คำสั่ง svy มีการใช้ชุดคำสั่งสำหรับการวิเคราะห์กรณีการวิจัยเชิงสำรวจด้วยคำสั่ง svyset [pweight= wt], psu(cluster) โดย wt คือ ชื่อตัวแปร สำหรับกำหนดค่าน้ำหนักของหน่วยตัวอย่าง ในที่นี้ wt มีค่าเท่ากับ $1/(f1)(f2)$ เมื่อ f1 มีค่าเท่ากับจำนวนกลุ่มตัวอย่าง/จำนวนกลุ่มทั้งหมด ซึ่งเท่ากับ 3/8 และ f2 มีค่าเท่ากับ (จำนวนตอบกลับแบบสอบถาม/จำนวนตัวอย่าง) ของแต่ละกลุ่ม โดยกลุ่มที่ 1 มีค่าเท่ากับ 152/225 กลุ่มที่ 6 เท่ากับ 124/186 และ กลุ่มที่ 7 เท่ากับ 97/141 ดังตัวเลขในตารางที่ 2 และ cluster คือ ชื่อตัวแปรบ่งบอกกลุ่ม ในที่นี้ระบุค่าเป็น 1 กรณีตัวอย่างมาจากกลุ่มที่ 1 ค่าเป็น 6 กรณีมาจากกลุ่มที่ 6 และ 7 กรณีมาจากกลุ่มที่ 7

จริยธรรมในการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ณ วันที่ 16 เดือนกันยายน พ.ศ. 2563 เลขที่จริยธรรม HE632174 โดยการดำเนินการของโครงการวิจัยยึดตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และการพิทักษ์สิทธิ

ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งการเข้าร่วมโครงการวิจัยของอาสาสมัครต้องเป็นไปโดยความสมัครใจ อาสาสมัครมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และข้อมูลที่อาสาสมัครตอบในแบบสอบถามถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล

ผลการวิจัย

เมื่อพิจารณาข้อมูลจำนวนประชากรก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลจริง คือ ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2563¹⁸ ดังรายละเอียดในตารางที่ 2 จึงส่งแบบสอบถามไปยังตัวอย่างทั้งสิ้น 552 ชุด อัตราการตอบกลับแบบสอบถามร้อยละ 67.6

ตารางที่ 2 จำนวนประชากรเด็กอายุ 6-36 เดือน ในเขตอำเภอเสลภูมิ ณ วันที่ 30 กันยายน 2563¹⁷

กลุ่ม	อายุของเด็ก						รวมทุกกลุ่ม	
	6-11 เดือน		12-18 เดือน		19-36 เดือน			
	จำนวนประชากร	จำนวนคนตอบกลับ	จำนวนประชากร	จำนวนคนตอบกลับ	จำนวนประชากร	จำนวนคนตอบกลับ	จำนวนประชากร	จำนวนคนตอบกลับ
	(คน)	(ร้อยละ)	(คน)	(ร้อยละ)	(คน)	(ร้อยละ)	(คน)	(ร้อยละ)
กลุ่มที่ 1	33	22 (66.7)	53	42 (79.3)	139	88 (63.3)	225	152 (67.6)
กลุ่มที่ 6	33	24 (72.7)	44	26 (59.1)	109	74 (67.9)	186	124 (66.7)
กลุ่มที่ 7	23	18 (78.3)	29	27 (93.1)	89	52 (58.4)	141	97 (68.8)
รวมทั้งรวม	89	64 (71.9)	126	95 (75.4)	337	214 (63.5)	552	373 (67.6)

ผู้ดูแลเด็กที่ตอบกลับแบบสอบถาม 373 คน พบ มีความสัมพันธ์กับเด็กโดยเป็น ปู่/ย่า/ตา/ยาย 189 คน (ร้อยละ 50.8) พ่อ/แม่ 175 คน (ร้อยละ 47.0) เพศหญิง 342 คน (ร้อยละ 91.7) อายุเฉลี่ย 41.6 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.7 ปี) อายุุน้อยที่สุด 18 ปี มากที่สุด 76 ปี ไม่ได้เรียนหนังสือ 5 คน (ร้อยละ 1.3) จบชั้นประถมศึกษา 174 คน (ร้อยละ 46.7) ชั้นมัธยมศึกษา 148 คน (ร้อยละ 39.7) อนุปริญญาขึ้นไป 46 คน (ร้อยละ 12.3) ไม่ได้ประกอบอาชีพ 86 คน (ร้อยละ 23.2) เกษตรกร 150 คน (ร้อยละ 40.5) รับจ้าง/ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว 123 คน (ร้อยละ 33.3)

เด็ก 373 คน เพศชาย 182 คน (ร้อยละ 48.8) อายุ 6-11 เดือน 64 คน อายุ 12-18 เดือน 95 คน และ อายุ 19-36 เดือน 214 คน จากเด็ก 373 คน จำนวน 65 คน (ร้อยละ 17.5) เลิกดูตวดนมแล้ว แบ่งเป็น เด็กอายุ 8 เดือน 12 เดือน 14 เดือน 16 เดือน 18 เดือน อย่างละ 1 คน และ อายุ 19-36 เดือน 60 คน โดยอายุเฉลี่ยที่เลิกดูตวดนม คือ 18.6 เดือน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.0 ปี) น้อยที่สุด 3 เดือน มากที่สุด 30 เดือน

130

วิธีการที่ผู้ดูแลเด็กใช้เพื่อให้เด็กเลิกดูตวดนม พบ มากที่สุด คือ การฝึกให้เด็กดื่มนมจากกล่องหรือจากแก้ว 34 คน (ร้อยละ 62.9) รองลงมา คือ เด็กเลิกเอง 6 คน (ร้อยละ 11.1) และ หลอกให้เด็กกลัว 4 คน (ร้อยละ 7.4) และ ให้เด็กกินข้าว 4 คน (ร้อยละ 7.4) เด็กที่ยังไม่เลิกดูตวดนม 307 คน (ร้อยละ 82.5) แบ่งเป็น อายุ 6-11 เดือน 62 คน อายุ 12-18 เดือน 91 คน และ อายุ 19-36 เดือน 154 คน

เมื่อพิจารณาเฉพาะเด็กอายุ 19-36 เดือน ซึ่งมีทั้งหมด 214 คน มีเด็กที่ยังดูตวดนม 154 คน รวมกับเด็กที่เลิกดูตวดนมแล้วแต่เป็นการเลิกดูเมื่ออายุเกิน 18 เดือน 17 คน จึงคิดเป็นเด็กเลิกดูตวดนมช้า 171 คน (ร้อยละ 79.9) เหตุผลที่เด็กยังไม่เลิกดูตวดนม ในกลุ่มอายุ 12-18 เดือน พบ ผู้ดูแลเด็ก 22 คน (ร้อยละ 36.1) คิดว่า เด็กยังอายุน้อย จำนวน 14 คน (ร้อยละ 23.0) ระบุว่า เด็กไม่ยอมเลิกไม่ยอมบังคับเด็ก จำนวน 7 คน (ร้อยละ 11.5) กลัวว่าเด็กจะได้รับสารอาหารไม่ครบ และ 6 คน (ร้อยละ 9.8) เด็กไม่ดูตวดนมแม่จึงอยากให้เด็กดูตวดนมขวดต่อไป

สำหรับเด็กอายุ 19-36 เดือน ผู้ดูแลเด็ก จำนวน 47 คน (ร้อยละ 37.6) ระบุว่า เด็กไม่ยอมเลิกลูก ไม่ยอมยกบึงคับเด็ก จำนวน 29 คน (ร้อยละ 23.2) ระบุว่า เด็กยังดูนมตอนกลางคืน จำนวน 20 คน (ร้อยละ 16.0) คิดว่า เด็กยังอายุน้อย และ 9 คน (ร้อยละ 7.2) กลัวเด็กได้รับสารอาหารไม่ครบ จำนวน 9 คน (ร้อยละ 7.2) เด็กไม่ยอมใช้หลอดดูด ในส่วนของเด็กอายุ 6-11 เดือน จำนวน 62 คน ที่ยังดูขวดนม เด็ก 15 คน ที่ผู้ดูแลเด็กยังไม่มีการเตรียมความพร้อมให้เด็กเลิกดูขวดนม กลุ่มที่ระบุถึงวิธีการเตรียมความพร้อม 23 คน พบ 18 คน ฝึกให้เด็กหัดดื่มจากแก้วหรือใช้หลอดดูด

ความรู้ของผู้ดูแลเด็กเรื่องการเลิกดูขวดนมของเด็กอายุ 6-36 เดือน พบ ค่าเฉลี่ย 2.2 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.1) คะแนนเต็ม 5 คะแนน คะแนนน้อยที่สุด คือ 0 คะแนน มากที่สุด คือ 4 คะแนน 95% CI ของค่าเฉลี่ยคะแนน อยู่ระหว่าง 1.9 ถึง 2.6 คะแนน (design effect เท่ากับ 2)

พิจารณาแยกคะแนนความรู้ระหว่างผู้ดูแลเด็กที่เคยได้รับความรู้หรือคำแนะนำเรื่องการเลิกดูขวดนมของเด็ก พบ กลุ่มที่เคยได้รับความรู้หรือคำแนะนำซึ่งมี 234 คน ค่าเฉลี่ยคะแนน 2.3 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.2) คะแนนน้อยที่สุด คือ 0 คะแนน มากที่สุด คือ 4 คะแนน 95% CI ของค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.1 ถึง 2.5 คะแนน กลุ่มที่ไม่เคยได้รับความรู้หรือคำแนะนำ 131 คน ค่าเฉลี่ยคะแนน 2.2 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.1) คะแนนน้อยที่สุด คือ 0 คะแนน มากที่สุด คือ 4 คะแนน 95% CI ของค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.5 ถึง 2.7 คะแนน

พิจารณาแยกคะแนนความรู้ระหว่างผู้ดูแลเด็กซึ่งเด็กเลิกดูขวดนมแล้วกับเด็กที่ยังดูขวดนม พบ ผู้ดูแลเด็กที่เด็กเลิกดูขวดนมแล้ว 65 คน ค่าเฉลี่ยคะแนน 2.5 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.1) คะแนนน้อยที่สุด คือ 1 คะแนน มากที่สุด คือ 4 คะแนน 95% CI ของ

ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.7 ถึง 3.2 คะแนน ผู้ดูแลเด็กที่เด็กยังดูขวดนม 307 คน ค่าเฉลี่ยคะแนน 2.2 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.1) คะแนนน้อยที่สุด คือ 0 คะแนน มากที่สุด คือ 4 คะแนน 95% CI ของค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.8 ถึง 2.6 คะแนน

พิจารณาแยกคะแนนความรู้ระหว่างผู้ดูแลเด็กอายุ 19-36 เดือน ซึ่งเด็กเลิกดูขวดนมตามเกณฑ์อายุกับเด็กที่เลิกดูขวดนมช้า พบ ผู้ดูแลเด็กที่เด็กเลิกดูขวดนมตามเกณฑ์ 17 คน ค่าเฉลี่ยคะแนน 2.7 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.2) คะแนนน้อยที่สุด คือ 1 คะแนน มากที่สุด คือ 4 คะแนน 95% CI ของค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0.1 ถึง 5.0 คะแนน ผู้ดูแลเด็กที่เด็กเลิกดูขวดนมช้า 171 คน ค่าเฉลี่ยคะแนน 2.3 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.2) คะแนนน้อยที่สุด คือ 0 คะแนน มากที่สุด คือ 4 คะแนน 95% CI ของค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.0 ถึง 2.5 คะแนน

ประเด็นความรู้ที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ วิธีการเลิกดูขวดนมวิธีการใดเหมาะสมกับเด็กที่ไม่พร้อมเป็นเด็กติดขวดนม มีผู้ตอบถูก 20 คน (ร้อยละ 5.4) ตอบถูกมากขึ้น คือ เด็กควรเลิกดูขวดนมเมื่ออายุเท่าไร ตอบถูก 118 คน (ร้อยละ 31.6) เพื่อช่วยให้เด็กสามารถเลิกดูขวดนมได้เมื่อเด็กอายุ 10 เดือน ควรให้เด็กกินนมและอาหารอย่างไร ตอบถูก 189 คน (ร้อยละ 50.7) ข้อใดไม่ใช่ปัญหาสุขภาพของเด็กที่เกิดจากการเลิกดูขวดนมช้า ตอบถูก 214 คน (ร้อยละ 57.4) และพฤติกรรมในข้อใดที่เป็นอุปสรรคต่อการเลิกดูขวดนมของเด็ก เป็นข้อที่มีการตอบถูกมากที่สุด คือ ตอบถูก 290 คน (ร้อยละ 77.8)

ทัศนคติของผู้ดูแลเด็กเรื่องการเลิกดูขวดนมของเด็กอายุ 6-36 เดือน พบ ค่าเฉลี่ย 17.1 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.0 คะแนน) คะแนนเต็ม 25 คะแนน คะแนนน้อยที่สุด คือ 11 คะแนน มากที่สุด คือ 25 คะแนน

95% CI ของค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 15.5 ถึง 18.7 คะแนน (design effect เท่ากับ 2)

พิจารณาแยกคะแนนทัศนคติระหว่างผู้ดูแลเด็กที่เคยได้รับความรู้หรือคำแนะนำเรื่องการเลิกดูขงอนของลูก พบ กลุ่มที่เคยได้รับความรู้หรือคำแนะนำซึ่งมี 224 คน ค่าเฉลี่ยคะแนน 17.4 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.1) คะแนนน้อยที่สุด คือ 11 คะแนน มากที่สุด คือ 25 คะแนน 95% CI ของค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 15.9 ถึง 18.8 คะแนน กลุ่มที่ไม่เคยได้รับความรู้หรือคำแนะนำ 123 คน มีค่าเฉลี่ยคะแนน 16.6 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.9) คะแนนน้อยที่สุด คือ 11 คะแนน มากที่สุด คือ 22 คะแนน 95% CI ของค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 14.2 ถึง 19.0 คะแนน

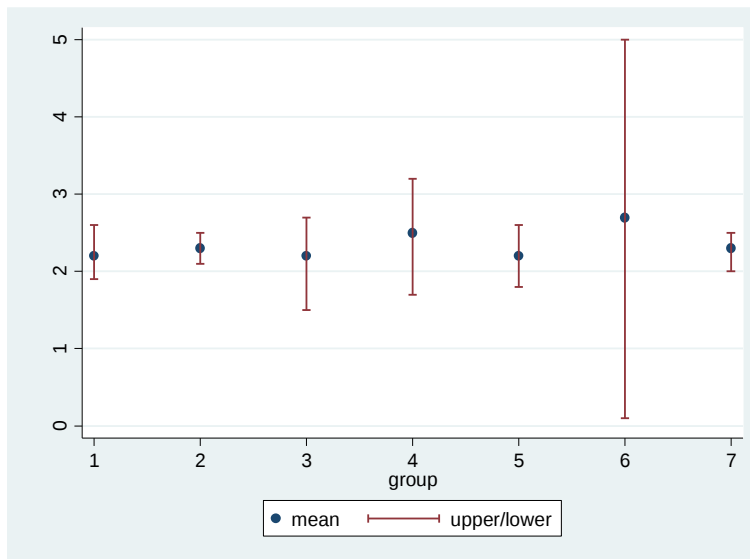
พิจารณาแยกคะแนนทัศนคติระหว่างผู้ดูแลเด็กซึ่งเด็กเลิกดูขงอนแล้วกับเด็กที่ยังดูขงอน พบ ผู้ดูแลเด็กที่เด็กเลิกดูขงอนแล้ว 60 คน ค่าเฉลี่ยคะแนน 18.2 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.1) คะแนนน้อยที่สุด คือ 12 คะแนน มากที่สุด คือ 25 คะแนน 95% CI ของค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 14.8 ถึง 21.5 คะแนน ผู้ดูแลเด็กที่เด็กยังดูขงอน 292 คน ค่าเฉลี่ยคะแนน 16.9 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.1) คะแนนน้อยที่สุด คือ 11 คะแนน มากที่สุด คือ 25 คะแนน 95% CI ของค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 15.7 ถึง 18.0 คะแนน

พิจารณาแยกคะแนนทัศนคติระหว่างผู้ดูแลเด็กอายุ 19-36 เดือน ซึ่งเด็กเลิกดูขงอน

ตามเกณฑ์อายุกับเด็กที่เลิกดูขงอนมั่ว พบ ผู้ดูแลเด็กที่มีเด็กเลิกดูขงอนตามเกณฑ์ 16 คน ค่าเฉลี่ยคะแนน 19.1 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.5) คะแนนน้อยที่สุด คือ 14 คะแนน มากที่สุด คือ 25 คะแนน 95% CI ของค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 17.3 ถึง 20.8 คะแนน ผู้ดูแลเด็กที่เด็กเลิกดูขงอนมั่ว 161 คน ค่าเฉลี่ยคะแนน 16.9 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.0) คะแนนน้อยที่สุด คือ 11 คะแนน มากที่สุด คือ 25 คะแนน 95% CI ของค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 15.4 ถึง 18.3 คะแนน

ประเด็นทัศนคติที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดจากคะแนนเต็ม 5 คะแนน คือ ควรให้เด็กเลิกดูขงอนเมื่ออายุถึงเกณฑ์ ค่าเฉลี่ย 2.4 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.1) คะแนนมากขึ้นถัดมา คือ วิธีการแก้ปัญหากรณีเด็กตื่นนอนช่วงกลางคืนคือการให้เด็กดูขงอนเป็นวิธีการที่ไม่เหมาะสม ค่าเฉลี่ย 3.4 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.2) การที่เด็กดูขงอนนานส่งผลเสียต่อสุขภาพของเด็ก ค่าเฉลี่ย 3.5 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.2) การหลับคาขงอนจะทำให้เด็กมีปัญหาฟันผุได้ ค่าเฉลี่ย 3.9 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.1) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การให้เด็กใช้หลอดดูดน้ำ/นม ช่วยให้เด็กสามารถเลิกดูขงอนได้เร็ว ค่าเฉลี่ย 3.9 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.9)

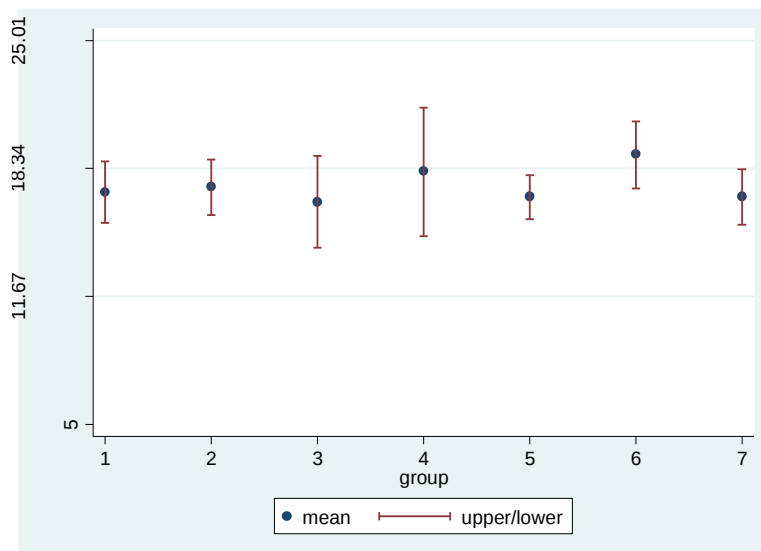
การเปรียบเทียบ 95% CI ของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของแต่ละกลุ่มผู้ดูแลเด็กดังภาพที่ 1 และ ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติดังภาพที่ 2



group คือ กลุ่ม

- 1 คือ รวมทุกกลุ่ม
- 2 คือ ได้รับความรู้หรือคำแนะนำ
- 3 คือ ไม่ได้รับความรู้หรือคำแนะนำ
- 4 คือ เด็กที่เลิกดูขวดนม
- 5 คือ เด็กที่ยังดูขวดนม
- 6 คือ เด็กที่เลิกดูขวดนมตามเกณฑ์
- 7 คือ เด็กที่เลิกดูขวดนมช้า

ภาพที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และ 95% CI ของค่าเฉลี่ย แยกตามกลุ่มของผู้ดูแลเด็ก



group คือ กลุ่ม

- 1 คือ รวมทุกกลุ่ม
- 2 คือ ได้รับความรู้หรือคำแนะนำ
- 3 คือ ไม่ได้รับความรู้หรือคำแนะนำ
- 4 คือ เด็กที่เลิกดูขวดนม
- 5 คือ เด็กที่ยังดูขวดนม
- 6 คือ เด็กที่เลิกดูขวดนมตามเกณฑ์
- 7 คือ เด็กที่เลิกดูขวดนมช้า

ภาพที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติ และ 95% CI ของค่าเฉลี่ย แยกตามกลุ่มของผู้ดูแลเด็ก

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

คะแนนความรู้ของผู้ดูแลเด็กอายุ 6-36 เดือน เรื่องการเลิกดูขวดนม ไม่ว่าจะเป็นคะแนนของทุกกลุ่ม หรือ เมื่อพิจารณาแยกตามกลุ่มต่างๆ ได้แก่ การได้รับคำแนะนำหรือความรู้เรื่องการเลิกดูขวดนมของเด็ก การเลิกดูขวดนมของเด็ก หรือ การเลิกดูขวดนมตามเกณฑ์อายุ ต่างอยู่ในระดับน้อย¹⁴ โดยจากคะแนนเต็ม 5 คะแนน พบ 95% CI ของค่าเฉลี่ยคะแนนรวมทุกกลุ่มอยู่

ระหว่าง 1.9 ถึง 2.6 คะแนน การที่ผู้ดูแลเด็กมีคะแนนรู้น้อยแม้ผู้ดูแลเด็กเกินครึ่งหนึ่งเคยได้รับความรู้หรือคำแนะนำในเรื่องของการเลิกดูขวดนมเด็กมาจากเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุขแล้วก็ตาม แต่อาจไม่สามารถจดจำความรู้หรือคำแนะนำได้ พิจารณาข้อคำถามความรู้รายข้อจาก 5 ข้อ ไม่มีข้อใดที่ผู้ดูแลเด็กร้อยละ 80 ขึ้นไปตอบถูก ตามเกณฑ์ของ Bloom ที่กล่าวว่า สัดส่วนการตอบถูกต้องร้อยละ 80 ขึ้น

ไป ถือว่า มีความรู้ดี¹⁴ ดังนั้น บุคลากรทางด้านสาธารณสุขจึงควรให้ความรู้เรื่องการเลิกดูขวดยกกับผู้ดูแลเด็กอายุ 6-36 เดือน อย่างเร่งด่วน เนื่องจากการเลิกดูขวดยกมีผลเสียต่อสุขภาพของเด็กหลายประการ² อีกทั้งข้อมูลจากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า เด็กที่มีอายุ 18-36 เดือน มีเพียงร้อยละ 20.1 ที่เลิกดูขวดยกตามเกณฑ์อายุ รวมถึงเด็กอายุ 6-11 เดือน ซึ่งพบ 1 ใน 4 ที่ผู้ดูแลเด็กยังไม่มีเตรียมความพร้อมการเลิกดูขวดยกของเด็ก ผลการศึกษาระดับความรู้ของผู้ดูแลเด็กที่อยู่ในระดับน้อยของการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁹ ซึ่งพบผู้ดูแลเด็กอายุ 9-18 เดือน ร้อยละ 30 สามารถตอบคำถามความรู้เกี่ยวกับการเลิกดูขวดยกได้ถูกต้อง ดังนั้น การให้ความรู้ผู้ดูแลเด็กในเรื่องการเลิกดูขวดยกของเด็กยังคงเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไข

คะแนนทัศนคติของผู้ดูแลเด็กอายุ 6-36 เดือน เรื่องการเลิกดูขวดยก ไม่ว่าจะประเมินโดยรวมจากทุกกลุ่ม หรือ เมื่อพิจารณาแยกตามกลุ่มต่าง ๆ ได้แก่ การได้รับคำแนะนำหรือความรู้เรื่องการเลิกดูขวดยกของเด็ก การเลิกดูขวดยกของเด็ก หรือ การเลิกดูขวดยกตามเกณฑ์อายุ ต่างอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นกลุ่มที่เลิกดูขวดยกตามเกณฑ์ที่แนวโน้มทัศนคติอยู่ในระดับมาก¹⁵ โดยจากคะแนนเต็ม 25 คะแนน พบ 95% CI ของค่าเฉลี่ยคะแนนรวมทุกกลุ่มอยู่ระหว่าง 15.5 ถึง 18.7 คะแนน สำหรับกลุ่มที่เลิกดูขวดยกตามเกณฑ์อายุ 95% CI ของค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 17.3 ถึง 20.8 คะแนน อาจกล่าวได้ว่า ทัศนคติน่าจะส่งผลต่อการปฏิบัติ¹⁰ จึงทำให้คะแนนทัศนคติของผู้ดูแลเด็กที่เลิกดูขวดยกตามเกณฑ์อายุมีแนวโน้มดีกว่ากลุ่มอื่น ๆ จึงเห็นควรให้มีการส่งเสริมทัศนคติเรื่องการเลิกดูขวดยกของผู้ดูแลเด็กไปพร้อมกับการส่งเสริมความรู้ เพื่อให้ความรู้ช่วยในการเกิดทัศนคติและการปฏิบัติที่ดี¹⁰

การศึกษานี้แม้ผลการศึกษาจะได้ข้อสรุปว่า ผู้ดูแลเด็กอายุ 6-36 เดือน มีความรู้เรื่องการเลิกดูขวดยกในระดับน้อย และทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง เป็นผลการศึกษาที่มาจากอัตราตอบกลับแบบสอบถามร้อยละ 68.8 แต่เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ตามข้อสรุปของการศึกษาที่ผ่านมา¹⁹ ถือว่า อัตราการตอบกลับอยู่ในระดับดี นั่นคือ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ประกอบกับเมื่อพิจารณาคูณลักษณะของกลุ่มที่ตอบกลับแบบสอบถามกับกลุ่มที่ไม่ตอบกลับแบบสอบถาม พบตัวแปรกลุ่มที่สู่มและอายุของเด็กมีการกระจายที่ไม่ต่างกัน

ความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามด้านความรู้เท่ากับ 0.32 และ ด้านทัศนคติเท่ากับ 0.65 ซึ่งไม่เป็นไปตามเกณฑ์¹⁶ ได้ทำการปรับข้อคำถามเพียงข้อเดียวคือข้อที่ไม่ผ่านเกณฑ์ความยาก-ง่าย และ อำนาจจำแนก¹⁷ สำหรับคำถามข้ออื่นไม่มีการปรับเนื่องจากคำถามเหล่านั้นความครอบคลุมประเด็นความรู้และทัศนคติที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การเก็บข้อมูลใช้วิธีการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลเด็ก 36 คน (ร้อยละ 9.7) ได้รับการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เนื่องจากอายุ 60 ปีขึ้นไป หรือ อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ แต่เมื่อพิจารณาคะแนนความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลเด็กที่มีการเก็บข้อมูลไม่เหมือนกัน นั่นคือ กลุ่มที่มีการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองกับกลุ่มที่ตอบแบบสอบถามด้วยการสัมภาษณ์ พบคะแนนความรู้และทัศนคติไม่ต่างกัน โดยกลุ่มที่ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 2.3 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.1) กลุ่มที่ถูกสัมภาษณ์คะแนนเฉลี่ย 2.0 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.3) คะแนนทัศนคติเฉลี่ย 17.1 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.9) และ 16.3 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.4) ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาพบผู้ดูแลเด็กอายุ 6-36 เดือน ในเขตอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด มีความรู้เรื่องการเลิกดูดขวดนมในระดับน้อย และทัศนคติเรื่องดังกล่าวในระดับปานกลาง ประกอบกับเด็กอายุ 12-36 เดือน ร้อยละ 20.7 ที่เลิกดูดขวดนม และเด็กอายุ 18-36 เดือน ร้อยละ 20.1 ที่เลิกดูดขวดนมตามเกณฑ์อายุ การส่งเสริมความรู้เรื่องการเลิกดูดขวดนมให้กับผู้ดูแลเด็กจึงเป็นเรื่องที่มีความจำเป็นอย่างเร่งด่วน เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพของเด็กที่จะเกิดขึ้นเมื่อเด็กเลิกดูดขวดนมซ้ำ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ ดร.สุทิน ชนะบุญ และอาจารย์ ดร.ประภัสรา ศิริกาญจน์ ที่ให้ข้อเสนอแนะจึงทำให้รายงานวิจัยนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น อาจารย์ ดร. นาฏนภา หีบแก้ว ทันตแพทย์หญิงปิยนารถ แก้วบัวพันธ์ และคุณณภัทรพงษ์ หงษ์ทอง ที่ให้ความกรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถาม ผู้ดูแลเด็กเขตอำเภอโพนทอง ที่เป็นตัวอย่างสำหรับการทดลองใช้แบบสอบถาม เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ในการประสานงานกับกลุ่มเป้าหมายสำหรับการเก็บข้อมูล และที่สำคัญยิ่ง คือ ผู้ดูแลเด็กอายุ 6-36 เดือน ในเขตตำบลเกาะแก้ว ท่าม่วงหนองหลวง ขวัญเมือง บึงเกลือ ขวาว และ เมืองไพร ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และ สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. คู่มือสำหรับพ่อแม่เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านการดูแลและพัฒนาเด็ก ตอน วัยเด็กเล็ก 0-3 ปี. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และ สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2557.
2. อรรรรณ นามมนตรี, นงรัตน์ กล่ำรัตน์, และสุนิสา ชาวโกทา. “เด็กติดขวดนมจัดการอย่างไรดี?”วารสารทันตภิบาล. 27(1): 144-152; มกราคม-มิถุนายน, 2559.
3. อนุศักดิ์ เพชรรัตน์ และอรรรรณ กิตติสิโรจน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับจำนวนฟันผุในเด็กปฐมวัย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลไทรตรึงษ์ อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร. วิจัยเพิ่มมูลค่า พัฒนาเศรษฐกิจ. การประชุมวิชาการระดับชาติ นอร์ทเทิร์นวิจัย ครั้งที่ 3; 26 พฤษภาคม 2560; ตาก: วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น; 2559. 321-325.
4. Bonuck K, Kahn R, and Schechter C. Is late bottle-weaning associated with overweight in young children? Analysis of NHANES III data Clin Pediatr (Phila). 43(6): 535-540; July-August, 2004. doi: 10.1177/000992280404300605. PMID: 15248006.
5. Brotanek JM, Halterman JS, Auinger P, Flores G, and Weitzman M. Iron deficiency, prolonged bottle-feeding, and racial/ethnic disparities in young children Arch Pediatr Adolesc Med. 159(11): 1038-1042; November, 2005. doi: 10.1001/archpedi.159.11.1038. PMID: 16275794.
6. Sawasdivorn S, Wanthanaphuti P, Pue-arun S, and Juansang S. Situation of baby bottle use: is it suitable to recommend weaning by the age of one year? J Med Assoc Thai. 91 Suppl 3: S128-135; October, 2008. PMID: 19253508.

7. อุษา อิ่มสุวรรณ. การสำรวจเทคนิคการเลิกใช้ขวดนมของเด็กอายุ 1½ ปี - 3½ ปี ที่มารับบริการที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (โครงการนาร่อง). วิทยานิพนธ์การศึกษาและฝึกอบรมตามหลักสูตรเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขากุมารเวชศาสตร์ของแพทยสภา. กรุงเทพฯ: สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กระทรวงสาธารณสุข, 2552.
8. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. เคล็ดลับสู่ความสำเร็จ พิชิตเจ้าตัวน้อยเลิกขวดนม. กรุงเทพฯ: สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี, 2552.
9. จุฑามาส มณีโชติ. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมทันตสุขภาพต่อการแปรงฟัน การเลิกขวดนมของผู้ดูแลเด็กและฟันผุที่เพิ่มขึ้นของเด็กอายุ 12-18 เดือน ในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพช่องปาก. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2559.
10. ทวีศักดิ์ เทพพิทักษ์. การใช้แบบจำลอง KAP กับการศึกษาพฤติกรรมและทัศนคติการป้องกันการติดเชื้อ เอช ไอ วี / เอดส์ ของคนประจำเรือไทย วารสารวิชาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย. 8(2): 84-102; กรกฎาคม-ธันวาคม, 2556.
11. สุรศักดิ์ ภักดี และรุจิรา ดวงสงค์. ความรู้ทัศนคติเกี่ยวกับโรคฟันผุและการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในเขตอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 21(2): 186-193; พฤษภาคม-สิงหาคม, 2561.
12. ยุพา ถาวรพิทักษ์. ประชากรและตัวอย่างวิธีการชักตัวอย่างและการประมาณค่า. ขอนแก่น. ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2554.
13. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 4 ธันวาคม 2562] เข้าถึงได้จาก: <http://www.sasuk101.moph.go.th/>
14. อุดมพร รักเถาว์ และจารุวรรณ วงษ์เวช. ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้ปกครองต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2(1): 52-64; มกราคม-เมษายน, 2558.
15. อุดมพร รักเถาว์ และจารุวรรณ วงษ์เวช. ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้ปกครองต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2(1): 52-64; มกราคม-เมษายน, 2558. อ้างจาก Best JW, Kanh, JV. Research in Education. 6th ed. New Delhi: Plentice-Hall, 1989.
16. จิราพร เขียวอยู่. วิธีสถิติสำหรับการวัดด้านสุขภาพ. ขอนแก่น: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2557. อ้างจาก สุวิมล ติรกันันท์. การสร้างเครื่องมือวัดตัวแปรในการวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวทางสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.
17. อารยา องค์กรเอี่ยม และพงศ์ธรา วิจิตเวชไพศาล. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย วิสัยทัศน์. 44(1): 36-42; มกราคม-มีนาคม, 2561.
18. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 30 ก.ย. 2563] เข้าถึงได้จาก: <http://www.sasuk101.moph.go.th/>

19. นิศาชล รัตนมณี และประสพชัย พสุนนท์.
อัตราการทำตอบกลับของแบบสอบถามใน
งานวิจัยเชิงปริมาณ. วารสารมนุษยศาสตร์
และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธนบุรี. 13(3):
181-188; กันยายน-ธันวาคม, 2562.

Received: 14 Jul 2021, Revised: 20 Jul 2021

Accepted: 5 Aug 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน
ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราชบุญประจักษ์ จันทรวิน^{1*}, ปาริฉัตร ถาวรวงษ์²,
เกษรา วนโชติตระกูล³, นรานุช ชะระเชื่อน⁴, วิชชุดา มัคสิงห์³

บทคัดย่อ

โรคฟันผุเป็นโรคในช่องปากที่สำคัญโรคหนึ่ง ซึ่งอาการของโรคจะดำเนินไปอย่างช้าๆ และต่อเนื่อง กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนจะมีโอกาสเป็นโรคนี้ได้มากกว่าวัยอื่น การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ ระดับพฤติกรรมการดูแลช่องปาก และเปรียบเทียบปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 335 คน โดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 198 คน สุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม พ.ศ.2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และใช้สถิติ t-test ในการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม สำหรับเปรียบเทียบความแตกต่างมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไปใช้ Fisher's Least Significant Difference (LSD) ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับฟันส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ความรู้ในภาพรวมของผู้ปกครองอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่เหมาะสม เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลพบว่า ระดับการศึกษา และรายได้ของผู้ปกครองแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนแตกต่างกัน ข้อเสนอแนะ ควรจัดกิจกรรมรณรงค์ในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ร่วมกันระหว่างผู้ปกครองของเด็ก เด็กก่อนวัยเรียน และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อร่วมกันสร้างความตระหนักและสามารถดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน เด็กก่อนวัยเรียน
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

¹วิทยากร ชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²ทันตแพทย์ ชำนาญการ โรงพยาบาลพระพรหม

³พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

⁴พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*Corresponding author: boonprajak2518@gmail.com

Original Article

A Comparative of Parents of Preschool Children in Child Development Centers: Oral Care Behaviors and Associated Factors

Boonprajuk Junwin^{1*}, Parichat Thawornwong²,
Ketsara Wanachottrakun³, Naranuch Karakhuean⁴, Witchuta Muksing³

Abstract

Caries is one of the important oral diseases. The symptoms of the disease will progress slowly and continuously. Preschool children are more likely to have this disease than other ages. This cross-sectional survey research aims to study the level of knowledge, oral care behavior level and to compare personal characteristics factors with oral care behaviors of 335 parents of preschool children in the Child Development Center, Phra Phrom District, Nakhon Si Thammarat Province, using a questionnaire from a sample of 198 people, systematic random sampling. Data were collected during February-March 2021. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, maximum and minimum and t-test was used to test the difference between the sample mean 2 groups. To compare two or more differences, use Fisher's Least Significant Difference (LSD). The results showed that the parents of preschool children had the knowledge of the general teeth in a low level and the oral health care in a high level. The overall knowledge of the parents was at a moderate level. In addition, the oral health care behaviors were at inappropriate levels. Moreover, different of educational level and parents' incomes had differences of the oral care behaviors of parents of preschool children. Suggestion: Activities to raise awareness for oral health care that are shared between parents of children, preschooler and child development center to jointly raise awareness and be able to take better care of oral health of preschool children.

Keyword: Oral Care Behaviors, Parents of Preschool Children, Preschool Children, Preschool Child Development Center

¹Instructor, Professional Level, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

²Dentist, Professional Level, Phraphrom Hospital

³Registered Nurse, Professional Level, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

⁴Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

*Corresponding author: boonprajuk2518@gmail.com

บทนำ

ปากถือเป็นประตูสุขภาพ เนื่องจากเป็นช่องทางอาหารซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิตเข้าสู่ร่างกาย ปากจะประกอบด้วยฟัน เนื้อเยื่อที่เกี่ยวข้องกับฟัน ได้แก่ เหงือก เอ็นยึดปริทันต์ กระดูกขากรรไกร และลิ้น โดยมีฟันทำหน้าที่บดเคี้ยวก่อนส่งไปย่อยที่กระเพาะอาหาร แล้วจะถูกดูดซึมส่งไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ให้สามารถทำงานได้ตามปกติ นอกจากนั้นฟันยังช่วยในการออกเสียงให้ชัดเจน เสริมใบหน้าให้สวยงาม แก้มไม่ตบ ริมฝีปากไม่ย่น และถ้ามีฟันที่สะอาดไม่เป็นโรค เรียงตัวเป็นระเบียบจะเพิ่มความมั่นใจในการยิ้ม เวลาสนทนาจะทำให้มีบุคลิกภาพที่ดีอีกด้วย¹ โรคที่เป็นปัญหาสุขภาพในช่องปากที่สำคัญคือ โรคฟันผุ รวมไปถึงโรคเหงือกอักเสบ โดยกลุ่มวัยเด็กจะมีโอกาสเป็นโรคนี้ได้มากกว่าวัยอื่น โรคฟันผุจะดำเนินโรคไปอย่างช้า ๆ และต่อเนื่อง ซึ่งถ้าไม่ได้รับการตรวจและรักษาในระยะแรก ๆ แล้วโรคก็จะลุกลามต่อไปจนกระทั่งถึงจุดที่เกิดพยาธิสภาพขึ้นกับเนื้อเยื่อปลายรากฟันและรอบรากฟันซึ่งทำให้มีความยุ่งยากในการรักษา และมักจะต้องได้รับการรักษาด้วยการถอนออก สำหรับเด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งเป็นวัยที่ฟันน้ำนมขึ้นครบทุกซี่ ปัญหาที่พบของเด็กวัยนี้ คือ โรคฟันผุ ทำให้มีการสูญเสียฟันน้ำนมก่อนกำหนด มีผลต่อการบดเคี้ยวอาหาร ตลอดจนการพัฒนาของขากรรไกรที่ส่งผลต่อการเรียงตัวของฟันถาวรที่จะขึ้นมาแทนที่ฟันน้ำนม ดังนั้นการดูแลทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่ต้องสร้างพฤติกรรมที่ดีตั้งแต่เด็กเพื่อให้มีทันตสุขภาพที่ดีต่อไปในวัยผู้ใหญ่²

พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่เหมาะสมของผู้ปกครอง เช่น การขาดความเอาใจใส่ดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก การให้เด็กอมลูกอมเป็นประจำ หรือแม้กระทั่งการที่ให้เด็กหลับคาขวดนม³ รวมไปถึงการให้เด็กดูดนมขวดเป็นเวลานาน โดยเฉพาะช่วงกลางคืนจะทำให้เด็กมีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุสูง หากฟันน้ำนมผุในส่วน

ของฟันกรามถ้าไม่ได้รับการรักษาจะทำให้มีการลุกลามจนทะลุโพรงประสาทฟัน เด็กจะเกิดอาการเจ็บปวดทำให้ไม่สามารถบดเคี้ยวอาหารได้รับประทานอาหารได้น้อยลง เกิดภาวะขาดสารอาหารซึ่งไม่เพียงแต่ส่งผลต่อน้ำหนักตัวการเจริญเติบโตของร่างกายและสมองของเด็ก ยังส่งผลในเรื่องของการพัฒนากล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าและช่องปาก ตลอดจนการเจริญของกระดูกขากรรไกรอีกด้วย⁴ โดยผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 ปี 2560 พบว่า เด็กอายุ 3 ปี ที่ไม่มีโรคฟันผุ ร้อยละ 47.1 เด็กอายุ 5 ปี มีแนวโน้มการปราศจากโรคฟันผุเพิ่มขึ้น คือ ร้อยละ 24.4 และยังพบว่าเด็กก่อนวัยเรียนทั้ง 2 กลุ่ม ประมาณร้อยละ 40.0 มีคราบจุลินทรีย์อยู่ในระดับเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ โดยพบฟันผุระยะเริ่มต้นในเด็กอายุ 3 ปี และ 5 ปี ร้อยละ 31.1 และร้อยละ 31.3 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กอายุ 5 ปี ร้อยละ 18.6 มีฟันกรามถาวรซี่ที่หนึ่งขึ้นในช่องปากแล้ว ฉะนั้นการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพช่องปากตั้งแต่ช่วงปฐมวัยจึงมีความสำคัญ และลดโอกาสเกิดฟันถาวรผุได้ โดยสิ่งสำคัญที่ต้องเน้นย้ำเพิ่มเติม คือ พฤติกรรมทันตสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ การแปรงฟันอย่างมีคุณภาพ พฤติกรรมการบริโภคนม ซึ่งแม้ว่าเด็กส่วนใหญ่จะแปรงฟันตอนเข้าก่อนมาโรงเรียน แต่พบว่าผู้ปกครองของเด็กอายุ 3 ปี ร้อยละ 44.1ปล่อยให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเอง และเมื่อเด็กโตขึ้นพบว่าในกลุ่มอายุ 5 ปี เด็กถูกปล่อยให้แปรงฟันเองถึงร้อยละ 80.4 มีเพียงร้อยละ 14.4 ที่ผู้ปกครองยังคงแปรงให้ พฤติกรรมการดื่มนมเด็กอายุ 3 ปี และ 5 ปี ดื่มนมหวานและนมเปรี้ยวเมื่ออยู่ที่บ้านถึงร้อยละ 44.5 และ 47.6 ตามลำดับ เด็กอายุ 3 ปี ร้อยละ 39.5 ใช้ขวดนมเมื่ออยู่ที่บ้าน และยังมีเด็กอายุ 5 ปี อีกร้อยละ 11.9 ที่ยังคงดูดนมจากขวดซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ⁵

จังหวัดนครศรีธรรมราช มีการสำรวจสถานะทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 3-5 ปี พบว่า มีฟันน้ำนมผุ ร้อยละ 46.52 และมีคราบจุลินทรีย์อยู่ในระดับเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ⁶ สำหรับอำเภอ พระพรหม พบว่า มีอัตราเป็นโรคฟันผุ ร้อยละ 57.08 มีค่าเฉลี่ยฟันผุดูดถอนเท่ากับ 3.34 ซี่ต่อคน และพบว่ามีคราบจุลินทรีย์อยู่ในระดับเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุเช่นกัน⁷ ซึ่งนับว่าสถานะทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน 3-5 ปี ยังมีอัตราการเกิดโรคฟันผุที่ยังเป็นปัญหาอยู่จากการดำเนินงานทันตสุขภาพของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่า ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน ได้แก่ ปัญหาการรับประทานขนมหวาน ปัญหาการเลี้ยงดูด้วยขวดนม รวมถึงการที่ผู้ปกครองมีพฤติกรรมละเลยการดูแลสุขภาพช่องปากของบุตรหลาน ปัญหาการปฏิบัติตนไม่ถูกต้องของผู้ปกครองที่ดูแลเด็ก และปัญหาสำคัญที่ยังต้องการดูแลเพิ่มเติม คือ การแปรงฟันด้วยผู้ปกครองของเด็กเล็ก และผู้ปกครองยังปล่อยให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเอง และอีกหนึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กกลุ่มนี้ คือ ยังดื่มนมที่มีรสหวานและนมเปรี้ยวเมื่ออยู่ที่บ้านในระดับสูง รวมทั้งการดื่มนมผ่านขวดนม ปัญหาเหล่านี้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ตระหนักถึงปัญหาและให้ความสำคัญในด้านทันตสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน ทุกหน่วยงานจึงมีกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก เช่น การตรวจและเฝ้าระวังสุขภาพช่องปาก การรณรงค์ให้เด็กแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน การจัดอาหารว่างที่มีคุณค่าทางโภชนาการ และรณรงค์การเลิกดูดนมจากขวด ทั้งนี้การดำเนินงานส่งเสริมและป้องกันการเกิดโรคฟันผุในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือในการดูแลช่องปากเด็กจากผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน โดยเฉพาะผู้ปกครองซึ่งเป็นบุคคลสำคัญที่สุดต่อการดูแลสุขภาพในช่องปากของเด็กที่ใกล้ชิด และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็กได้ ซึ่งคุณลักษณะของผู้ปกครองที่แตกต่างจะส่งผลต่อ

พฤติกรรมที่แตกต่างกัน เช่น อาชีพของผู้ปกครองที่ต้องทำงานนอกบ้าน⁸ ดังนั้นการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช จะทำให้ทราบถึงความแตกต่างของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก และสามารถนำข้อมูลพื้นฐานที่ได้ไปพัฒนาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพของเด็กวัยก่อนเรียนที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช
3. เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Research)

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 7 แห่ง รวมทั้งหมด 335 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยคัดเลือกผู้ปกครองที่อ่านหนังสือออก และเขียนหนังสือได้ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ Krejcie&Morgan⁹ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่าง 180 คน เพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก

10% ได้ 18 คน จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 198 คน และใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) คำนวณหาระยะห่าง โดยใช้สูตรในการคำนวณ $I=N/n$ ได้ระยะห่างเท่ากับ 2

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ช่วงเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม พ.ศ.2564 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และเพื่อขออนุญาตผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนที่เรียนอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. นัดหมายผู้ปกครอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความยินยอม จากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยให้ครูพี่เลี้ยงแจกแบบสอบถามให้แก่ผู้ปกครองเป็นรายบุคคล และให้ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ผู้ปกครองมีอิสระในการตอบแบบสอบถาม

3. ครูพี่เลี้ยงประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และความสมบูรณ์ ก่อนที่จะส่งแบบสอบถามกลับมายังผู้วิจัย

4. รวบรวมข้อมูลจนครบตามจำนวนที่ส่งไปนำแบบสอบถามที่ได้รับกลับมาตรวจสอบความครบถ้วนลงตามรหัสตัวแปรที่กำหนด และนำข้อมูลไปวิเคราะห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเอง จากการทบทวนแนวคิดที่เกี่ยวกับทั้งพฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) และพฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) มาประยุกต์ใช้กับพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช แบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ปกครอง เป็นลักษณะคำถามปลายปิด ประกอบไปด้วยประเด็นเนื้อหา ได้แก่ เพศ สถานภาพ สมรส ศาสนา ความสัมพันธ์กับเด็กก่อนวัยเรียน

ระดับการศึกษา อาชีพ และอายุของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์เด็กเล็กที่ดูแล ส่วนคำถามปลายเปิด ซึ่งเป็นคำตอบสั้นๆ ได้แก่ อายุ และรายได้ของผู้ปกครองต่อเดือน รวมทั้งหมดจำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ของผู้ปกครอง เป็นการถามเกี่ยวกับเนื้อหาความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับฟัน และความรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก ดังนี้

2.1 ด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับฟัน มีทั้งหมด 5 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยให้ตอบใช่ หรือไม่ใช่ หรือไม่ทราบ เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือตอบไม่ทราบได้ 0 คะแนน แปลผลคะแนนเป็นรายคน และภาพรวม แบ่งระดับความรู้ออกเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Bloom¹⁰ ดังนี้ ระดับสูง (คะแนนร้อยละ ≥ 80) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และระดับต่ำ (ร้อยละ < 60)

2.2 ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก มีทั้งหมด 10 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยให้ตอบใช่ หรือไม่ใช่ หรือไม่ทราบ เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือตอบไม่ทราบได้ 0 คะแนน แปลผลคะแนนเป็นรายคน และภาพรวม แบ่งระดับความรู้ออกเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Bloom¹⁰ ดังนี้ ระดับสูง (ร้อยละ ≥ 80) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และระดับต่ำ (ร้อยละ < 60)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครอง เป็นความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลช่องปาก จำนวน 10 ข้อ โดยข้อความจะเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ซึ่งมีระดับการวัด 3 ระดับ รายละเอียด ดังนี้ ปฏิบัติกิจทุกครั้งอย่างสม่ำเสมอ ปฏิบัติบ้าง ไม่ปฏิบัติบ้าง และไม่มีการปฏิบัติเลย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรง (Validity) และให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา

(Content Validity) และหาความเหมาะสมเชิงภาษา (Wording) ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับทันตสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 3 ท่าน ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อ.ลานสกา จ.นครศรีธรรมราช จำนวน 30 คน มีผลค่าความเที่ยงดังนี้

1. แบบสอบถามความรู้ นำผลคะแนนการทดสอบที่ได้มาวิเคราะห์ (1) ค่าความยากง่าย (Difficulty หรือ P) ได้ค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.26–0.72 (2) ค่าอำนาจจำแนก (Discrimination หรือ r) ได้ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.27–0.90 (3) ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.72

2. แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครอง นำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha Coefficient) โดยพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไป ได้เท่ากับ 0.84

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย นำข้อมูลมาวิเคราะห์ และประมวลผล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้ ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ใช้อธิบายข้อมูลปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ระดับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับฟัน ระดับความรู้การดูแลสุขภาพช่องปาก และระดับพฤติกรรมดูแลช่องปาก ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยใช้ Independent t-test สำหรับการทดสอบ

ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม และใช้ One-way ANOVA สำหรับใช้เปรียบเทียบความแตกต่างมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป คือ Fisher's Least Significant Difference (LSD) ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบทีละคู่

จริยธรรมการวิจัย วิจัยในครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามวัตถุประสงค์วิจัย เรื่อง “พฤติกรรมดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช” ซึ่งได้คำรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ 003/2564 ลงวันที่ 23 ธันวาคม 2563

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 152 คน คิดเป็นร้อยละ 76.8 อายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 80 คน ร้อยละ 40.4 มีอายุเฉลี่ย 34.99 ปี ต่ำสุด 20 ปี สูงสุด 70 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 159 คน คิดเป็นร้อยละ 80.3 นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 196 คน คิดเป็นร้อยละ 99.0 มีความสัมพันธ์เป็นพ่อ-แม่ มากที่สุด จำนวน 173 คน คิดเป็นร้อยละ 87.4 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. มากที่สุด จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 30.3 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปและพนักงานบริษัทมากที่สุด จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 44.4 มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 5,001-10,000 บาท มากที่สุด จำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 56.1 รายได้เฉลี่ย 9,128.79 บาท มีรายได้ต่ำสุด 3,000 บาท สูงสุด 40,000 บาท ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 4 ปี มากที่สุด จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 50.5 ได้รับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 179 คน คิดเป็นร้อยละ 90.4 โดยได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด จำนวน 117 คน รองลงมาคือ ครูศูนย์เด็กเล็ก จำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ

ละ 65.4 และ 64.2 ตามลำดับ ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวได้ถูกเผยแพร่ตีพิมพ์ในบทความวิจัยอื่น¹²

2. ระดับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับฟัน และความรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่าความรู้ในภาพรวมของผู้ปกครองอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 36.9 รองลงมา คือ ระดับต่ำ จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 34.3 เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า ความรู้

ทั่วไปเกี่ยวกับฟัน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 46.0 รองลงมา คือ ระดับสูง จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 39.4 ส่วนความรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 40.4 รองลงมา คือ ระดับปานกลางและระดับต่ำ จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 29.8 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับฟัน ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก และความรู้ในภาพรวมของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอมะนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช (n=198)

ระดับ	ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับฟัน		ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก		ภาพรวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง	78	39.4	80	40.4	57	28.8
ปานกลาง	29	14.6	59	29.8	73	36.9
ต่ำ	91	46.0	59	29.8	68	34.3
	Mean= 2.7 คะแนน		Mean= 6.77 คะแนน		Mean= 9.49 คะแนน	
	SD.= 1.65		SD.= 2.11		SD.= 3.08	
	Maximum= 5 คะแนน		Maximum= 10 คะแนน		Maximum= 10 คะแนน	
	Minimum= 0 คะแนน		Minimum= 0 คะแนน		Minimum= 1 คะแนน	

3. ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครอง แสดงให้เห็นว่า ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่เหมาะสม จำนวน 182 คน คิดเป็นร้อยละ 91.9 รองลงมา คือ ระดับพฤติกรรมเหมาะสม จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 8.1 สามารถจำแนกเป็นรายข้อ ดังตารางที่ 2

การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน พบว่า ผู้ปกครองมี

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ปฏิบัติบ้างไม่ปฏิบัติบ้าง โดยมีพฤติกรรมที่ไม่ปฏิบัติเลย 3 อันดับแรกคือ ไม่เปลี่ยนแปรงสีฟันเมื่อแปรงสีฟันมีลักษณะฟูกระจาย บาน ไม่เป็นพุ่ม หรือเสื่อมประสิทธิภาพในการใช้งาน ร้อยละ 82.8 รองลงมา คือ ไม่ได้เลือกยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ให้เด็กแปรงฟัน ร้อยละ 80.3 และไม่ได้แปรงฟันให้เด็กในตอนเช้าและก่อนนอน ร้อยละ 66.7 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอมะนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช (n=198)

ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เหมาะสม	16	8.1
ไม่เหมาะสม	182	91.9
รวม	198	100.0

(Mean= 1.50 คะแนน, SD.= 0.24, Maximum= 1.00 คะแนน, Minimum= 2.30 คะแนน)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ การปฏิบัติในการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน จำแนกเป็น รายชื่อ (n=198)

พฤติกรรมในการดูแลช่องปาก	ปฏิบัติทุกครั้งอย่างสม่ำเสมอ		ปฏิบัติบ้าง ไม่ปฏิบัติบ้าง		ไม่ปฏิบัติเลย	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ท่านให้เด็กดื่มนมรสจืดแทนการดื่มนมรสหวานและนมเปรี้ยว	2	1.0	132	66.7	64	32.3
2. ท่านแปรงฟันให้เด็กในตอนเช้าและก่อนนอน	0	0.0	66	33.3	132	66.7
3. ท่านกำกับดูแลให้เด็กดื่มนมจากแก้วหรือจากกล่องแทนการดื่มนมจากขวด	130	65.7	67	33.8	1	0.5
4. ท่านพาเด็กไปหาทันตแพทย์เพื่อรับบริการตรวจฟันทุก ๆ 6 เดือน	19	9.6	91	46.0	88	44.4
5. ท่านเปลี่ยนแปรงสีฟันเมื่อแปรงสีฟันมีลักษณะฟุกระจาย บาน ไม่เป็นพุ่มหรือเสื่อมประสิทธิภาพในการใช้งาน	7	3.5	27	13.6	164	82.8
6. ท่านเลือกยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ให้เด็กแปรงฟัน	1	0.5	38	19.2	159	80.3
7. ท่านฝึกให้เด็กแปรงฟัน โดยฝึกให้เด็กแปรงฟันด้านหน้าก่อนแปรงด้านอื่น	2	1.0	66	33.3	130	65.7
8. ท่านให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเองเพียงลำพัง	35	17.7	122	61.6	41	20.7
9. ท่านตรวจดูความสะอาดช่องปากของเด็กทุกครั้งหลังการแปรงฟัน	2	1.0	90	45.5	106	53.5
10. ท่านจะซื้อยาแก้ปวดให้เด็กทานเองเมื่อเด็กมีอาการปวดฟัน	50	25.3	43	21.7	105	53.0

4. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอยะพราง จังหวัดนครศรีธรรมราช ดังนี้

4.1 ระดับการศึกษาของผู้ปกครองมีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 4

4.2 รายได้ต่อเดือนของผู้ปกครองมีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 5

4.3 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ความสัมพันธ์กับเด็กก่อนวัยเรียน อาชีพ อายุของเด็กก่อนวัยเรียน และการได้รับข้อมูลข่าวสาร มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ของระดับการศึกษา ด้วยวิธี

Fisher's Least Significant Difference (LSD)

ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา ลงมา	มัธยมศึกษา ตอนต้น	มัธยมศึกษา ตอนปลาย/ ปวช.	อนุปริญญา/ ปวส/ปวท.	ตั้งแต่ ปริญญาตรี ขึ้นไป
Mean	1.52	1.57	1.49	1.44	1.44
ประถมศึกษาลงมา	1.52				
มัธยมศึกษาตอนต้น	1.57			0.131* (0.031)	0.131* (0.010)
มัธยมศึกษาตอน ปลาย/ปวช.	1.49				
อนุปริญญา/ปวส/ ปวท.	1.44	-0.131* (0.031)			
ตั้งแต่ปริญญาตรี ขึ้นไป	1.44	-0.131* (0.010)			

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 5 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ของรายได้ต่อเดือน ด้วยวิธี

Fisher's Least Significant Difference (LSD)

รายได้ต่อเดือน	≤ 5,000 บาท	5,001- 10,000 บาท	10,001- 15,000 บาท	15,001- 20,000 บาท	≥ 20,000 บาท
Mean	1.54	1.51	1.36	1.46	1.47
≤ 5,000 บาท	1.54		0.180* (0.004)		
5,001-10,000 บาท	1.51		0.150* (0.009)		
10,001-15,000 บาท	1.36	-0.180* (0.004)	-0.150* (0.009)		
15,001-20,000 บาท	1.46				
≥ 20,000 บาท	1.47				

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช มีระดับความรู้อยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกัน โดยผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง โดยข้อที่ผู้ปกครองตอบผิด 3 อันดับแรก คือ โรคฟันผุเกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่เจริญเติบโตอยู่ในช่องปากเท่านั้น (ร้อยละ 61.1)

รองลงมา คือ การแปรงฟันที่ถูกวิธี คือ การขยับแปรงไปงูมา และผักและผลไม้ เป็นอาหารจะช่วยขัดฟันให้สะอาดได้ (ร้อยละ 55.6) และโรคฟันผุเป็นโรคที่ไม่สามารถทำให้หายขาดได้ (ร้อยละ 48.5) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับฟัน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ส่วนด้านการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูง โดยผู้ปกครองร้อยละ 90.4 ได้รับข่าวสารด้านทันตสุขภาพ จึงทำให้ผู้ปกครองมีความรู้ในระดับที่

ใกล้เคียงกัน ซึ่งผู้ปกครองจะมีความรู้ในด้านการดูแลสุขภาพช่องปากมากกว่าความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับฟัน ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่า ทราบวิธีการป้องกันเพื่อไม่ให้บุตรหลานเกิดฟันผุ ประกอบกับผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.8) ซึ่งมีความละเอียดอ่อนในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน อีกทั้งผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นพ่อ-แม่ (ร้อยละ 87.4) จึงมีความสนใจในความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของบุตร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอาฮีเสาะเพ็งมุข¹³ ที่พบว่า ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนใน อ.หนองจิก จ.ปัตตานี มีความรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนอุพาริกา โยสิทธิ์¹⁴ พบว่า ผู้ปกครองของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลท่าผา อ.เกาะคา จ.ลำปาง มีระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กอยู่ระดับสูง แต่ไม่สอดคล้องกับสุณีภา ชินวุฒิ¹⁵ ที่พบว่า ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตเทศบาลตำบลบ้านสวน อ.เมืองชลบุรี จ.ชลบุรี มีความรู้อยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของณฐพงศ์ คงใหม่ และคณะ¹⁶ ที่พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูง

2. ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อ.พระพรหม จ.นครศรีธรรมราช มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับไม่เหมาะสม ถึงร้อยละ 91.9 ซึ่งจากการวิจัยจะเห็นว่าผู้ปกครองมีพฤติกรรมเกี่ยวกับอุปกรณ์การดูแลสุขภาพช่องปาก คือ ไม่เปลี่ยนแปรงสีฟันเมื่อแปรงสีฟันมีลักษณะฟุกระจาย บาน ไม่เป็นพุ่ม หรือเสื่อมประสิทธิภาพในการใช้งาน (ร้อยละ 82.8) ไม่เลือกยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ให้เด็กแปรงฟัน (ร้อยละ 80.3) ไม่ได้แปรงฟันให้เด็กในตอนเช้าและก่อนนอน (ร้อยละ 66.7) และไม่ได้ฝึกให้เด็กแปรงฟัน โดยฝึกให้เด็กแปรงฟันด้านหน้าก่อนแปรงด้านอื่น (ร้อยละ 65.7) ซึ่งถึงแม้ผู้ปกครองจะได้รับข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก แต่ผู้ปกครองยังไม่สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมได้

และอาจจะเป็นเพราะว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่มีรายได้ที่ไม่มากนัก จำเป็นต้องไปประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงครอบครัวจึงละเลยในการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม ประกอบกับส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไปและพนักงานบริษัทจึงต้องรีบออกไปทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของเกตุวดี เจือจันทร์ และคณะ¹⁷ ที่พบว่า ผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียน อ.แก่งคอย จ.สระบุรี มีด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเพียงร้อยละ 24.1 แตกต่างกับการศึกษาของสกาวรรต วงศ์จันทร์ทิพย์¹⁸ ที่พบว่า ผู้ปกครองของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อ.เชียงแสน จ.เชียงราย ส่วนมากมีระดับการปฏิบัติด้านทันตสุขภาพอยู่ในระดับดี และผู้ปกครองของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลท่าผา อ.เกาะคา จ.ลำปาง มีระดับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอยู่ในระดับ ปานกลาง¹⁴

จากการทดสอบการเปรียบเทียบ ด้วยวิธีทดสอบแบบ LSD เพื่อหาค่าเฉลี่ยคู่ใดที่แตกต่างกัน โดยผลทดสอบพบว่า

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนเมื่อเปรียบเทียบกับระดับการศึกษา มี 2 คู่ คือ มัธยมศึกษาตอนต้นกับอนุปริญญา/ปวส. และมัธยมศึกษาตอนต้นกับตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป หมายความว่า ผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเหมาะสมกว่าผู้ที่มีระดับอนุปริญญา/ปวส./ปวท. และระดับปริญญาตรีขึ้นไป ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นจะประกอบอาชีพใกล้บ้าน ไม่ต้องเดินทางไกล จึงมีเวลาที่จะดูแลเด็กมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาที่สูงกว่าที่ต้องไปประกอบอาชีพนอกบ้านซึ่งมีเวลาในการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนน้อยลง⁸ สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิศรีม์ พรณพราว และคณะ¹⁹ ที่พบว่า ปัจจัยด้านวุฒิการศึกษาของผู้ปกครองเด็กในเด็กปฐมวัย อ.บรบือ จ.มหาสารคาม ไม่มีความแตกต่างกัน

2. พฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนเมื่อเปรียบเทียบกับรายได้ต่อเดือน มี 2 คู่ คือ รายได้ $\leq 5,000$ บาท กับรายได้ระหว่าง 10,001-15,000 บาท และรายได้ระหว่าง 5,001-10,000 บาท กับรายได้ระหว่าง 10,001-15,000 บาท หมายความว่า พฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนเมื่อเปรียบเทียบกับระดับการศึกษา มี 2 คู่คือ มัธยมศึกษาตอนต้นกับอนุปริญญา/ปวส. และมัธยมศึกษาตอนต้นกับตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป หมายความว่า ผู้ปกครองที่มีรายได้ $\leq 5,000$ บาท และรายได้ 5,001-10,000 บาท มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเหมาะสมกว่าผู้ที่มีรายได้ 10,001-15,000 บาท อาจจะเป็นเพราะว่า รายได้เป็นปัจจัยทางเศรษฐกิจ ซึ่งผู้ที่มีรายได้น้อยจะกังวลในเรื่องของค่ารักษาพยาบาลหากเด็กป่วยและต้องพบแพทย์ เด็กไม่สามารถที่จะไปศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้ ทำให้ผู้ปกครองขาดรายได้ เนื่องจากต้องหยุดทำงาน สอดคล้องกับวรรณธมยา²⁰ ที่พบว่า รายได้ต่อเดือนของผู้ปกครองจะมีผลต่อโรคฟันผุและไม่ผุของเด็กแต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรี เรื่องงาม²¹ ที่พบว่า รายได้ของผู้ปกครองของเด็กศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อ. ชาญวรลักษบุรี จ.กำแพงเพชร ไม่มีความแตกต่างกัน เช่นเดียวกับบรรพิตพรณ เพชรรัตน์²² ที่พบว่า รายได้ของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านจอมบึง อำเภोजอมบึง จังหวัดราชบุรี ที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลช่องปากเพื่อป้องกันโรคฟันผุที่ไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. จากการวิจัยพบว่า ผู้ปกครองจะมีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง แต่ในภาพรวมยังอยู่ในระดับปานกลาง โดยความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับฟันยังอยู่ในระดับต่ำ แสดงให้เห็นว่า ผู้ปกครองยังขาดความรู้เกี่ยวกับฟันที่ไม่ครอบคลุม ดังนั้นผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับทันตสุขภาพของศูนย์เด็กเล็กจะต้องวางแผนที่จะให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับฟันโดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับโรคฟัน

ผุ ซึ่งเป็นความรู้พื้นฐานที่ผู้ปกครองต้องทราบเพื่อนำไปสู่การดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

2. จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากดีกว่ากลุ่มที่มีความรู้สูง จึงไม่สามารถสรุปได้ว่าระดับความรู้ส่งผลต่อพฤติกรรม แต่การมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับฟันและการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง จะเป็นข้อมูลพื้นฐานส่งผลให้ผู้ปกครองมีพฤติกรรมการดูแลช่องปากที่เหมาะสมมากกว่า เช่น การเปลี่ยนแปรงสีฟันเมื่อมีลักษณะฟุ กระจาย บาน การเลือกซื้อยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ และการฝึกให้เด็กแปรงฟันที่ถูกต้องวิธี เป็นต้น

3. รายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญทางเศรษฐกิจ แต่ไม่ได้หมายความว่าผู้ปกครองที่มีฐานะทางเศรษฐกิจจะมีพฤติกรรมที่ดีกว่า แต่ความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปากจะสำคัญกว่าที่ โดยอาจจะหมั่นสำรวจฟัน หรือฝึกให้เด็กแปรงฟันที่ถูกต้องก่อนนอน ซึ่งเป็นเวลาที่สะดวกและสามารถอยู่ใกล้ชิดกับบุตรหลาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครอง ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ หรือการศึกษาที่น้อยกว่า จะมีพฤติกรรมที่เหมาะสมกว่าผู้ที่มีรายได้สูง หรือมีระดับการศึกษาสูง ฉะนั้นผู้ที่รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขควรจัดกิจกรรมรณรงค์ในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ร่วมกันระหว่างผู้ปกครอง เด็กก่อนวัยเรียน และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อร่วมกันสร้างความตระหนัก และสามารถดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข. หลักสูตรอบรม อสม.
เชี่ยวชาญ สาขาทันตสุขภาพ.
กรุงเทพมหานคร: บริษัทสามเจริญพาณิชย์
(กรุงเทพ) จำกัด; 2562.
2. กองทันตกรรม กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการ
จัดกิจกรรม EAP การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ
จัดทำแผนพัฒนาเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟัน
ดี. [อินเทอร์เน็ต]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 23
ธันวาคม 2563] เข้าถึงจาก
<http://hpe4.anamai.moph.go.th/hpe/data/dent/EAP>.
3. พลลภา คุณาวิวัฒน์ และวันวิสาข์ แยมเสนาะ.
การดูแลทันตสุขภาพบุตรของมารดาที่ส่งผลต่อ
ภาวะทันตสุขภาพของบุตรกรณีศึกษา ตำบล
วังลึก อำเภอสามชูก จังหวัดสุพรรณบุรี.
[วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏ
นครปฐม; 2550
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการ
ดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก 0-5 ปี.
กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและ
พัสดุภัณฑ์; 2560.
5. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ผลการ
สำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่
8 พ.ศ. 2560. กรุงเทพมหานคร: บริษัทสาม
เจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด; 2561.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา.
รายงานประจำปี 2562. นครราชสีมา;
2562
7. โรงพยาบาลพระพรหม. รายงานประจำปี
2562. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
นครราชสีมา. นครราชสีมา; 2562.
8. ธนากร โตกิ่งแก้ว และรุจิรา ดวงสงค์. ปัจจัยที่
มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ปกครองใน
การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวันเรียนใน
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดนครราชสีมา.
วารสารทันตภิบาล. 2559;27:51-62.
9. Krejcie, R. V. & Morgan, D. W.
Determining Sample Size for Research
Activities. Educational and
Psychological Measurement, 30(3), pp.
607-610. 1970
10. Bloom, Benjamin S., et al. Hand book
on Formative and Summative
Evaluation of Student Learning. New
York: Mc Graw-Hill Book Company;
1971.
11. Best, J.W. Research in Education.
(3rded). Englewood Cliffs: Prentice-Hall;
1977.
12. ปาริฉัตร ถาวรวงษ์. พฤติกรรมการดูแลช่อง
ปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์
พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอพระพรหม จังหวัด
นครราชสีมา. วารสารศาสตร์สุขภาพและ
การศึกษา. 2564;2:69-82.
13. อาอีเสาะ เพ็งมุขอ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการ
ปฏิบัติของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลทันต
สุขภาพของเด็กวัยก่อนเรียนในอำเภอหนองจิก
จังหวัดปัตตานี. [วิทยานิพนธ์]. สงขลา:
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2560.
14. อุฬาริกา โยสิทธิ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพฟันเพื่อป้องกันโรค
ฟันผุของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ใน
อำเภอกะปง จังหวัดพังงา. [ปริญา]. ตรัง:
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง.
2558
15. สุนิภา ชินวุฒิ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการ
ดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัย
เรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. [รายงานวิจัย].
ชลบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี.
2559.

16. ณัฐพงศ์ คงใหม่, อุบลทิพย์ ไชยแสง, สลิล กากำแหง และนิติ ไชยแสง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองตำบลชะมวง อำเภอนวนชน จังหวัดพัทลุง. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2559;2:26-42.
17. เกตุดี เจือจันทร์, อธิยา สิ้นไชย, อรรณน นามมนตรี, โอนา ศิลาสัย และหทัย สุขเจริญโกศล. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กของผู้ปกครองและสภาวะฟันผุของเด็กก่อนวัยอำเภอแก่งคอย จ.สระบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. 2559;1:5-17.
18. สกาวรัตน์ วงศ์จันทร์ทิพย์. ความรู้และการปฏิบัติของผู้ปกครองเกี่ยวกับการเกิดโรคฟันผุของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย. 2558;17:103-109.
19. สุทธิศรีมี พรหมพราว, สุภาภรณ์ ฉัตรชัยวิวัฒนา, อาริยา รัตนทองคำ และมุขดา ศิริเทพทวี. ปัจจัยบ่งชี้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย อ.บรบือ จ.มหาสารคาม. วารสารสมาคมประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2561;2:7-25.
20. วรพรรณ ฅมยา. ระดับความรู้ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน และพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพสำหรับเด็กของผู้ปกครองที่มีเด็กเล็กฟันไม่ผุและฟันผุ เขตเทศบาลหนองแค จังหวัดสระบุรี. วิทยาสารทันตสาธารณสุข. 2559;21:28-36.
21. พัชรี เรืองงาม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคฟันผุเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอขามเฒ่า ลักษบุรี อำเภอขามเฒ่าลักษบุรี จังหวัดกำแพงเพชร. วิทยาสารทันตสาธารณสุข. 2556;18:9-22.
22. รพีพรรณ เพชรรัตน์. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคฟันผุของเด็กวัย 3-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศิลปากร. 2556.

Received: 10 Nov 2021, Revised: 24 Dec 2021

Accepted: 28 Dec 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

การประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคในเด็กวัยเรียน
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานีสิริรัตน์ วีระเดช^{1,*} ละองดาว วงศ์อำมาตย์¹

บทคัดย่อ

การประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคในเด็กวัยเรียน ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง โดยมีประชากรที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 1,365 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และป้องกันโรค ในโรงเรียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า ด้านความรู้สุขภาพช่องปาก พบว่า มีความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานเฉลี่ย 20.45 คะแนน ด้านการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียน ใน 5 ด้าน คิดเป็นร้อยละ 100 ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก พบว่า ส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในเขตเมืองและเขต อบต. ใช้ประปาภูมิภาค ร้อยละ 61.1 ร้านค้าในโรงเรียนเป็นสหกรณ์โรงเรียน ร้อยละ 72.2 มีแผนการเรียนการสอนโดยสอดแทรกความรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ 100.0 จุดบริการน้ำดื่ม ส่วนมากมีตู้กดน้ำเย็น ร้อยละ 66.7 มีจุดบริการน้ำดื่มมีเพียงพอต่อจำนวนนักเรียน ร้อยละ 72.2 มีการตรวจวัดคุณภาพน้ำดื่มทางกายภาพ ร้อยละ 55.6 มีอ่างล้างฟันหรือบริเวณแปรงฟันที่ถูกสุขลักษณะ ร้อยละ 100.0 น้ำที่ใช้ในการแปรงฟันสะอาด ร้อยละ 94.4 มีการจำหน่ายน้ำอัดลม ร้อยละ 16.7 เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเกินร้อยละ 5.0 (วัดจากเครื่องตรวจน้ำตาล) ร้อยละ 16.7 และลูกอม ร้อยละ 5.6 ส่วนใหญ่จำหน่ายเวลากลางวัน ร้อยละ 50.0 มีการจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกชั้น ร้อยละ 72.2 มีกิจกรรมย้อมสีฟันเพียง ร้อยละ 27.8 โดยมีแกนนำ/ครูตรวจความสะอาดหลังการแปรงฟัน ร้อยละ 83.3 ส่วนมากเป็นครูประจำชั้น ร้อยละ 53.3 และนักเรียนแกนนำ ร้อยละ 46.7 จากผลการศึกษาในครั้งนี้ สามารถนำไปเป็นแนวทางในการดำเนินงาน เพื่อนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคในเด็กวัยเรียน ประกอบการวางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาด้านทันตสุขภาพในเด็กกลุ่มวัยเรียน

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก การป้องกันโรค เด็กวัยเรียน

¹ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

* Corresponding author: aor16weeradet@gmail.com

*Original Article***Evaluation of Oral Health Promotion and Disease Prevention Programs in School-Aged Children Health Center 10 Ubon Ratchathani**Sirirat Weeradet^{1,*}, Laongdao Wongammat¹**Abstract**

The evaluation of oral health promotion and disease prevention programs in school-aged children Health Center 10 Ubon Ratchathani. was a cross-sectional study. Sample 1,365 people. Data were collected using an oral health promotion program evaluation questionnaire and prevent disease in schools. The data were analyzed using descriptive statistics. The results, showed that in terms of oral health literacy, it was found that they had average knowledge of basic health care at 20.45% points. The implementation of activities to promote oral health among school-age children in 5 aspects accounted for 100 percent. Regarding the environmental management in schools for oral health promotion, it was found that most were located in the urban area and the sub-district administrative district, using the regional water supply system, 61.1%, shop stores in the schools were school cooperatives, and 72.2% had instructional plans by intervening. Health knowledge 100.0% drinking water service points most had cold water dispensers, 66.7% had drinking water service points that were sufficient for the number of students, 72.2 percent had physical drinking water quality measurements, 55.6%. Having a hygienic brushing basin or area for brushing teeth: 100.0%, water used to brush their teeth clean, 94.4% have a soft drink memory unit, 16.7%, sugar-containing beverages over 5.0% (measured by a sugar testing machine). 16.7% of each, and 5.6% of candy, mostly sold during the day, 50.0%. There were tooth brushing activities after lunch in every class, 72.2% had tooth staining activities, only 27.8%, with the leaders/teacher checking the cleanliness after brushing. Teeth 83.3%, most were homeroom teachers 53.3% and lead students 46.7%. In summary, the study can be used as a guideline for operations to be used as basic information for oral health promotion and disease prevention in school-aged children Assembling a plan for solving dental health problems in school-aged children

Keywords: oral health promotion and disease prevention program, school-aged children

¹ Reginal of Health Promotion Center 10 Ubon Ratcha Thani

* Corresponding author: aor16weeradet@gmail.com

บทนำ

สุขภาพช่องปากมีความสำคัญต่อสุขภาพร่างกาย สุขภาพช่องปากนั้นถือเป็นต้นทางของการมีสุขภาพที่ดี หรือปากเป็นประตูแห่งสุขภาพที่มีความสำคัญ หน้าที่ของฟันคือเพื่อช่วยในการออกเสียงและส่งเสริมใบหน้าที่สวยงาม นอกจากนี้ร่างกายสามารถได้รับสารอาหารที่เป็นประโยชน์ ถ้าเรามีเหงือกและฟันแข็งแรงเคี้ยวอาหารได้ดี รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ได้ครบถ้วน ก็ย่อมจะทำให้สุขภาพร่างกายของเราแข็งแรงด้วย¹ แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะเร่งดำเนินการให้ความรู้และรณรงค์ให้ประชาชนเอาใจใส่ดูแลตนเองมาโดยตลอด แต่ก็ยังพบว่าประชาชนยังเป็นโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบอยู่ทั้งในกลุ่มเด็กและกลุ่มผู้ใหญ่ เด็กกลุ่มอายุ 6-12 ปี เป็นช่วงอายุที่มีการเจริญเติบโตและมีการพัฒนาด้านต่างๆ อัตราการเกิดโรคฟันผุในกลุ่มนี้ยังมีอยู่อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 12 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มอายุที่สำคัญทางระบาดวิทยาเนื่องจากเป็นกลุ่มอายุที่มีฟันถาวรขึ้นครบ 28 ซี่ ตลอดจนมีการเจริญของขากรรไกรเต็มที่ อัตราการเกิดโรคฟันผุในวัยนี้จึงใช้เพื่อเป็นการทำนายแนวโน้มในการเกิดโรคในวัยผู้ใหญ่และยังใช้เป็นตัวแทนในการเปรียบเทียบความรุนแรงของการเกิดโรคฟันผุของประเทศต่าง ๆ²

จากผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 8 ของประเทศไทย ในปี 2560 พบว่า เด็กวัยเรียนอายุ 12 ปี ร้อยละ 58.7 เรียนในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ด้านสถานะสุขภาพช่องปากพบว่า ความชุกของโรคฟันผุในเด็กอายุ 12 ปี คือร้อยละ 52.0 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุถอน อุด 1.4 ซี่ต่อคน ซึ่งใกล้เคียงกับผลจากการสำรวจครั้งที่ 7 ที่มีความชุกของโรคฟันผุ ร้อยละ 52.3 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 1.3 ซี่ต่อคนตามลำดับ สถานะการเกิดโรคฟันผุค่อนข้างคงที่และพบว่าในการสำรวจครั้งนี้เด็กอายุ 12 ปี มีสถานะเหงือกอักเสบสูงกว่าการสำรวจในครั้งที่ 7

พ.ศ. 2555 จากร้อยละ 50.3 เป็นร้อยละ 66.3 ด้านพฤติกรรมสุขภาพช่องปากและการรับบริการสุขภาพช่องปากของนักเรียน ปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อสถานะเหงือกอักเสบคือ พฤติกรรมการแปรงฟันซึ่งพบว่าร้อยละของการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันของเด็กอายุ 12 ปี ลดลงจากร้อยละ 53.9 เป็นร้อยละ 44.7 เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพระดับประเทศ ครั้งที่ 7 ส่วนประเด็นพฤติกรรมบริโภคที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กกลุ่มนี้ คือ พฤติกรรมการดื่มน้ำอัดลมและน้ำหวาน การกินลูกอม และการกินขนมกรุบกรอบ พบว่า เด็กดื่มน้ำอัดลมและกินขนมกรุบกรอบทุกวันเพิ่มขึ้นจากการสำรวจครั้งที่ผ่านมาโดยดื่มน้ำอัดลมทุกวันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.6 เป็นร้อยละ 13.4 และกินขนมกรุบกรอบทุกวันลดลงจากร้อยละ 38.8 เป็นร้อยละ 32.6 การรับรู้และการรับบริการด้านสุขภาพ เด็กอายุ 12 ปี เคยปวดฟันร้อยละ 36.7 เคยหยุดเรียนเพราะไปทำฟันร้อยละ 12.2 เคยได้รับการตรวจฟันร้อยละ 84.7 เคยได้รับการรักษาฟันและเหงือกร้อยละ 50.8 สถานบริการภาครัฐยังคงเป็นสถานบริการหลักในการไปรับบริการในเด็กอายุ 12 ปี³ ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจข้อมูลสถานะสุขภาพช่องปาก ศูนย์อนามัยที่ 10 พบว่า นักเรียนกินขนมกรุบกรอบ ร้อยละ 90.8 รองลงมาดื่มน้ำอัดลม ร้อยละ 86.6 ซึ่งเป็นพฤติกรรมบริโภคของนักเรียนที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ

จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่าปัญหาสุขภาพช่องปากยังเป็นปัญหาที่สำคัญในเด็กวัยเรียน และเด็กวัยเรียนยังมีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งเด็กวัยเรียนเป็นช่วงระยะเวลาที่สำคัญในการปลูกฝังความเป็นคนดี มีวินัย และมีความรู้ความสามารถด้านสุขภาพจึงเป็นปัจจัยพื้นฐานในการพัฒนาเด็ก แนวทางการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามกฎหมายบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ครอบคลุมมิติด้านการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพดี การ

เสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพดำเนินการภายใต้แนวคิด Global School Health Initiative ขององค์การอนามัยโลก⁴ ซึ่งการทำงานด้านทันตสาธารณสุขในกลุ่มวัยเรียน ควรเน้นการส่งเสริมการแปรงฟันคุณภาพ โดยเฉพาะเน้นประสิทธิภาพของกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน และส่งเสริมการจัดการสิ่งแวดล้อมในการเอื้อให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมบริโภคที่ดีทั้งในโรงเรียนและชุมชน⁵ จากการศึกษาพบว่า กระบวนการสุศึกษาที่มีประสิทธิภาพและการส่งเสริมสุขภาพโดยมีนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม จะช่วยยกระดับความรู้ด้านสุขภาพและสามารถเป็นผลลัพธ์ในการส่งเสริมสุขภาพได้⁶ มีการศึกษาที่ประเทศญี่ปุ่นพบว่าเด็กที่มีความรู้ด้านสุขภาพช่องปากดีจะสามารถแปรงฟันได้สะอาดด้วย⁷ จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่า โรงเรียนที่มีการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้เด็กมีสุขภาพช่องปากที่ดี⁸⁻¹¹

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาผลการประเมินผลกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคในเด็กวัยเรียน ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี เพื่อนำข้อมูลการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคในเด็กวัยเรียนมาประกอบการวางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาด้านทันตสุขภาพในเด็กกลุ่มวัยเรียนของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน ของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กวัยเรียน ของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

3. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพช่องปากในเด็กวัยเรียน ของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

4. เพื่อศึกษาความรู้ด้านทันตสุขภาพในเด็กวัยเรียน ของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) โดยศึกษาข้อมูลโรงเรียนและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพนักเรียน การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพช่องปากและความรู้ด้านทันตสุขภาพ ในเด็กวัยเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ในเขตรับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี 5 จังหวัด คือ จังอุบลราชธานี จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดอำนาจเจริญ จังหวัดยโสธร และจังหวัดมุกดาหาร จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด 1,362 คน ทำการศึกษา ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม พ.ศ. 2564

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ในเขตรับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี จำนวน 1,362 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่างและการสุ่ม

การคำนวณขนาดตัวอย่าง คำนวณโดยสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ตามรายงานโครงการ การประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และป้องกันโรคในโรงเรียน ปี 2563 โดยใช้สูตรที่ทราบขนาดประชากร

$$n = \frac{Z^2 \alpha/2 P(1-P)^*}{d^2}$$

การแทนค่าสูตร กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ($\alpha = 0.05$) ค่าความคลาดเคลื่อน (relative d) = 0.045

$P =$ โรคฟันผุ 0.52 ตามการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ค่า design effect (deff) = 2

แล้วมีการปรับขนาดตัวอย่างตามเกณฑ์และจัดสรรตามเขตสุขภาพทั้ง 12 เขต โดยเขตสุขภาพที่ 10 ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี ยโสธร ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ และมุกดาหาร เป็นพื้นที่ในการเก็บข้อมูล จำนวน 1,362 ตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การเก็บข้อมูลการประเมินผลกิจกรรมบูรณาการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคในเด็กวัยเรียน เก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามการประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และป้องกันโรคในโรงเรียน ของกลุ่มพัฒนาทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยและวัยเรียน (กลุ่มพัฒนาทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยและวัยเรียน สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2563)⁵ แบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามครูผู้ดูแลเครือข่ายเด็กไทยฟันดี/ครูที่ดูแลกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียน โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้น จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียน ใน 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านที่ 1 การกำหนดนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการส่งเสริมทันตสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ ด้านที่ 2 การจัดกิจกรรมเรียนรู้เรื่องสุขภาพช่องปากเพื่อพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กวัยเรียน จำนวน 7 ข้อ ด้านที่ 3 การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดี จำนวน 9 ข้อ ด้านที่ 4 การจัดให้มีระบบเฝ้าระวังสภาวะสุขภาพช่องปากของนักเรียนและการส่งต่อเพื่อรับบริการที่เหมาะสม จำนวน 8 ข้อ ด้านที่ 5 การส่งเสริมการมีส่วนร่วม

ของผู้ปกครองและชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กวัยเรียน จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสังเกตสิ่งแวดล้อม มีทั้งหมด 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 2 สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพช่องปากที่ดี จำนวน 9 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพช่องปากนักเรียน มีจำนวน 12 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามความรู้ด้านทันตสุขภาพสำหรับเด็กประถมศึกษาตอนปลาย ทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 อวัยวะในช่องปาก และระบบบดเคี้ยวและทางเดินอาหาร (7 คะแนน)

ส่วนที่ 2 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคฟันผุ (6 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลช่องปาก (7 คะแนน)

ส่วนที่ 4 อาหารที่เสี่ยงต่อฟันผุ (6 คะแนน)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของ โรงเรียนที่มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียน การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดีในโรงเรียน ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมที่พึงประสงค์ และสภาวะสุขภาพช่องปากในเด็กวัยเรียน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ด้านการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคในโรงเรียน การสนับสนุนและกำกับติดตามจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์

ผลการวิจัย

1. สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน ของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

โรงเรียนที่ลงเก็บข้อมูลในพื้นที่ 5 จังหวัด โดยวิธี Quota Sampling ได้แก่ จังหวัด อุบลราชธานี 6 โรงเรียน อยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง จำนวน 3 โรงเรียน อำเภอพิบูลมังสาหาร 3 โรงเรียน จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 6 โรงเรียน อยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง 3 โรงเรียน และในอำเภอกันทรารมย์ 3 โรงเรียน จังหวัดอำนาจเจริญ 2 โรงเรียน อยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง 1 โรงเรียน และในอำเภอพนา 1 โรงเรียน จังหวัดยโสธร อยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง 1 โรงเรียน และในอำเภอมหาชนะชัย 1 โรงเรียน และจังหวัดมุกดาหาร อยู่ใน

พื้นที่อำเภอเมือง 1 โรงเรียน และในอำเภอ 1 โรงเรียน

ส่วนที่ 1.1 ข้อมูลพื้นฐานของโรงเรียน บริบทของโรงเรียน ส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในเขตเมือง และเขต อบต. ร้อยละ 33.3 ส่วนใหญ่ใช้น้ำประปาภูมิภาค ร้อยละ 61.1 ร้านค้าในโรงเรียน ร้อยละ 72.2 เป็นสหกรณ์โรงเรียน แหล่งงบประมาณสนับสนุนจาก สพฐ. เงินอุดหนุนรายหัวนักเรียน สพฐ. อบต. และเทศบาล, อบต. ร้อยละ 27.8, 22.2 และ 16.5 ตามลำดับ ระบบการจัดการอาหารกลางวันในโรงเรียนมีโครงการอาหารกลางวัน (Thai School Lunch) และจ้างแม่ครัวมาปรุงอาหารให้นักเรียน ร้อย 33.3, 22.2 และ 16.7 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ประเภทที่ตั้ง ขนาดพื้นที่ แหล่งน้ำ ร้านค้าในโรงเรียน แหล่งงบประมาณสนับสนุน และระบบการจัดการอาหารกลางวันในโรงเรียน

บริบทของโรงเรียน (n=18 แห่ง)	จำนวน	ร้อยละ
ที่ตั้งเขต อบต.	6	33.3
แหล่งน้ำ		
ประปาส่วนภูมิภาค	11	61.1
บาดาล	3	16.7
ร้านค้าในโรงเรียน		
สหกรณ์โรงเรียน	13	72.2
แหล่งงบประมาณสนับสนุน		
สพฐ.	5	27.8
เงินอุดหนุนรายหัวนักเรียน	4	22.2
ระบบการจัดการอาหารกลางวันในโรงเรียน		
มีโครงการอาหารกลางวัน	6	33.3
Thai school lunch	4	22.2
จ้างแม่ครัวมาปรุงอาหารให้นักเรียน	3	16.7

ส่วนที่ 1.2 สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ผลการสำรวจสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและการจัดกิจกรรมในโรงเรียน พบว่า มีแผนการเรียนการสอน มีการสอดแทรกความรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ 100 โดยมีบอร์ดสื่อหรือการเรียนการสอน

ร้อยละ 100 ประเภทของจุดบริการน้ำดื่ม พบว่ามีตู้กดน้ำเย็น ร้อยละ 66.7 เฉลี่ย 3 จุด (SD = 3.411) ถังकुเลอร์ ร้อยละ 33.3 เฉลี่ย 2.83 จุด (SD = 3.996) ก๊อกน้ำ ร้อยละ 50.0 เฉลี่ย 4.59 จุด (SD = 7.168) และน้ำบรรจุขวด ร้อยละ

16.7 มีจุดบริการน้ำดื่มมีเพียงพอต่อจำนวนนักเรียน (1 จุด: 75 คน)เพียงพอ ร้อยละ 72.2 โรงเรียนมีการตรวจวัดคุณภาพน้ำดื่ม ร้อยละ 100 ตรวจทางกายภาพ ร้อยละ 55.6 จำนวน 1 ครั้ง/ปี ตรวจหาแบคทีเรีย (n= 4 แห่ง) ร้อยละ 22.2 จำนวน 1 ครั้ง/ปี สถานที่แปร่งฟัน มีอ่างแปร่งฟันหรือบริเวณแปร่งฟันที่ถูกสุขลักษณะ ร้อยละ 100 น้ำที่ใช้ในการแปร่งฟันสะอาด ร้อยละ 94.4 สถานที่แปร่งฟันมีการระบายน้ำทิ้ง ร้อยละ 100 ลงท่อระบายน้ำของโรงเรียน ร้อยละ 83.3 ลงตามแหล่งน้ำธรรมชาติ ร้อยละ 11.1 และแปร่งฟันหน้าเสาธงปล่อยน้ำลงสนามหญ้า ร้อยละ 5.6 การจำหน่ายขนม/เครื่องดื่ม ที่เสี่ยงต่อโรคฟันผุ พบว่าจำหน่ายน้ำอัดลม ร้อยละ 16.7 เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเกิน 5% (วัดจากเครื่องตรวจน้ำตาล) ร้อยละ 16.7 และลูกอม ร้อยละ 5.6 เวลาในการจำหน่ายขนม/เครื่องดื่ม ในโรงเรียนส่วนใหญ่จำหน่ายเวลาช่วงกลางวัน ร้อยละ 50.0 ช่วงเย็น ร้อยละ 11.1 และช่วงเช้า ร้อยละ 5.6 มีการจัดกิจกรรมแปร่งฟันหลังอาหารกลางวันทุกชั้น ร้อยละ 72.2 แขนงน้ำเป็นครูประจำชั้น ร้อยละ 53.3 นักเรียนแขนงน้ำ ร้อยละ 46.7 การจัดระบบแปร่งฟันในโรงเรียน มากที่สุด คือ มีแขนงน้ำ ร้อยละ 38.9 ต่างคนต่างแปร่งฟันตามอัธยาศัย ร้อยละ 33.3 ดังตารางที่ 2

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพช่องปากและการจัดกิจกรรมในโรงเรียน

ประเด็น ส่วนที่ 1.2 สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพช่องปาก	จำนวน	ร้อยละ
1.2.1 แผนการเรียนการสอน		
มีการสอดแทรกความรู้ด้านสุขภาพ	18	100.0
วิชาสุขศึกษาและพลศึกษา	5	28.8
วิทยาศาสตร์, ชั่วโมงโฮมรูม ตอนเช้าทุกวัน / หน้าเสาธง, แทรกทุกสาระ	2	11.1
มีบอร์ดสื่อหรือการเรียนการสอน	18	100.0
เรื่องการแปร่งฟัน	15	83.3
เรื่องอาหาร	14	77.8
ป้องกันการสูบบุหรี่	2	11.1
สุขบัญญัติ 10 ประการ	1	5.6
1.2.2 น้ำดื่ม ประเภทของจุดบริการน้ำดื่ม		
มีตู้กดน้ำเย็น (SD=3.411)	12	66.7
ถังकुเลอ์ (SD= 3.996)	6	33.3
ก๊อกน้ำ (SD= 7.168)	9	50.0
น้ำบรรจุขวด	3	16.7
จุดบริการน้ำดื่มมีเพียงพอต่อจำนวนนักเรียน (1 จุด: 75 คน) มีเพียงพอ	13	72.2
โรงเรียนมีการตรวจวัดคุณภาพน้ำดื่ม	18	100.0
ตรวจทางกายภาพ	10	55.6
ตรวจหาแบคทีเรีย	4	22.2
1.2.3 สถานที่แปร่งฟัน		
มีอ่างแปร่งฟันหรือบริเวณแปร่งฟันที่ถูกสุขลักษณะ (SD=10.416)	18	100.0
น้ำที่ใช้ในการแปร่งฟันสะอาด	17	94.4
สถานที่แปร่งฟันมีการระบายน้ำทิ้ง	18	100.0

ประเด็น ส่วนที่ 1.2 สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพช่องปาก	จำนวน	ร้อยละ
ลงท่อน้ำของโรงเรียน	15	83.3
ลงตามแหล่งน้ำธรรมชาติ	2	11.1
แปรงฟันหน้าเสาธงปล่อยน้ำลงสนามหญ้า	1	5.6
1.2.4 การจำหน่ายขนม/เครื่องดื่ม		
ประเภทขนม /เครื่องดื่มที่เสี่ยงต่อโรคฟันผุ		
น้ำอัดลม	3	33.3
เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเกิน 5% (วัดจากเครื่องตรวจน้ำตาล)	3	33.3
ลูกอม	1	5.6
เวลาในการจำหน่ายขนม / เครื่องดื่ม ในโรงเรียน		
ช่วงเช้า	1	5.6
ช่วงกลางวัน	9	50.0
ช่วงเย็น	2	11.1
1.2.5 การจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน		
โรงเรียนจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน มีทุกชั้น	13	72.2
นักเรียนมีแก้วน้ำ แปรงสีฟัน ยาสีฟัน มีบางคน	18	100.0
มีกิจกรรมย้อมสีฟัน	5	27.8
ครูประจำชั้น	8	53.3
นักเรียนแกนนำ	7	46.7
การจัดระบบแปรงฟันในโรงเรียน		
มีแกนนำ	7	38.9
ต่างคนต่างแปรงฟันตามอัธยาศัย	6	33.3

2. การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เด็กวัยเรียน

ด้านที่ 1 การกำหนดนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก พบว่า ประเด็นที่ได้คะแนนสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ มีนโยบายโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ร้อยละ 100 รองลงมา มีการกำหนดนโยบายโดยการมีส่วนร่วมของผู้บริหารคณะกรรมการสถานศึกษาตลอดจนผู้ปกครองและชุมชน โรงเรียนมีนโยบายส่งเสริมด้านอาหารและโภชนาการอื่น ๆ กรณีมีนโยบายดังกล่าวข้างต้น มีการนำนโยบายไปปฏิบัติ ร้อยละ 94.4 และโรงเรียนมีนโยบายห้ามขายขนมกรุบกรอบ ร้อยละ 88.9 ส่วนประเด็นที่ได้คะแนนต่ำสุด คือ มีปัญหาในการดำเนินนโยบาย ร้อยละ 64.7

ด้านที่ 2 การจัดกิจกรรมเรียนรู้เรื่องสุขภาพช่องปากเพื่อพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กวัยเรียน พบว่า ประเด็นที่ได้คะแนนสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ จัดกิจกรรมเรียนรู้ที่มุ่งพัฒนาความรู้ เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก และจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะการแปรงฟันที่ถูกวิธี ร้อยละ 100 รองลงมา จัดกิจกรรมเรียนรู้เรื่องสุขภาพช่องปากบูรณาการในหลักสูตร ร้อยละ 94.4 และจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะการเลือกขนม/อาหาร/เครื่องดื่มที่มีประโยชน์ ร้อยละ 88.9 ส่วนประเด็นที่ได้คะแนนต่ำสุด คือ จัดกิจกรรมการเรียนรู้ผ่านรูปแบบโครงการเพื่อฝึกกระบวนการคิด ร้อยละ 72.2

ด้านที่ 3 การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดี พบว่า ประเด็นที่ได้คะแนนสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ จัดให้นักเรียนได้รับประทานอาหารกลางวันที่ถูกหลักโภชนาการ ร้อยละ 100 รองลงมาจัดบริการน้ำดื่มสะอาดฟรีตลอดเวลา ร้อยละ 94.4 และจัดสถานที่เพื่อใช้ในการแปรงฟันให้เพียงพอและถูกสุขลักษณะ มีการจัดกิจกรรมให้เด็กตรวจฟันด้วยตนเอง ร้อยละ 88.9 ส่วนประเด็นที่ได้คะแนนต่ำสุด คือ มีกิจกรรมหรือโครงการในการควบคุมความถี่ในการรับประทานของเด็ก และควบคุมการจัด/จำหน่ายอาหารว่างที่มีผลเสียต่อสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 77.8

ด้านที่ 4 การจัดให้มีระบบเฝ้าระวังสถานะสุขภาพช่องปากของนักเรียนและการส่งต่อเพื่อรับบริการที่เหมาะสม พบว่า ประเด็นที่ได้คะแนนสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ จัดให้มีการตรวจสุขภาพช่องปากโดยครู นักเรียนหรือบุคลากรสาธารณสุข เทอมละ 1 ครั้ง, มีระบบการส่งต่อการรักษาในกลุ่มเด็กที่จำเป็นต้องได้รับบริการ ร้อยละ 100 รองลงมา มีบันทึกผลการตรวจฟันเด็กนักเรียน, มีโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปาก

ในเด็กนักเรียน, ส่งเสริมให้มีการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเองในเด็กนักเรียน ร้อยละ 94.4 และมีการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพช่องปากจากข้อมูลสุขภาพ ร้อยละ 88.9 ส่วนประเด็นที่ได้คะแนนต่ำสุด คือ เฝ้าระวังปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำบริโภคของเด็ก (พื้นที่ที่มีปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำสูง) ร้อยละ 55.6

ด้านที่ 5 การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กวัยเรียน พบว่า ประเด็นที่ได้คะแนนสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ มีการส่งเสริมการบริโภคผัก ผลไม้ อาหารที่มีประโยชน์ ร้อยละ 100.0 รองลงมา มีกิจกรรมสร้างความตระหนักให้แก่ผู้ปกครอง ครอบครัว ชุมชน เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก มีกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคของเด็กที่บ้านและชุมชน ร้อยละ 83.3 และมีการสร้างความตระหนักแก่ผู้ประกอบการร้านค้าเรื่องผลกระทบของขนม/เครื่องดื่ม ร้อยละ 72.2 ส่วนประเด็นที่ได้คะแนนต่ำสุด คือ พัฒนาความรู้แก่ผู้ประกอบการในการเลือกขนม/เครื่องดื่มมาขายในชุมชน ร้อยละ 55.6 ดังตารางที่ 4

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียน

ส่วนที่ 2.2 การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียน	จำนวน	ร้อยละ
ด้านที่ 1 การกำหนดนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก		
มีนโยบายโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม	18	100
มีการกำหนดนโยบายโดยการมีส่วนร่วมของผู้บริหารคณะกรรมการสถานศึกษา		
ตลอดจนผู้ปกครอง และชุมชน	17	94.4
โรงเรียนมีนโยบายส่งเสริมด้านอาหารและโภชนาการอื่น ๆ	17	94.4
กรณีมีนโยบายดังกล่าวข้างต้น มีการนำนโยบายไปปฏิบัติ	17	94.4
โรงเรียนมีนโยบายห้ามขายขนมกรุบกรอบ	16	88.9
มีนโยบายการจัดการอาหารว่างเพื่อสุขภาพ	15	83.3
มีการประชาสัมพันธ์นโยบายดังกล่าวข้างต้น	15	83.3
มีปัญหาในการดำเนินนโยบาย	11	64.7
ด้านที่ 2 การจัดกิจกรรมเรียนรู้เรื่องสุขภาพช่องปากเพื่อพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กวัยเรียน		
จัดกิจกรรมเรียนรู้ที่มุ่งพัฒนาความรู้ เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก	18	100

ส่วนที่ 2.2 การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียน	จำนวน	ร้อยละ
จัดกิจกรรมพัฒนาทักษะการแปรงฟันที่ถูกวิธี	18	100
จัดกิจกรรมเรียนรู้เรื่องสุขภาพช่องปากบูรณาการในหลักสูตร	17	94.4
จัดกิจกรรมพัฒนาทักษะการเลือกขนม/อาหาร/เครื่องดื่มที่มีประโยชน์	16	88.9
กิจกรรมรณรงค์เผยแพร่ความรู้เรื่องสุขภาพช่องปากในวันสำคัญต่างๆ	14	77.8
กิจกรรมพัฒนาแกนนำนักเรียนด้านสุขภาพช่องปาก	14	77.8
จัดกิจกรรมการเรียนรู้ผ่านรูปแบบโครงงานเพื่อฝึกกระบวนการคิด	13	72.2
ด้านที่ 3 การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดี		
จัดให้นักเรียนได้รับประทานอาหารกลางวันที่ถูกหลักโภชนาการ	18	100
จัดบริการน้ำดื่มสะอาดฟรีตลอดเวลา	17	94.4
จัดสถานที่เพื่อใช้ในการแปรงฟันให้เพียงพอ และถูกสุขลักษณะ	16	88.9
มีการจัดกิจกรรมให้เด็กตรวจฟันด้วยตนเอง	16	88.9
จัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ทุกวัน	15	83.3
จัดหาอุปกรณ์แปรงฟันที่เพียงพอ เหมาะสม และพร้อมใช้งาน	15	83.3
มีกิจกรรมตรวจสอบความสะอาดหลังแปรงฟันอย่างสม่ำเสมอ	15	83.3
มีกิจกรรมหรือโครงการในการควบคุมความถี่ในการรับประทานอาหารของเด็ก	14	77.8
ควบคุมการจัด/จำหน่ายอาหารว่างที่มีผลเสียต่อสุขภาพช่องปาก	14	77.8
ด้านที่ 4 การจัดให้มีระบบเฝ้าระวังสถานะสุขภาพช่องปากของนักเรียนและการ ส่งต่อเพื่อรับบริการที่เหมาะสม		
จัดให้มีการตรวจสุขภาพช่องปากโดยครู นักเรียนหรือบุคลากรสาธารณสุข เทอมละ 1 ครั้ง	18	100
มีระบบการส่งต่อการรักษาในกลุ่มเด็กที่จำเป็นต้องได้รับบริการ	18	100
มีบันทึกผลการตรวจฟันเด็กนักเรียน	17	94.4
มีโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปากในเด็กนักเรียน	17	94.4
ส่งเสริมให้มีการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเองในเด็กนักเรียน	17	94.4
มีการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพช่องปากจากข้อมูลสุขภาพ	16	88.9
เฝ้าระวังปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำบริโภคของเด็ก(พื้นที่ที่มีปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำสูง)	10	55.6
ด้านที่ 5 การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ ช่องปากในเด็กวัยเรียน		
มีการส่งเสริมการบริโภคผัก ผลไม้ อาหารที่มีประโยชน์	18	100
มีกิจกรรมสร้างความตระหนักแก่ผู้ปกครอง ครอบครัว ชุมชน เรื่องการดูแล สุขภาพช่องปาก	15	83.3
มีกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคของเด็กที่บ้านและชุมชน	15	83.3
มีการสร้างความตระหนักแก่ผู้ประกอบการร้านค้าเรื่องผลกระทบของขนม/ เครื่องดื่ม	13	72.2
ส่งเสริมร้านค้ามีส่วนร่วมในการป้องกันโรคฟันผุ	12	66.7
พัฒนาความรู้แก่ผู้ประกอบการในการเลือกขนม/เครื่องดื่มมาขายในชุมชน	10	55.6

ปัญหาในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กวัยเรียน/ปัญหาในการดำเนินงานเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี

พบว่า กิจกรรมขาดความสม่ำเสมอ และ ขาดความต่อเนื่องในส่วนของผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขในโรงเรียน

ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กวัยเรียน/เครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้แก่ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง มีการสนับสนุนงบประมาณในการจัดทำสื่อ อุปกรณ์ในการแปรงฟัน เช่น แปรงสีฟัน ยาสีฟัน แก้วน้ำ อ่างแปรงฟันและจุดแปรงฟันที่เพียงพอ มีหน่วยงานสาธารณสุขมาตรวจสุขภาพช่องปากและดูแลสุขภาพช่องปากให้นักเรียนอย่างสม่ำเสมอ

3. ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพช่องปากนักเรียน

ลักษณะทางประชากร นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 678 คน คิดเป็นร้อยละ

49.8 และประถมศึกษาชั้นปีที่ 6 จำนวน 684 คน คิดเป็นร้อยละ 50.2 พบว่า พฤติกรรมนักเรียนแปรงฟัน ส่วนใหญ่แปรงฟันตอนเช้าทุกวัน ร้อยละ 87.7 หลังอาหารกลางวัน มีการแปรงเป็นบางวัน ร้อยละ 49.2 และก่อนนอนแปรงทุกวัน ร้อยละ 60.2

นักเรียนมีวิธีตรวจความสะอาดของการแปรงฟัน มากที่สุดด้วยวิธีใช้ลิ้นดันฟันให้ทั่ว ถ้ารู้สึกสาก ไม่ลื่น แสดงว่าแปรงฟันไม่สะอาด ร้อยละ 66.9 ใช้หลอดดูดตัดเฉียงเขี้ยวที่บริเวณคอฟัน ถ้าไม่สะอาดจะมีคราบสีขาวติดที่ปลายหลอด ร้อยละ 26.1 ย้อมสีฟัน ถ้าฟันมีบริเวณที่ติดสีแสดงว่าแปรงฟันไม่สะอาด

พฤติกรรมการของนักเรียนในการดื่มน้ำอัดลม ดื่มน้ำผลไม้ กินลูกอม และกินขนมกรุบกรอบ พบว่า ส่วนใหญ่สัปดาห์ผ่านมามีกินขนมกรุบกรอบ ร้อยละ 90.8 รองลงมาดื่มน้ำอัดลม ร้อยละ 86. มีการดื่มน้ำผลไม้ น้ำหวาน นมปรุงแต่งรส นมเปรี้ยว ร้อยละ 82.9 ดังตารางที่ 5

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพช่องปากนักเรียน

ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพช่องปากนักเรียน	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะทางประชากร		
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5	678	49.8
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	684	50.2
พฤติกรรมนักเรียนแปรงฟัน		
แปรงฟันตอนเช้าทุกวัน	1361	87.7
หลังอาหารกลางวัน มีการแปรงเป็นบางวัน	670	49.2
ก่อนนอนแปรงทุกวัน	820	60.2
แปรงฟันก่อนนอนแล้วเข้านอนทันที	782	57.4
การแปรงฟันแต่ละครั้ง ส่วนใหญ่นักเรียนแปรงฟันนานประมาณ 1-2 นาที	552	40.5
หลังจากแปรงฟันแล้ว นักเรียนงดกินอาหารนาน (ไม่ทราบ/ไม่แน่นอน)	482	35.5
ใช้ยาสีฟันในการแปรงฟัน	1360	99.9
นักเรียนมีวิธีตรวจความสะอาดของการแปรงฟัน		
วิธีใช้ลิ้นดันฟันให้ทั่ว ถ้ารู้สึกสาก ไม่ลื่น แสดงว่าแปรงฟันไม่สะอาด	911	66.9
ใช้หลอดดูดตัดเฉียงเขี้ยวที่บริเวณคอฟัน ถ้าไม่สะอาดจะมีคราบสีขาวติดที่ปลายหลอด	355	26.1

ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพช่องปากนักเรียน	จำนวน	ร้อยละ
ย้อมสีฟัน ถ้าฟันมีบริเวณที่ติดสีแสดงว่าแปรงฟันไม่สะอาด	192	14.1
ไม่เคยตรวจความสะอาดของการแปรงฟัน	145	10.7
ตรวจฟัน/ได้ทำฟัน (ให้ระบุ สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	1,094	80.3
เคลือบฟลูออไรด์	555	40.8
เคลือบหลุมร่องฟัน	228	16.8
อุดฟัน	509	37.4
พฤติกรรมกรรมการของนักเรียนในการดื่มน้ำอัดลม ดื่มน้ำผลไม้ กินลูกอม และกินขนม		
ถุงกรอบกรอบ		
สัปดาห์ที่ผ่านมา กินขนมถุงกรอบกรอบ	1,237	90.8
สัปดาห์ที่ผ่านมา ดื่มน้ำอัดลม เช่น โค้ก เป๊ปซี่น้ำเขียว น้ำแดงสไปรท์	1,120	86.6
สัปดาห์ที่ผ่านมา ดื่มน้ำผลไม้ น้ำหวาน นมปรุงแต่งรส นมเปรี้ยว	1,129	82.9
สัปดาห์ที่ผ่านมา กินลูกอม	954	70.3

4. ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพสำหรับเด็ก
ประถมศึกษาตอนปลาย ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ สำหรับเด็กประถมศึกษาตอนปลาย พบว่า มีระดับความรอบรู้ ด้านทันตสุขภาพ สำหรับเด็กประถมศึกษาตอนปลาย ระดับปานกลาง เฉลี่ย 20.45 คะแนน (SD=4.189) มี

คะแนนต่ำสุด 1 คะแนน สูงสุด 26 คะแนน พบว่า ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพระดับดีมาก (22-26 คะแนน) ร้อยละ 62.7 รองลงมา ระดับปานกลาง (17-21 คะแนน) ร้อยละ 26.7 และ ระดับน้อย (1-16 คะแนน) ร้อยละ 10.6 ดังตารางที่ 6

ตาราง 6 ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพสำหรับเด็กประถมศึกษาตอนปลาย

ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพสำหรับเด็กประถมศึกษาตอนปลาย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดีมาก	22-26 คะแนน	62.77
ระดับปานกลาง	17.21 คะแนน	26.7
ระดับน้อย	1-16 คะแนน	10.6

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่า ด้านความรอบรู้สุขภาพช่องปาก พบว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (Basic or Functional Health Literacy) เฉลี่ย ร้อยละ 20.45 คะแนน จากคะแนนเต็ม 26 คะแนน ซึ่งต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากขั้นพื้นฐานที่เพียงพอต่อการส่งผลให้เกิดสุขภาพช่องปากที่ดี (คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 21 คะแนน คือ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากขั้นพื้นฐานที่

เพียงพอ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า เด็กวัยเรียนมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพช่องปากในด้านการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุน้อยที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย 3.7 คะแนน จากคะแนนเต็ม 6.0 คะแนน และจากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ด้านการแปรงฟัน และการบริโภคอาหาร พบว่า ด้านพฤติกรรมแปรงฟันส่วนใหญ่แปรงฟันตอนเช้าทุกวัน ร้อยละ 87.7 หลังอาหารกลางวัน มีการแปรงเป็นบางวัน ร้อยละ 49.2 และก่อนนอนแปรงทุกวัน ร้อยละ 60.2 การแปรงฟันแต่ละครั้ง ส่วนใหญ่นักเรียนแปรงฟัน

นานประมาณ 1-2 นาที ร้อยละ 40.5 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 99.9 ใช้ยาสีฟันในการแปรงฟัน นักเรียนมีวิธีตรวจความสะอาดของการแปรงฟันมากที่สุด ด้วยวิธีใช้ลิ้นดันฟันให้ทั่ว ถ้ารู้สึกสาก ไม่ลื่น แสดงว่าแปรงฟันไม่สะอาด ร้อยละ 66.9 นักเรียนได้รับการตรวจฟันหรือทำฟัน ร้อยละ 80.3 พบว่า บริการที่ใช้มากที่สุด คือ ได้รับเคลือบฟลูออไรด์ ร้อยละ 40.8 รองลงมาอุดฟัน ร้อยละ 37.4 ด้าน พฤติกรรมการบริโภคของนักเรียน พบว่า ส่วนใหญ่สัปดาห์ผ่านมากินขนมกรุบกรอบ ร้อยละ 90.8 รองลงมาดื่มน้ำอัดลม ร้อยละ 86.6 ดื่มน้ำผลไม้ น้ำหวาน นมปรุงแต่งรส นมเปรี้ยว ร้อยละ 82.9 และกินลูกอม ร้อยละ 70.3 ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า เด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ด้านการแปรงฟัน และการบริโภคอาหารยังน้อยอยู่มาก ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กลุ่มพัฒนาทันตสุขภาพ เด็กปฐมวัยและวัยเรียน สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2563⁵ เรื่องโครงการการประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคในโรงเรียน ผลการศึกษา พบว่า ด้าน ความรอบรู้สุขภาพช่องปากเมื่อดูความรอบรู้รายด้านพบว่า เด็กวัยเรียนมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพช่องปากในด้านการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุน้อยที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย 3.9 คะแนน จากคะแนนเต็ม 6.0 คะแนน และจากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพช่องปากเด็กนักเรียน ชั้น ป.5 และ ป.6 พบว่า ร้อยละเด็กวัยเรียนที่มี พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ด้านการแปรงฟัน และการบริโภคอาหารยังน้อยอยู่มาก โดยแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน ร้อยละ 23.7 ไม่กินขนมกรุบกรอบและไม่ดื่มน้ำอัดลมในสัปดาห์ที่ผ่านมา ร้อยละ 9.2 และ 13.4

การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียน ใน 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านที่ 1 การกำหนดนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการ

ส่งเสริมสุขภาพช่องปาก พบว่า ส่วนใหญ่มีนโยบายโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ร้อยละ 100 รองลงมา มีการกำหนดนโยบายโดยการมีส่วนร่วมของผู้บริหารคณะกรรมการสถานศึกษาตลอดจน ผู้ปกครองและชุมชน โรงเรียนมีนโยบายส่งเสริมด้านอาหารและโภชนาการอื่น ๆ กรณีมีนโยบายดังกล่าวข้างต้น มีการนำนโยบายไปปฏิบัติ ร้อยละ 94.4 ด้านที่ 2 การจัดกิจกรรมเรียนรู้เรื่องสุขภาพช่องปากเพื่อพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กวัยเรียน พบว่า ส่วนใหญ่ มีการจัดกิจกรรมเรียนรู้ที่มุ่งพัฒนาความรู้ เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก และจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะการแปรงฟันที่ถูกต้อง ร้อยละ 100 รองลงมา จัดกิจกรรมเรียนรู้เรื่องสุขภาพช่องปากบูรณาการในหลักสูตร ร้อยละ 94.4 ด้านที่ 3 การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดี พบว่า ส่วนใหญ่จัดให้นักเรียนได้รับประทานอาหารกลางวันที่ถูกหลักโภชนาการ ร้อยละ 100 รองลงมาจัดบริการน้ำดื่มสะอาดฟรีตลอดเวลา ร้อยละ 94.4 ด้านที่ 4 การจัดให้มีระบบเฝ้าระวังสภาวะสุขภาพช่องปากของนักเรียนและการส่งต่อเพื่อรับบริการที่เหมาะสม พบว่า ส่วนใหญ่จัดให้มีการตรวจสุขภาพช่องปากโดยครู นักเรียนหรือบุคลากรสาธารณสุข เทอมละ 1 ครั้ง, มีระบบการส่งต่อการรักษาในกลุ่มเด็กที่จำเป็นต้องได้รับบริการ ร้อยละ 100 และด้านที่ 5 การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กวัยเรียน พบว่า ส่วนใหญ่มีการส่งเสริมการบริโภคผลไม้ อาหารที่มีประโยชน์ ร้อยละ 100 รองลงมา มีกิจกรรมสร้างความตระหนักให้แก่ผู้ปกครอง ครอบครัว ชุมชน เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก, มีกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคของเด็กที่บ้าน และชุมชน ร้อยละ 83.3

จากการสังเกตการจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก พบว่า ส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในเขตเมืองและเขต อบต. ใช้ประปาภูมิภาค ร้อยละ 61.1 ร้านค้าในโรงเรียน

เป็นสหกรณ์โรงเรียน ร้อยละ 72.2 มีแผนการเรียนการสอนโดยสอดแทรกความรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ 100.0 จุดบริการน้ำดื่ม ส่วนมากมีตู้กดน้ำเย็น ร้อยละ 66.7 มีจุดบริการน้ำดื่มมีเพียงพอต่อจำนวนนักเรียน (1 จุดต่อนักเรียน 75 คน) ร้อยละ 72.2 มีการตรวจวัดคุณภาพน้ำดื่มทางกายภาพ ร้อยละ 55.6 ตรวจหาแบคทีเรีย ร้อยละ 22.2 มีอ่างล้างมือหรือบริเวณล้างมือที่ถูกสุขลักษณะ ร้อยละ 100.0 น้ำที่ใช้ในการล้างมือสะอาด ร้อยละ 94.4 มีการจำหน่ายน้ำอัดลม ร้อยละ 16.7 เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเกินร้อยละ 5.0 (วัดจากเครื่องตรวจน้ำตาล) ร้อยละ 16.7 และลูกอม ร้อยละ 5.6 ส่วนใหญ่จำหน่ายเวลากลางวัน ร้อยละ 50.0 มีการจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกชั้น ร้อยละ 72.2 มีกิจกรรมย้อมสีฟันเพียง ร้อยละ 27.8 โดยมีแกนนำ/ครูตรวจความสะอาดหลังการแปรงฟัน ร้อยละ 83.3 ส่วนมากเป็นครูประจำชั้น ร้อยละ 53.3 และนักเรียนแกนนำ ร้อยละ 46.7 สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลลิสรี พรหมมูล¹² พบว่านักเรียนรับประทานขนมลูกอมและลูกอมทุกวันร้อยละ 75.6 และ 61.3 นักเรียนส่วนใหญ่รับประทานน้ำอัดลมเป็นประจำทุกวัน และจากการศึกษาของสียาภา พันธ์แก้ว วัชรสินธุ์ เยาวภา ตีอัสสุวรรณ และสุรเดช ประดิษฐ์บาททุกา¹³ พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารส่งผลต่อสุขภาพช่องปาก โดยพบว่านักเรียนส่วนใหญ่มิชอบหวานและลูกอมหลังจากแปรงฟันแล้วร้อยละ 70.9 สอดคล้องกับงานวิจัยของ บังอร กล้าสุวรรณ และปิยะนุช เอกก้านตรง¹⁴ ซึ่งพบว่านักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 และ 6 ในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพกินขนมกรุบกรอบ ลูกอม และช็อคโกแลตเหนียวติดฟันเป็นประจำทุกวัน และงานวิจัยของอรพินท์ ภาควงูมิ และกันยารัตน์ สมบัติธีระ¹⁵ ซึ่งพบว่าเด็กวัยเรียนใน 8 จังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กินขนมกรุบกรอบ ลูกอมและช็อคโกแลตเหนียวติดฟันเป็นประจำทุกวัน

ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัยเพื่อนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. โรงเรียนยังมีการจำหน่ายขนมและเครื่องดื่มที่เสี่ยงต่อโรคฟันผุ ถึงแม้จะมีการกำหนดเป็นนโยบาย ควรมีการกำหนดเป็นมาตรการทางสังคม หรือการทำประชาคมเรื่องการดูแลช่องปากในเด็กของชุมชน

2. ส่วนใหญ่มีการจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกชั้น และมีอุปกรณ์สนับสนุนเพียงพอ แต่โรงเรียนยังไม่เห็นความสำคัญของการตรวจความสะอาดหลังแปรงฟันของนักเรียน ซึ่งกิจกรรมนี้ ถือเป็นสิ่งสำคัญหากนักเรียนแปรงฟันสะอาดก็จะลดปัญหาทางสุขภาพทางช่องปากได้

3. ด้านพฤติกรรมสุขภาพช่องปากนักเรียนและความรอบรู้ด้านทันตกรรม จะเห็นได้ว่านักเรียนมีระดับความรู้ส่วนใหญ่อยู่ระดับดีมาก แต่ยังมีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่ยังไม่ดี ซึ่งแสดงถึงนักเรียนมีความรอบรู้แต่ไม่มีความตระหนักที่ดีในการนำไปปฏิบัติ ควรมีส่งเสริมความรู้แก่ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็กอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เด็กเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปาก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ขยายขอบเขตการดำเนินงานสู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 – 6 และขยายสู่โรงเรียนอื่นภายใต้บริบทของพื้นที่ที่แตกต่างกัน

2. มีภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการสำรวจและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน

3. มีการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพของนักเรียนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ พรหมสัจยพต ที่กรุณาให้ความรู้และคำแนะนำในการทำวิจัยโดย

ตลอด ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสำนักทันตสาธารณสุข ทันตแพทย์ และเจ้าหน้าที่สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ที่ให้แนวทางในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี เจ้าหน้าที่กลุ่มทันตสาธารณสุข ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี รวมทั้งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุข ทั้ง 5 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 10 ที่สนับสนุนในการดำเนินงานวิจัยโดยตลอด

กราบขอบพระคุณ ท่านพระครูสุนทรคุณ ครอบครวัและกัลยาณมิตร เพื่อนนิสิต สม. 13 อุบลราชธานี มหาวิทยาลัยมหาสารคามทุกท่าน ที่คอยช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยมาโดยตลอด

ท้ายสุดนี้หวังว่าการศึกษานี้คงเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคในโรงเรียนตลอดจนผู้ที่สนใจศึกษาค้นคว้าต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2558.
2. อนุพงษ์ สอดสี. ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับประสบการณ์รักษาทางทันตกรรมของนักเรียน ประถมศึกษา ชั้นปีที่ 4-6 จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน; 2563, 2(1): 18-28.
3. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด, 2561.
4. World Health Organization. WHO's Global School Health Initiative. Health-promoting School. A Healthy setting for living, learning and working. Geneva: World Health Organization; 1998.
5. กลุ่มพัฒนาทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยและวัยเรียน สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานโครงการประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคในโรงเรียน. สำนักทันตสาธารณสุขกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ครั้งที่ 7 ประเทศไทย พ.ศ. 2550-2555 . กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2563.
6. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2112.
7. Mariko Naito. Health literacy education for children: acceptability for a school-based program in oral health. Journal of Oral Science 49(1):53-9. April 2007.
8. กิตติคุณ บัวบาน. การประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี ตำบลชะนะจ้อย อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก. วิทยาสารทันตสาธารณสุข. 2561; 23(1): 12-25
9. จินดา พรหมทา. พัฒนาการการทำงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนประถมศึกษาตามโครงการสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัยของอำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์. วิทยาสารทันตสาธารณสุข. 2559; 21(1): 79-86.
10. จุฑารัตน์ รัศมีเหลืองอ่อน. การพัฒนาการส่งเสริมทันตสุขภาพในลักษณะเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี ตำบลทรายมูล-หนองกุง โดยชุมชนมีส่วนร่วม อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารทันตภิบาล 2559; 28:114-131

11. วัฒนา ทองปัสโนว์. การประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและบริการทันตกรรมในโรงเรียนประถมศึกษาของอำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก ปีการศึกษา 2557-2559. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2560; 26(6): 1039-1051
12. วิมลสิริ พรหมมูล. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพเพื่อป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนประถมศึกษา โรงเรียนบ้านปราสาท ตำบลปราสาท กิ่งอำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2549.
13. สยามา พนังแก้ว วัชรสินธุ์ เยาวภา ตีอัส สุวรรณ และสุรเดช ประดิษฐ์บาทูกา. ปัจจัยระดับบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพช่องปากของนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในอำเภอดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี. การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 4, 2557.
14. บังอร กล่ำสุวรรณ และปิยะนุช เอกก้านตรง. ความรู้ ทักษะคิตี และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียน ใน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่ก้าวสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 10 และ 12. วารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น; 2552, 3(1): 99-113
15. อรพินท์ ภาควงูมิ และ กันยารัตน์ สมบัติธีระ. การสำรวจสภาวะสุขภาพเด็กวัยเรียนในเขตตรวจราชการที่ 10 และ 12. วารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น; 2554, 2: 37-48

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความต้องการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษา ในเขตสุขภาพที่ 5 ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

กุลธิดา กิ่งสวัสดิ์^{1,*} ปริญญญา จิตอร่าม¹ สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์¹
พรชัย ขุนคงมี¹ จิรนนท์ ตูลชาติ¹ ศุภนิจ ทับชัย¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษา ทศนคติที่มีต่อวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการศึกษาต่อ และความต้องการในการจัดการเรียนการสอนในเขตสุขภาพที่ 5 โดยมีกลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้องที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) จำนวน 372 คน โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.15) มีอายุเฉลี่ย 32.81 ปี (± 7.81) ปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 47.04) มีรายได้น้อยกว่า 20,000 บาท (ร้อยละ 77.20) และ กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อวิทยาลัยอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.11$) เมื่อพิจารณา แยกตามองค์ประกอบพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อภาพลักษณ์อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.32$) รองลงมาคือ อาจารย์ ($\bar{X} = 4.13$), การจัดการเรียนการสอน ($\bar{X} = 3.87$) ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการศึกษาต่อในระดับปริญญาโทในสาขาสาธารณสุขศาสตร์ (ร้อยละ 28.23) รองลงมาคือ สาขาระบาดวิทยาและสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ 21.77) และสาขาวิจัยและนวัตกรรม (ร้อยละ 19.09) ตามลำดับ เพื่อความก้าวหน้าในหน้าที่ (ร้อยละ 48.78) รวมถึงเพื่อเพิ่มพูนทักษะด้านความรู้และการวิจัย (ร้อยละ 31.71) โดยมีความต้องการเรียนทั้งแบบ In-class และ Online ในช่วงวันเสาร์-อาทิตย์ ซึ่งค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการศึกษาเป็นแหล่งทุนของตนเอง และปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการศึกษาต่อ ได้แก่ ทุนการศึกษา ช่วงเวลาการเรียนการสอน และทัศนคติต่อสถาบัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) อย่างไรก็ตาม ในการจัดการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียนเป็นสิ่งจำเป็น และในปัจจุบันผู้เรียนมีความต้องการเรียนที่สามารถเรียนได้ทั้งออนไลน์และในชั้นเรียน โดยไม่กระทบต่องานประจำที่ทำอยู่ และยังคงส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาในงานประจำอีกทางหนึ่งด้วย

คำสำคัญ: ความต้องการศึกษา บัณฑิตศึกษา เขตสุขภาพที่ 5

¹ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

* Corresponding author: kunthida.king@gmail.com

Original Article

The Demand of Graduated Degree Studied in Public Health Region 5
Of Sirindhorn College of Public Health SuphanburiKunthida Kingsawad^{1,*}, Parinya Jitaram¹, Sutthisak Surirak¹,
Pornchai Khunkongme¹, Jiranan Tullachat¹, Supanij Tabchai¹

Abstract

This survey research aimed to determine the demand of graduated degree studied in public health region 5 of Sirindhorn College of Public Health Suphanburi. Moreover, the guideline of teaching and program management will be prepared from the results of this study. The samples were public health officers and related officers who worked in public health office, hospital and health promoting hospital. Questionnaires were administered to 372 alumni from accidental sampling. The result shown more than half of samples were female (77.15%), average age 32.18 year old (± 7.81), technical health position (47.04%), income less than 20,000 bath. The sample's attitude to Sirindhorn College of Public Health Suphanburi were good ($\bar{x} = 4.11$). When each aspect was considered, it was found the image were highest level ($\bar{x} = 4.32$), followed by teacher ($\bar{x} = 4.13$) and teaching management ($\bar{x} = 3.87$), respectively. The most interesting master's degree program was public health (28.23%), followed by epidemiology and environmental (21.77%), innovation and research (19.09%), health education and behaviour (18.55%) and health informatics (17.07%), respectively. The samples had a study goal to a great job (48.78%) and improve knowledge, skill and research (31.71%). Most of the samples planned to during weekend in an online program and sit in class. The fundamental, study period and the attitude were affected the needs to study for a master's degree at a level of significance ($p\text{-value} < 0.05$). However, a course design should be related with a demand of student. A student would be studying in online and in-class and support their work.

Keywords: The demand of studied, Graduated degree, public health region 5

¹ Sirindhorn College of Public Health Suphanburi

* Corresponding author: kunthida.king@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันสถานการณ์ของโลกมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นอย่างมากมาย ทั้งมีสาเหตุจากภาวะโลกร้อน การแพร่ระบาดของโรคติดต่อ การเปิดการค้าเสรี การก้าวเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุ หรือการเปลี่ยนแปลงด้านดิจิทัลต่าง ๆ ล้วนก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ และปัญหาสาธารณสุขต่าง ๆ¹ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของโลกในศตวรรษที่ 21 “VUCA World (วูกาเวิลด์)” ประกอบไปด้วย V: Volatility (ความผันผวน), U: Uncertainty (ความไม่แน่นอน), C: Complexity (ความซับซ้อน) และ A: Ambiguity (ความคลุมเครือ) กระบวนการเรียนรู้ยุคใหม่จึงมีความสำคัญกับการพัฒนาผู้นำซึ่งจะต้องเริ่มจากการรู้จักตัวเองให้ดีโดยการพัฒนาด้านสู่การพัฒนาคน และพัฒนางานด้วยการแสวงหาความรู้ในรูปแบบที่หลากหลาย² เพื่อนำไปปรับใช้ทั้งในการดำรงชีวิตประจำวัน และการดำเนินงาน โดยที่มนุษย์ในยุคปัจจุบัน จะมีการแสวงหาหนทางต่าง ๆ เพื่อที่จะนำตนเองไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ และได้หันมาให้ความสำคัญกับการศึกษาเพื่อช่วยทำให้เกิดความก้าวหน้าในหน้าที่การงานที่สูงขึ้น รวมทั้งการประสบความสำเร็จในอนาคต การศึกษาในระดับสูงสามารถก่อให้เกิดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้และนวัตกรรม สามารถช่วยให้เกิดการพัฒนากำลังคนในด้านวิชาการและวิชาชีพขั้นสูง³ ซึ่งเป็นรากฐานที่สำคัญในการสร้างความเจริญก้าวหน้าให้แก่วิชาชีพและตนเอง รวมถึงทำให้สามารถช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าว ในสังคมที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน⁴

ประเทศไทยได้กำหนดยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) โดยมีเป้าหมายที่จะนำพาประเทศไปสู่ “ประเทศที่มีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง” โดยการพัฒนาความสมบูรณ์ในทุนที่จะสามารถพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

อาทิ ทุนมนุษย์ ทุนทางปัญญา ทุนทางการเงิน และทุนอื่น ๆ อีกทางหนึ่งด้วย โดยเฉพาะยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ โดยมีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญเพื่อพัฒนาคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ⁵ ดังนั้น การศึกษาจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการพัฒนาประเทศ หากประชากรได้รับการศึกษาอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุม จะส่งผลให้ประเทศมีการพัฒนาในทุกด้าน และการศึกษายังเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เพื่อเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ⁶ นอกจากการเรียนการสอนในระดับปริญญาตรีแล้ว ในปัจจุบันยังนิยมเรียนต่อในระดับที่สูงขึ้นทั้งในระดับประกาศนียบัตร และระดับบัณฑิตศึกษา โดยเฉพาะในระดับปริญญาโท ในการจัดการเรียนการสอนในระดับบัณฑิตศึกษา ในระดับปริญญาโท หรือประกาศนียบัตร โดยรูปแบบการจัดการเรียนการสอนควรมีความหลากหลาย เช่น ควรมีการจัดการเรียนออนไลน์ และการเรียนในชั้นเรียน ให้มีสัดส่วนใกล้เคียงกันทั้งในวันธรรมดาและวันเสาร์-วันอาทิตย์⁷ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เรียน การจัดการศึกษาในระดับปริญญาโท มีการขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาคนให้มีศักยภาพ มีความรู้ ความสามารถในการพัฒนาตนเองและประเทศ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการแรงงานที่มีความเชี่ยวชาญ มีทักษะการทำงานที่สูง⁸

สถาบันพระบรมราชชนก เป็นสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2562 โดยมีวิสัยทัศน์ คือ “เป็นสถาบันอุดมศึกษา เฉพาะทางชั้นนำของอาเซียน สร้างกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อชุมชน สู่การพัฒนาที่ยั่งยืน” มีภารกิจหลักในการสร้างกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อดูแลสุขภาพของชนในชุมชน โดย

การผลิตบัณฑิตและพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาล เพื่อให้มีความรู้ความสามารถ ทักษะทางวิชาชีพ และมีคุณธรรมจริยธรรม^{9, 10} และวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ตั้งอยู่ในเขตสุขภาพที่ 5 จึงจำเป็นต้องศึกษาความต้องการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษาและหลักสูตรระยะสั้น ในเขตสุขภาพที่ 5 ประกอบด้วย จังหวัดสุพรรณบุรี จังหวัดนครปฐม จังหวัดราชบุรี จังหวัดกาญจนบุรี จังหวัดสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสาคร จังหวัดเพชรบุรี และจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษาและหลักสูตรระยะสั้น ทศนคติที่มีต่อวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี สถาบันพระบรมราชชนก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการศึกษาต่อ และรูปแบบในการจัดการเรียนการสอนในเขตสุขภาพที่ 5 และยังสามารถนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการพัฒนาหลักสูตรต่างๆ ของวิทยาลัยการสาธารณสุขให้มีความสอดคล้องกับความต้องการของบุคลากรด้านสาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษาและหลักสูตรระยะสั้น ในเขตสุขภาพที่ 5
2. เพื่อศึกษาความต้องการในการจัดการเรียนการสอนในระดับบัณฑิตศึกษาของบุคลากรสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 5
3. เพื่อศึกษาทัศนคติที่มีต่อวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี สถาบันพระบรมราชชนก
4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษาของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาความต้องการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษาและหลักสูตรระยะสั้น วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ของบุคลากรด้านสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 5 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน – ธันวาคม 2563

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 5 ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 908 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 52 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 11 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ 4 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 8 แห่ง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนกรณีไม่ทราบขนาดของประชากร¹¹ ได้กลุ่มตัวอย่าง 372 คน สุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่ง รายได้

ส่วนที่ 2 ความต้องการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษา ได้แก่ ความประสงค์/ความคาดหวัง/ความต้องการในการศึกษาต่อ สาขาที่ต้องการศึกษาต่อ สาเหตุที่ต้องการศึกษาต่อ เป้าหมายของการนำความรู้ไปใช้ทุนในการศึกษา

ส่วนที่ 3 ทัศนคติต่อสถาบันด้านภาพลักษณ์ของสถาบัน (8 ข้อ) ด้านการจัดการเรียนการสอน (7 ข้อ) ด้านอาจารย์ผู้สอน (10 ข้อ) เป็นแบบ Rating scale จำนวน 25 ข้อ โดยใช้มาตรวัดของเคิร์ท (Likert's scale) มี 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด มีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละระดับ ดังนี้

ระดับ	คะแนน
มากที่สุด	5
มาก	4
ปานกลาง	3
น้อย	2
น้อยที่สุด	1

ผู้วิจัยได้กำหนดการแปลความหมายของระดับทัศนคติต่อสถาบัน ไว้ดังนี้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.21 – 5.00
หมายถึง มีทัศนคติที่ดีมาก

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.41 – 4.20
หมายถึง มีทัศนคติที่ดี

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.61 – 3.40
หมายถึง มีทัศนคติระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.81 – 2.60
หมายถึง มีทัศนคติที่ไม่ค่อยดี

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.80
หมายถึง มีทัศนคติที่ไม่ดี

ส่วนที่ 4 แนวทางการจัดการเรียนการสอน ได้แก่ รูปแบบการศึกษา ภาษาที่ใช้ในการเรียนการสอน ช่วงเวลาที่ใช้ในการศึกษา

ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน โดยได้ค่า Validity เท่ากับ 1.00 นำแบบสอบถามที่ได้ไปทดลองใช้เพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ใช้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน ทัศนคติต่อสถาบันฯ ความต้องการศึกษาต่อ รูปแบบการจัดการเรียนการสอน โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) และหาค่าร้อยละ

(Percentage) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation : SD) และค่าเฉลี่ย (Average : $\bar{X}$)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) ใช้สำหรับวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แหล่งทุนการศึกษา รูปแบบการเรียนการสอน และทัศนคติต่อสถาบันฯ กับความต้องการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษา โดยใช้การทดสอบแบบไค-สแควร์ (Chi-square Test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี เลขที่ PHCSP-A2563/01-7 เมื่อวันที่ 19 พฤษภาคม 2563

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 287 คน (ร้อยละ 77.15) และเพศชาย 85 คน (ร้อยละ 22.85) มีอายุเฉลี่ย 32.81 ปี (SD = 7.81, Min = 23, Max = 59) ปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 175 คน (ร้อยละ 47.04) รองลงมา คือ เจ้าพนักงานสาธารณสุข 119 คน (ร้อยละ 31.99) และอื่นๆ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข นักวิชาการทันตสาธารณสุข นักวิชาการสิ่งแวดล้อม และเจ้าพนักงานเภสัชสาธารณสุข จำนวน 78 คน (ร้อยละ 20.97) มีรายได้น้อยกว่า 20,000 บาท 237 คน (ร้อยละ 77.20) รองลงมา คือ รายได้ระหว่าง 20,001 – 30,000 บาท 48 คน (ร้อยละ 15.64) และรายได้ระหว่าง 30,001 – 40,000 บาท 22 คน (ร้อยละ 7.17) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 372)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	85	22.85
หญิง	287	77.15
2. อายุ (ปี)		
< 32	198	53.23
32 – 40	115	30.91
41 – 50	53	14.25
> 50	6	1.61
($\bar{X}$ = 32.81, SD = 7.81, Min = 23, Max = 59)		
3. ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน		
- นักวิชาการสาธารณสุข	175	47.04
- เจ้าพนักงานสาธารณสุข	119	31.99
- พยาบาลวิชาชีพ	30	8.06
- นักวิชาการทันตสาธารณสุข	26	6.98
- นักวิชาการสิ่งแวดล้อม	10	2.69
- เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	6	1.62
- เจ้าพนักงานเภสัชสาธารณสุข	6	1.62
4. รายได้ (บาท)		
< 10,000	2	0.54
10,001 – 20,000	235	63.17
20,001 – 30,000	65	17.47
30,001 – 40,000	48	12.90
> 30,001	22	5.91

2. ความต้องการเข้าศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษาและหลักสูตรระยะสั้น

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการศึกษาต่อในระดับปริญญาโท จำนวน 237 คน (ร้อยละ 63.71) และระดับปริญญาเอก จำนวน 12 คน (ร้อยละ 3.23) ในสาขาสาธารณสุขศาสตร์ 105 คน (ร้อยละ 28.23) รองลงมาคือ สาขาระบาดวิทยาและสิ่งแวดล้อม 81 คน (ร้อยละ 21.77) สาขาวิจัยและนวัตกรรม 71 คน (ร้อยละ 19.09) สาขาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ 69 คน (ร้อยละ 18.55) และสาขาการจัดการข้อมูล

สารสนเทศด้านสุขภาพ 46 คน (ร้อยละ 17.07) ตามลำดับ โดยมีสาเหตุในการศึกษาต่อเพื่อความรู้เพิ่มเติม 107 คน (ร้อยละ 28.76) เพื่อเพิ่มทักษะด้านการค้นคว้าและวิจัย 36 คน (ร้อยละ 9.68) เพื่อปรับอัตราเงินเดือน 18 คน (ร้อยละ 4.84) ตามลำดับ มีเป้าหมายในการนำความรู้ไปใช้เพื่อปรับปรุงการดำเนินงาน 278 คน (ร้อยละ 15.09) รองลงมา คือ ผลิตงานวิจัยเชิงวิชาการ 56 คน (ร้อยละ 15.09) และผลิตนวัตกรรมใหม่ 37

คน (ร้อยละ 9.97) ตามลำดับ ทุณฑการศึกษา บิดา/มารดา กู้ยืม 112 คน (ร้อยละ 30.11) ดัง
สำหรับการศึกษาต่อจากตนเอง 260 คน (ร้อยละ 69.89) และจากบุคคลอื่น ได้แก่ สามเณร/ภรรยา
แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของความต้องการการศึกษาต่อของกลุ่มตัวอย่าง (n=372)

ความต้องการศึกษาต่อ	จำนวน	ร้อยละ
1. ความต้องการศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษา (ปริญญาโท)		
- ไม่ต้องการศึกษาต่อ	123	33.06
- ต้องการศึกษาต่อ	249	66.94
2. สาขาวิชาที่ต้องการศึกษา		
- วิจัยและนวัตกรรม	71	19.09
- ระบาดวิทยาและสิ่งแวดล้อม	81	21.77
- การจัดการข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ	46	12.37
- สาธารณสุขศาสตร์	105	28.23
- สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์	69	18.55
3. สาเหตุในการต้องการศึกษาต่อ		
- เพื่อศึกษาเพิ่มพูนความรู้เพิ่มเติม	107	28.76
- เพื่อเพิ่มทักษะด้านการค้นคว้าและวิจัย	36	9.68
- เพื่อพัฒนานวัตกรรม ผลิตภัณฑ์ เครื่องมือ อุปกรณ์ทางด้านสาธารณสุข	12	3.23
- เพื่อความก้าวหน้าของตำแหน่งในที่ทำงาน	191	51.34
- เพื่อปรับวุฒิการศึกษา	8	2.15
- เพื่อปรับอัตราเงินเดือน	18	4.84
4. เป้าหมายในการนำความรู้ไปใช้		
- ผลิदनวัตกรรมใหม่	37	9.97
- ปรับปรุงการดำเนินงาน	278	74.93
- ผลิตงานวิจัยเชิงวิชาการ	56	15.09
5. ทุณฑการศึกษา		
- ตนเอง	222	59.86
- สามเณร/ภรรยา	102	27.42
- บิดา/มารดา	38	10.22
- กู้ยืม	8	2.15
- ญาติ	2	0.54

3. ความต้องการในการจัดการเรียนการสอน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการให้มีการสอนในชั้นเรียนอย่างเดียว 157 คน (ร้อยละ 42.20) รองลงมา คือ การสอนทั้ง Online และในชั้นเรียน 153 คน (ร้อยละ 41.13) และการสอน Online อย่างเดียว 62 คน (ร้อยละ 16.67) ตามลำดับ มีการเรียนด้วยการเรียนรายวิชาและทำวิทยานิพนธ์ 260 คน (ร้อยละ 69.89) และเน้น

การทำวิทยานิพนธ์อย่างเดียว 112 คน (ร้อยละ 30.11) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการเรียนในวันเสาร์-อาทิตย์ 296 คน (ร้อยละ 79.57) และวันจันทร์ – วันศุกร์ 76 คน (ร้อยละ 20.43) และต้องการเรียนด้วยภาษาไทย 368 คน (ร้อยละ 98.92) และเรียนด้วยภาษาอังกฤษ 4 คน (ร้อยละ 1.08) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของความต้องการในการจัดการเรียนการสอนของกลุ่มตัวอย่าง (n=372)

รูปแบบการจัดการเรียนการสอน	จำนวน	ร้อยละ
1. รูปแบบการสอน		
- การสอน Online อย่างเดียว	62	16.67
- การสอนในชั้นเรียนอย่างเดียว	157	42.20
- การสอนทั้ง Online และในชั้นเรียน	153	41.13
2. รูปแบบการเรียน		
- เน้นการทำวิทยานิพนธ์อย่างเดียว	112	30.11
- การเรียนรายวิชาและทำวิทยานิพนธ์	260	69.89
3. ช่วงเวลาในการเรียนการสอน		
- วันจันทร์ – วันศุกร์	76	20.43
- วันเสาร์ – วันอาทิตย์	296	79.57
4. ภาษาที่ใช้ในการเรียนการสอน		
- ภาษาไทย	368	98.92
- ภาษาอังกฤษ	4	1.08

4. ทศนคติต่อวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อวิทยาลัยและสถาบันพระบรมราชชนกอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 4.11) เมื่อพิจารณาแยกตามองค์ประกอบ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อภาพลักษณ์อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}$ = 4.32) รองลงมาคือ อาจารย์ ($\bar{X}$ = 4.13), การจัดการเรียนการสอน ($\bar{X}$ = 3.87) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4 โดยพบว่า

ทัศนคติด้านภาพลักษณ์ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นวิทยาลัยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขและชุมชน ($\bar{X}$ = 4.61) ด้านอาจารย์ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ อาจารย์สามารถเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติงานในชุมชน ($\bar{X}$ = 4.38) ด้านการจัดการเรียนการสอนที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ มีการจัดรูปแบบการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ($\bar{X}$ = 4.29)

ตารางที่ 4 ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติต่อวิทยาลัยการสาธารณสุข สิรินคร จังหวัดสุพรรณบุรีในแต่ละด้าน (n = 372)

ทัศนคติต่อวิทยาลัยการสาธารณสุข สิรินคร จังหวัดสุพรรณบุรี	$\bar{X}$	SD	ระดับทัศนคติ
1. ภาพลักษณ์	4.32	0.62	ดีมาก
2. การจัดการเรียนการสอน	4.13	0.47	ดี
3. อาจารย์ผู้สอน	3.87	0.52	ดี

$\bar{X}$ = 4.11, SD = 0.51, Min = 3, Max = 5

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความต้องการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษา (ระดับปริญญาโท)

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษา (ระดับปริญญาโท) พบว่า แหล่งทุนการศึกษา รูปแบบการเรียนการสอน และทัศนคติต่อสถาบัน กับความต้องการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษา (ระดับปริญญาโท) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ดังแสดงในตารางที่ 5

สอน และทัศนคติต่อสถาบัน กับความต้องการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษา พบว่า ทุนการศึกษา ช่วงเวลาในการเรียนการสอน และทัศนคติต่อสถาบัน มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษา (ระดับปริญญาโท) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แหล่งทุนการศึกษา รูปแบบการเรียนการสอน และทัศนคติต่อสถาบัน กับความต้องการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษา (ระดับปริญญาโท) (n = 372)

ปัจจัย	ความต้องการศึกษาต่อ	
	χ^2	p-value
เพศ	-0.0423	0.4164
อายุ	0.0212	0.6963
ทุนการศึกษา	0.2924	0.0000
รูปแบบการสอน	0.0743	0.1525
รูปแบบการเรียน	0.0642	0.2166
ช่วงเวลาในการเรียนการสอน	0.1966*	0.0001
ทัศนคติต่อสถาบัน	-0.1348*	0.0092

* p-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาความต้องการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษาและหลักสูตรระยะสั้น ในเขตสุขภาพที่ 5 และเพื่อหารูปแบบในการจัดการเรียนการสอนในระดับบัณฑิตศึกษาที่เหมาะสมของ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรีสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ผู้ที่สนใจศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษาส่วนมากจะพบได้ในเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ ขาติไทย (2555) เนื่องจาก ความต้องการในการพัฒนาตนเองให้ประสบความสำเร็จในหน้าที่การงานที่

เพิ่มขึ้นในปัจจุบันนั้น เพศหญิงมีความต้องการที่จะประสบความสำเร็จในสังคมปัจจุบันที่สูงขึ้น และการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษา (ระดับปริญญาโท) จึงเป็นสิ่งที่จำเป็น ซึ่งผู้ที่สนใจศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษา มีความหลากหลาย ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข นักวิชาการทันตสาธารณสุข นักวิชาการสิ่งแวดล้อม และเจ้าพนักงานเภสัชกรรม¹² ดังนั้น ผู้ที่สนใจศึกษาต่อจะมีความต้องการโดยเฉพาะในสาขาที่ตนเองสนใจ ได้แก่ ด้านสาธารณสุขศาสตร์ ด้านระบาดวิทยาและสิ่งแวดล้อม ด้านวิจัยและนวัตกรรม ด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ และด้านการจัดการข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับสภาการสาธารณสุขชุมชนได้กำหนดสาขาวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนไว้ 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มส่งเสริมสุขภาพและอนามัยชุมชน, กลุ่มป้องกัน ควบคุมโรค ระบาดวิทยา สถิติและการวิจัยทางด้านสาธารณสุข, กลุ่มตรวจประเมิน การบำบัดโรค เบื้องต้น การดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพ และการส่งต่อ, กลุ่มอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม และกลุ่มบริหารสาธารณสุขและกฎหมายสาธารณสุข¹³ เนื่องจากต้องการการพัฒนาตนเองเพื่อความก้าวหน้าในวิชาชีพด้านสาธารณสุข ซึ่งส่งผลต่อการจัดรายวิชาให้เป็นไปตามความต้องการของผู้ศึกษาโดยควรเน้นด้านการสาธารณสุขในชุมชน ด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลสุขภาพของประชาชน และระบบบริการสุขภาพของประเทศ และการพัฒนาตนเองของบุคลากรด้านสาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้อง

2. ทศนคติที่มีต่อวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจเข้าศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษา (ระดับปริญญาโท) โดยเฉพาะในด้านภาพลักษณ์ของสถาบันและอาจารย์ผู้สอน ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาของทัศนีย์ ชาตไทย (2555) และพรรณพนิช จันทา และอัจฉริยา ปราบอริพาย (2558) ที่พบว่า ความต้องการด้านสถาบันของนักศึกษาโดยภาพรวมจะขึ้นอยู่กับชื่อเสียงคุณภาพของอาจารย์ผู้สอนเป็นแรงจูงใจและความต้องการด้านสถาบันการศึกษา เนื่องจาก ปัจจุบันมีสถาบันการศึกษาจำนวนมากที่เปิดสอนในสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ภาพลักษณ์ของสถาบันและอาจารย์ผู้สอนจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะก่อให้เกิดแรงจูงใจในการศึกษาต่อ

3. รูปแบบของหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอนนั้นมีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจเข้าศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษา (ระดับปริญญาโท) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศรดา ชัยสุวรรณ (2559), สุพัฒน์ อาสนะ, เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ, กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์, สุทิน ชนะบุญ, อิศักดี พาจันท์ และคณะ (2562), และธาวุฒิ ปลื้มสำราญ (2553) ที่กล่าวไว้ว่า ช่วงเวลาที่ต้องการศึกษาต่อจะเป็นในภาคพิเศษ (วันเสาร์ – วันอาทิตย์)^{2, 7, 15} เนื่องจาก การศึกษาต่อในวันเสาร์-อาทิตย์ นอกเวลาราชการนั้นไม่ส่งผลกระทบต่อ การปฏิบัติงานประจำของผู้ที่ต้องการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษา และยังสามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการศึกษาไปช่วยในการปฏิบัติงาน รวมทั้งยังสามารถนำงานวิจัยที่ได้จากการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษาไปใช้ในการสนับสนุนและพัฒนางานประจำได้อีกทางหนึ่งด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา โดยเฉพาะในระดับปริญญาโท ควรมีการจัดการเรียนการสอนที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ศึกษา ร่วมกับศักยภาพของทีมงานอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร อาจารย์ประจำหลักสูตร วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี โดยควรจัดหลักสูตรที่มีการเรียนการสอนนอกเวลาราชการหรือวันเสาร์-อาทิตย์ โดยเน้นทั้งการ

เรียนในชั้นเรียนและการวิจัยให้เกิดการพัฒนา
ร่วมกัน

2. ในการพัฒนาหลักสูตรระดับ
บัณฑิตศึกษา (ระดับปริญญาโทหรือเอก) ควรมี
การพัฒนาไปพร้อมกันกับการพัฒนาคุณภาพ
อาจารย์เพื่อเป็นการประชาสัมพันธ์สถาบัน และ
ยังเป็นแรงจูงใจให้ผู้สนใจเข้ามาศึกษาต่อ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบในผู้ที่
สำเร็จการศึกษากับนักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ของ
สถาบันพระบรมราชชนก เพื่อจะได้นำผลการวิจัย
มาใช้ในการวางแผนการบริหารจัดการและพัฒนา
หลักสูตรให้เป็นไปตามความต้องการของผู้สนใจ

2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่ม
ผู้บริหารของหน่วยงานด้านสาธารณสุขเพื่อศึกษา
ความต้องการในการพัฒนาบุคลากรที่อยู่ในองค์
เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้วิเคราะห์ร่วมกับผล
การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ในการปรับปรุงหลักสูตรใน
ครั้งต่อไป

3. ควรมีการนำผลการศึกษาที่ได้มา
วิเคราะห์ร่วมกับความต้องการอัตลักษณ์ด้าน
สาธารณสุขของประเทศไทย เพื่อวางแผนในการ
จัดการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับแนวโน้มการ
เปลี่ยนของระบบสุขภาพของไทย

เอกสารอ้างอิง

1. วิรงรอง แก้วสมบูรณ์, สุจิตา วรโชติธนนัน, คัดค
นางค์ ศรีพัฒนะพิพัฒน์, รุจิรา หมั่นทอง, กษมา
นับถือดี, เขมพรพรช บุญโญ, สรยา ศิริเพชร.
(2561). การจัดทำแผนยุทธศาสตร์เตรียมความ
พร้อมป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติ
ใหม่แห่งชาติ (พ.ศ.2560 - 2564). วารสาร
ควบคุมโรค, 44(1), 50-62.
2. ศรีดา ชัยสุวรรณ. การปรับตัวสู่ความเป็นเลิศ
เมื่อเกิดภาวะถดถอยของอุดมศึกษาเอกชนไทย.
รายงานสืบเนื่องในการประชุมวิชาการ
ระดับชาติ สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่ง

ประเทศไทย ประจำปี 2559 มหาวิทยาลัยภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น วันที่ 24
กรกฎาคม พ.ศ. 2559. ขอนแก่น :มหาวิทยาลัย
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.

3. ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง เกณฑ์
มาตรฐานหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.
2558 (2558,13 พฤศจิกายน). ราชกิจจา
นุเบกษา. เล่ม 132 ตอนพิเศษ 295 ง.
4. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. การ
วิจัยทางการศึกษาและการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ
การศึกษา ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ : พิมพ์ดี. 2539.
5. สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการ
ยุทธศาสตร์ชาติ สำนักงานคณะกรรมการ
พัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ.2561-2580. (พิมพ์ครั้งที่
2). กรุงเทพฯ. 2561.
6. กนกวรรณ สุวรรณที และสุนิสา นาคะเต.
การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมตัดสินใจ
ศึกษาต่อระดับปริญญาโทระหว่างในประเทศกับ
ต่างประเทศในหลักสูตรบริหารธุรกิจ
มหาบัณฑิต (MBA) กรณีศึกษา: นักศึกษาชั้นปีที่
4 คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยศิลปากร.
จุลินพนธ์. คณะวิทยาการจัดการ, มหาวิทยาลัย
ศิลปากร. 2555.
7. สุพัฒน์ อาสนะ, เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ, กฤช
กันทร สุวรรณพันธุ์, สุทิน ชนะบุญ, อิศักดี พา
จันทร์ และคณะ. ความต้องการการศึกษาต่อใน
ระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาส
ตรมหาบัณฑิต ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิริน
ธร จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนา
ระบบสุขภาพ, 2562, 12(3). 233-239.
8. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ.
แผนพัฒนาการศึกษาแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ.
2555 - 2559). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2556.
9. พระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก
พุทธศักราช 2562. (2562, 5 เมษายน). ราช

- กิจจานุเบกษา. เล่มที่ 136 ตอนที่ 43ก, หน้า 40 – 64.
10. สถาบันพระบรมราชชนก. *แผนยุทธศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนก สถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2563 – 2567*. นนทบุรี: สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2562.
11. อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์ สุขภาพเพื่อการวิจัย. (พิมพ์ครั้งที่ 2). วิทยพัฒน์. กรุงเทพฯ. 2556.
12. ทศนีย์ ชาติไทย. แรงจูงใจและความต้องการในการศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต. รายงานการวิจัย. สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน วิทยาลัยครูศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต. 2555.
13. สภาการสาธารณสุขชุมชน. ข้อบังคับสภาการสาธารณสุขชุมชน ว่าด้วยการให้ความเห็นชอบหลักสูตรการศึกษาวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ.2562. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 136 ตอนพิเศษ 41ง 13 กุมภาพันธ์ 2562 หน้า 21-32.
14. พรณพนัช จันทา และอัจฉริยา ปราบอริพ่าย. ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการศึกษาต่อในระดับปริญญาโทที่มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. Veridian E-Journal, Silpakorn University, 2558, 8(1), 291-318.
15. ธาตุณี ปลื้มสำราญ. ความต้องการศึกษาต่อหลักสูตรการศึกษาดุษฎีบัณฑิต คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. รายงานการวิจัย. ภาควิชาพลศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2553.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ระดับภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโควิด-19 หลังการฉีดวัคซีนในบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข พื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 และ 8

แพรพรรณ ภูมิปัญญา^{1,*} อนุวัฒน์ ศรสมฤทธิ์² ยวลี ฉายวงศ์³

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโควิด-19 (Anti-SARS-CoV-2) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโควิด-19 ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 และ 8 กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น จำนวน 385 คน ดำเนินการตั้งแต่ ตุลาคม ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ จากกระบวนฐานข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ที่ตรวจวัดระดับภูมิคุ้มกันชนิดโปรตีนหนาม (Anti-Receptor binding domain Spike Protein : Spike RBD) โดยวิธี Electrochemiluminescence Immunoassay (ECLIA: Elecsys Cobas e601. Roche Diagnostic, Ltd) ภายหลังการฉีดวัคซีนโควิด-19 ครบ 2 เข็ม หรือภายหลังฉีดวัคซีนกระตุ้น (Booster dose) เป็นเวลา 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อระดับภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโควิด-19 โดยใช้สถิติ Multiple logistic regression ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.9 อายุเฉลี่ย 39.6 ปี ไม่มีประวัติโรคเรื้อรัง ร้อยละ 77.7 ผลการตรวจวัดระดับภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโควิด-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับภูมิคุ้มกันชนิด Spike RBD ในระดับที่สามารถยับยั้งไวรัสเข้าเซลล์ได้ (≥ 15 U/mL) ร้อยละ 62.3 และระดับที่สามารถใช้รับวัคซีนได้ (≥ 132 U/mL) ร้อยละ 33.3 เมื่อจำแนกชนิดของวัคซีนที่ได้รับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับวัคซีน Sinovac เข็ม 1 และ 2 มีระดับภูมิคุ้มกันชนิด Spike RBD ในระดับ ≥ 15 U/mL ร้อยละ 76.2 และระดับ ≥ 132 U/mL ร้อยละ 18.3 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับวัคซีน Pfizer เข็ม 1 และ 2 มีระดับภูมิคุ้มกันชนิด Spike RBD ในระดับ ≥ 132 U/mL ร้อยละ 96.3 ซึ่งปัจจัยด้านเพศ อายุ การมีโรคประจำตัว และค่าดัชนีมวลกาย ไม่มีผลต่อระดับภูมิคุ้มกันต่อ Spike RBD และ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับวัคซีน Pfizer อย่างน้อย 1 เข็ม จะมีระดับภูมิคุ้มกันชนิด Spike RBD ตั้งแต่ 132 U/mL ขึ้นไป เป็น 197.4 เท่า (95% CI = 23.2–1677.0) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีน Pfizer อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

คำสำคัญ ระดับภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโควิด-19 บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

² นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลมะเร็ง

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

* Corresponding author : noi33099@gmail.com

Original Article

The Level of Anti Covid-19 Antibody Titer After Vaccination in
Healthcare Workers, Health region 7,8Praepan Phuribancha^{1,*}, Anuwat Sornsomlit², Yuwalee Chaywong³

Abstract

The cross-sectional descriptive study, aimed to study for the level of Anti-SARS-CoV-2 and factors related to Anti-SARS-CoV-2 of healthcare workers in public health region 7 and 8. The purposive sampling amongst healthcare workers from Udonthani Cancer Hospital and The Office of Disease Prevention and Control 7 Khon Kaen, total number of 385 healthcare workers, whom had blood drawn after 2 doses of COVID-19 vaccination or 4 weeks after booster dose. This started from October to November 2021 by collecting secondary data from laboratory information system of Udonthani Cancer Hospital about Anti-Receptor binding domain Spike Protein: Spike RBD by Electrochemiluminescence Immunoassay. (ECLIA : Elecsys Cobas e601. Roche Diagnostic, Ltd) Data were analyzed by applying descriptive statistics and determining the relationship of factors affecting Anti-SARS-CoV-2 level using multiple logistic regression statistics. The samples were 76.9% female, with the mean age of 39.6 years and 77.7% without history of chronic disease. The results of measures of immunity against COVID-19 found that 62.3% of samples had immunity respondents to Spike RBD at the level to inhibit the virus from entering the cells (≥ 15 U/mL) and 33.3% of samples had immunity at the level for donation (≥ 132 U/mL). When categorizing the type of vaccine received, it was found that 76.2% of the samples who received 1st and 2nd doses Sinovac vaccine had immunity to Spike RBD at the level ≥ 15 U/mL and 18.3% at the level ≥ 132 U/mL. The samples who received 1st and 2nd doses of Pfizer vaccine had immunity to Spike RBD at the level ≥ 132 U/mL by 96.3%. Sex, age, detectable underlying disease and body mass index contained no effect on the immune response to Spike RBD. At least one dose of Pfizer vaccine immunity to Spike RBD at the level ≥ 132 U/mL were more 197.4 times (95%CI = 23.2 – 1667.0), compared to those not vaccinated with Pfizer, with statistical significance (p-value <0.001).

Keywords: The Level of Anti-SARS-CoV-2, Healthcare Workers

¹ Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, The Office of prevention and control 7 Khon Kaen

² Medical Technologist, Professional Level, Udonthani Cancer Hospital

³ Registered Nurse, Professional Level, Udonthani Cancer Hospital

* Corresponding author : noi33099@gmail.com

บทนำ

โควิด-19 (coronavirus disease 2019, COVID-19) เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาซาร์ส-โควี-2 (SARS-CoV-2) เป็นไวรัสอุบัติใหม่ ที่พบมีการระบาดครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 สำนักงานสาธารณสุขเมืองอู่ฮั่น ได้ออกประกาศเป็นทางการว่า พบโรคปอดอักเสบไม่ทราบสาเหตุ ผลการสอบสวนโรคสันนิษฐานว่าเป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาล และสามารถแพร่กระจายการติดเชื้อจากคนสู่คน ผ่านละอองฝอยขนาดเล็ก (aerosol)¹ เชื้อซาร์ส-โควี-2 เป็นไวรัสชนิด (+) Single strand RNA อยู่ใน Coronaviridae family จัดอยู่ใน Betacoronavirus เช่นเดียวกับ SARS-CoV และ MERS-CoV เชื้อนี้มีเปลือกหุ้ม (envelope) ซึ่งเป็นสารจำพวกไกลโคโปรตีน เมื่อส่องด้วยกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอนจะเห็นกลุ่มของโปรตีนเป็นปุ่มเรียกว่า สไปค์ (spike) ยื่นออกจากอนุภาคไวรัส ทำให้มีลักษณะคล้ายมงกุฎล้อมรอบ เชื้อนี้มีระยะฟักตัวตั้งแต่ 2 - 14 วัน สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนผ่านฝอยละอองจากการไอ จาม น้ำมูก น้ำลาย เสมหะของผู้ป่วย รวมทั้งการสัมผัสพื้นผิวหรืออุปกรณ์ที่ปนเปื้อนเชื้อ อัตราการแพร่กระจายเชื้อเฉลี่ย 2 - 4 คน (Basic reproductive number: R_0 เท่ากับ 1.4 – 3.9) ขึ้นอยู่กับความหนาแน่นของประชากร สภาพแวดล้อมที่มีการระบายอากาศไม่ดี หรือมีกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการฟุ้งกระจายของละอองฝอย รวมถึงการใช้ของใช้ส่วนตัวร่วมกัน และการรับประทานอาหารร่วมกัน เป็นต้น ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 จะมีอาการระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ มีไข้ ไอ มีน้ำมูก หายใจถี่ และหายใจลำบาก นอกจากนี้ อาจมีอาการทางระบบอื่นร่วมด้วย เช่น จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับ

รส ผื่น ตาแดง และท้องเสีย เป็นต้น และในกรณีที่อาการรุนแรงมากอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม ปอดอักเสบ ไตวาย หรืออาจเสียชีวิต ซึ่งผู้ติดเชื้อโควิด-19 ประมาณร้อยละ 20 เท่านั้น ที่มีอาการป่วยและอัตราการเสียชีวิตต่ำกว่าร้อยละ 1 แต่เนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ จึงไม่มีภูมิคุ้มกันในคนทั่วไป ทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อมีมาก และส่งผลต่อการเสียชีวิตจำนวนมาก จนระบบสาธารณสุขไม่สามารถรองรับได้ จะเห็นได้ว่ามาตรการป้องกันต่าง ๆ ที่ใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ การเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) และการกักตัว ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่ และระบบเศรษฐกิจ อีกทั้งไม่สามารถป้องกันการแพร่ระบาดของโรคได้อย่างสมบูรณ์ หลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย จึงได้มีการคิดค้น และพัฒนาวัคซีนโควิด-19 เพื่อเป็นความหวังในการป้องกันการติดเชื้อ ลดการแพร่ระบาดของโรค ลดความรุนแรง และลดอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มเสี่ยงสูง² อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันมีการรายงานเชื้อ SARS-CoV-2 หลายสายพันธุ์ที่กลายพันธุ์ไปจากเดิม ที่มีการแพร่ระบาดได้ไวมากขึ้น และอาจทำให้มีอาการรุนแรงขึ้น รวมถึงอาจมีผลต่อประสิทธิภาพของวัคซีนโควิด-19 ข้อมูล ณ วันที่ 20 กรกฎาคม 2564 พบว่าทั่วโลกมีการให้วัคซีนโควิด-19 เป็นจำนวน 3,657 ล้านโดส คิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรทั่วโลก สำหรับประเทศไทย เริ่มมีการให้วัคซีนตั้งแต่วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2564³ ประสิทธิภาพของวัคซีนที่ได้มีการศึกษานั้น เป็นข้อมูลที่ศึกษาถึงการป้องกันการติดเชื้อที่ยังไม่มีการกลายพันธุ์ แต่หลังจากที่มีการกลายพันธุ์ของเชื้อไวรัสซาร์ส-โควี-2 ทั่วโลกพบว่า วัคซีนโควิด-19 เหล่านี้ มีประสิทธิภาพลดลงต่อสาย

พันธุ์ที่มีการกลายพันธุ์ ทั้งในการวัดระดับภูมิคุ้มกันในหลอดทดลองและประสิทธิภาพของวัคซีนที่ใช้จริงในปัจจุบัน วัคซีนชนิดสารพันธุกรรม (mRNA) เช่น วัคซีน Moderna สามารถสร้างภูมิคุ้มกัน (neutralizing Antibody) ต่อสายพันธุ์ B.1.1.7 ได้ดี แต่พบว่าการสร้างภูมิคุ้มกันต่อ B.1.351 ลดลงถึง 6.4 เท่า⁴ หรือวัคซีนที่ทำจากโปรตีนส่วนหนึ่งของเชื้อ (Protein subunit vaccine) เช่น วัคซีน Novavax ที่แม้ว่าประสิทธิภาพของวัคซีนต่อสายพันธุ์ B.1.1.7 จะอยู่ที่ร้อยละ 89 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้านี้ แต่ประสิทธิภาพของวัคซีนต่อสายพันธุ์ B.1.351 พบว่าลดลงเหลือร้อยละ 60.1⁵ แม้ประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 กลายพันธุ์จะลดลงในภาพรวม แต่การป้องกันโรค ชนิดรุนแรงยังได้ผลค่อนข้างดี ตัวอย่างวัคซีนชนิดใช้ไวรัสเป็นพาหะ (Recombinant viral vector vaccine) เช่น AstraZeneca มีประสิทธิภาพในการป้องกันสายพันธุ์ B.1.617.2 ที่ระบาดเข้ามาใหม่ ลดลงเหลือร้อยละ 60 แต่สามารถป้องกันการป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลได้สูง ถึงร้อยละ 92^{6,7} การศึกษาในประเทศไทย พบว่า หลังจากฉีดวัคซีนชนิดเชื้อตาย (Inactivated vaccine) เช่น วัคซีน Sinovac 2 เข็ม มีระดับ neutralizing antibody ต่อสายพันธุ์ B.1.617.2 ต่ำมากจนไม่สามารถตรวจวัดระดับได้ในบางคน⁸ จากข้อมูลที่ว่าวัคซีนสามารถป้องกันความรุนแรงของโรคจากเชื้อกลายพันธุ์ได้ดีเช่นเดิม กรมควบคุมโรค จึงพิจารณาฉีดวัคซีนเพิ่มในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อป้องกันการติดเชื้อในระหว่างการทำงาน ข้อมูลเบื้องต้นพบว่า หากฉีดวัคซีน AstraZeneca ต่อจากวัคซีน Sinovac จะกระตุ้นภูมิคุ้มกันให้สูงขึ้นมากได้ นอกจากนี้

การเปลี่ยนชนิดของวัคซีนในเข็มกระตุ้น ยังเป็นการช่วยกระตุ้นภูมิระบบเซลล์ (cell mediated immunity) เนื่องจากวัคซีนของ Sinovac การตอบสนองภูมิระบบเซลล์ต่ำ ดังนั้น ในช่วงกลางเดือนกรกฎาคม 2564 เป็นต้นมา จึงมีการแนะนำให้ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่เคยได้รับวัคซีน Sinovac 2 เข็ม มานานกว่า 3-4 สัปดาห์ ให้ฉีดกระตุ้นซ้ำเป็นเข็มที่ 3 ด้วยวัคซีน AstraZeneca หรือ วัคซีนชนิด mRNA เช่น วัคซีน Pfizer เพื่อกระตุ้นภูมิคุ้มกันให้มีอยู่ในระดับสูง และมีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคจากเชื้อกลายพันธุ์ได้ดีขึ้น ซึ่งจากการศึกษาของคณะผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านไวรัสวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย⁹ ได้ศึกษาประสิทธิภาพการกระตุ้นภูมิคุ้มกันโดยวัคซีนโควิด-19 ในคนไทย พบว่าผู้ที่ฉีดวัคซีน Sinovac สองเข็มแล้ว 4 สัปดาห์ สามารถสร้างแอนติบอดีต่อเชื้อโควิด-19 ได้ร้อยละ 99.49 และผู้ที่ฉีดวัคซีน AstraZeneca เข็มแรกแล้ว 4 สัปดาห์ สามารถสร้างแอนติบอดีต่อเชื้อโควิด-19 ได้ ร้อยละ 97.26 คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงระดับภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโควิด-19 ภายหลังการได้รับวัคซีนครบ 2 เข็ม หรือได้รับวัคซีนกระตุ้น (Booster dose) เป็นเวลา 4 สัปดาห์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโควิด-19 ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 และ 8 เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพิจารณาชนิดของวัคซีนสำหรับฉีด และการให้วัคซีนเข็มกระตุ้น เพื่อเพิ่มระดับภูมิคุ้มกันที่เพียงพอต่อการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ในกลุ่มประชากรเสี่ยง และประชากรทั่วไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อทราบระดับภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโควิด-19 ภายหลังการได้รับวัคซีนครบ 2 เข็ม หรือได้รับวัคซีนกระตุ้น (Booster dose) เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 และ 8

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโควิด-19 ภายหลังการได้รับวัคซีนครบ 2 เข็ม หรือได้รับวัคซีนกระตุ้น (Booster dose) เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 และ 8

นิยามศัพท์

Spike RBD หมายถึง โปรตีนตรงส่วนหนามบนผิวของไวรัสซาร์ส-โควี-2 สามารถจับกับโปรตีน angiotensin- converting enzyme 2 (ACE2) บนผิวของเซลล์มนุษย์ และทำให้ไวรัสสามารถเข้าสู่เซลล์มนุษย์ได้ โดยบริเวณของโปรตีนตรงส่วนหนาม (spike protein) ที่ทำหน้าที่จับกับโปรตีน ACE2 เรียกว่า Receptor-binding domain (RBD) ซึ่งประกอบไปด้วยกรดอะมิโนมากมาย ซึ่งมีกรดอะมิโน 6 ชนิดที่มีความสำคัญในการกำหนดความจำเพาะในการจับกันระหว่างไวรัสซาร์ส-โควี-2 และเซลล์ของมนุษย์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) โดยศึกษาข้อมูลจาก รายงานผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ การวัดระดับภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโควิด-19 (Anti-SARS-CoV-2) ในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลมะเร็่งอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี จำนวน 295 คน และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ของ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น จำนวน 90 คน ที่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 แล้วเจาะเลือดตรวจหาระดับภูมิคุ้มกันชนิด โป ร ตี น หน า ม (Anti- Receptor-binding domain Spike Protein: Spike RBD) ภายหลังการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ครบ 2 เข็ม หรือหลังได้รับวัคซีนกระตุ้น (Booster dose) เป็นเวลา 4 สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 385 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และมีเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ รายงานผลการตรวจวัดระดับภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโควิด-19 (Anti-SARS-CoV-2) ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลมะเร็่งอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ที่มีผลการตรวจระดับภูมิคุ้มกันชนิด Spike RBD ภายหลังการฉีดวัคซีนโควิด-19 ครบ 2 เข็ม หรือหลังได้รับวัคซีนกระตุ้น (Booster dose) เป็นเวลา 4 สัปดาห์

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ รายงานผลการตรวจวัดระดับภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโควิด-19 (Anti-SARS-CoV-2) ของประชากรทั่วไป

ดำเนินการวิจัยในเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากระบบฐานข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลมะเร็่งอุดรธานี ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การมีประวัติโรคเรื้อรัง ความสูง น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย ประวัติการรับวัคซีน และข้อมูลรายงานผลการตรวจระดับภูมิคุ้มกันชนิด Spike RBD

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ จากระบบฐานข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ที่ตรวจหาระดับภูมิคุ้มกันชนิดโปรตีนหนาม (Anti-Receptor binding domain Spike Protein : Spike RBD) ซึ่งเป็นการหาปริมาณ Total antibodies (IgG/IgA/IgM) โดยเครื่อง Elecsys Cobas e601 ของบริษัท Roche Diagnostics GmbH, Mannheim, Germany อาศัยหลักการ Electrochemiluminescence

Immunoassay (ECLIA) มีค่าความจำเพาะ (Specificity) 100% และมีค่าความไว (Sensitivity) 98.8% (95% CI : 98.1-99.3%)¹⁰ โดยแปลผลตามตารางที่ 1 โดยใช้แบบเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การมีประวัติโรคเรื้อรัง ส่วนสูง น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย ประวัติการรับวัคซีนโควิด-19 และข้อมูลผลการตรวจระดับภูมิคุ้มกันชนิด Spike RBD

ตารางที่ 1 การแปลผลการตรวจพบภูมิคุ้มกันชนิด Spike RBD จำแนกตามระดับภูมิคุ้มกัน

ระดับภูมิคุ้มกัน	การแปลผล
< 0.80 U/mL	ตรวจไม่พบภูมิคุ้มกันชนิด Spike RBD
≥ 0.80 U/mL	ตรวจพบภูมิคุ้มกันชนิด Spike RBD
≥ 15 U/mL	ตรวจพบภูมิคุ้มกันชนิด Spike RBD ในปริมาณที่มีความสอดคล้องกับวิธี surrogate virus neutralization test ที่สามารถยับยั้งไวรัสเข้าเซลล์ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 20%
≥ 132 U/mL	ตรวจพบภูมิคุ้มกันชนิด Spike RBD ในระดับสูงมากเป็นระดับที่สามารถใช้บริจาคพลาสมา เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ได้

ที่มา: Elecsys Anti-SARS-CoV-2 S. Roche Diagnostics GmbH: Sandhofer Strasse 116, D-68305 Mannheim; 2021.

วิธีการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ประสานงานกับโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี โดยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลผลการตรวจวัดระดับภูมิคุ้มกันชนิด Spike RBD จากระบบฐานข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ เพื่อไม่เป็นการล่วงละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ จะไม่สามารถเข้าถึงชื่อนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง โดยข้อมูลที่รวบรวมสำหรับการวิจัยมีเพียงข้อมูล เพศ อายุ การมีประวัติโรคเรื้อรัง ส่วนสูง น้ำหนัก (หาค่าดัชนีมวลกาย) ประวัติการรับวัคซีนโควิด-19 และข้อมูลผลการตรวจระดับภูมิคุ้มกันชนิด Spike RBD

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไป ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับภูมิคุ้มกันชนิด Spike RBD และวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับภูมิคุ้มกันชนิด Spike RBD โดยใช้ Multiple logistic regression โดยเสนอค่า Odds ratio และช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 นัยสำคัญทางสถิติใช้เกณฑ์ < 0.05

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาค้างนี้ จำนวน 385 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.9 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 39.6 ปี ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 77.7 (อยู่ระหว่างตั้งครรภ์ เพียง 4 ราย อายุครรภ์เฉลี่ย 25 สัปดาห์) ประวัติการได้รับวัคซีนโควิด-19 ครบ 2 เข็ม

ร้อยละ 12.7 และได้รับวัคซีนโควิด-19 เข็มกระตุ้น (Booster dose) ร้อยละ 87.3 ได้รับการตรวจระดับภูมิคุ้มกันต่อ Spike RBD หลังจากฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็ม 2 จำนวน 204 คน และได้รับการตรวจระดับภูมิคุ้มกันต่อ Spike RBD หลังจากฉีดวัคซีนโควิด-19 กระตุ้น (Booster dose) จำนวน 291 คน ดังตารางที่ 2

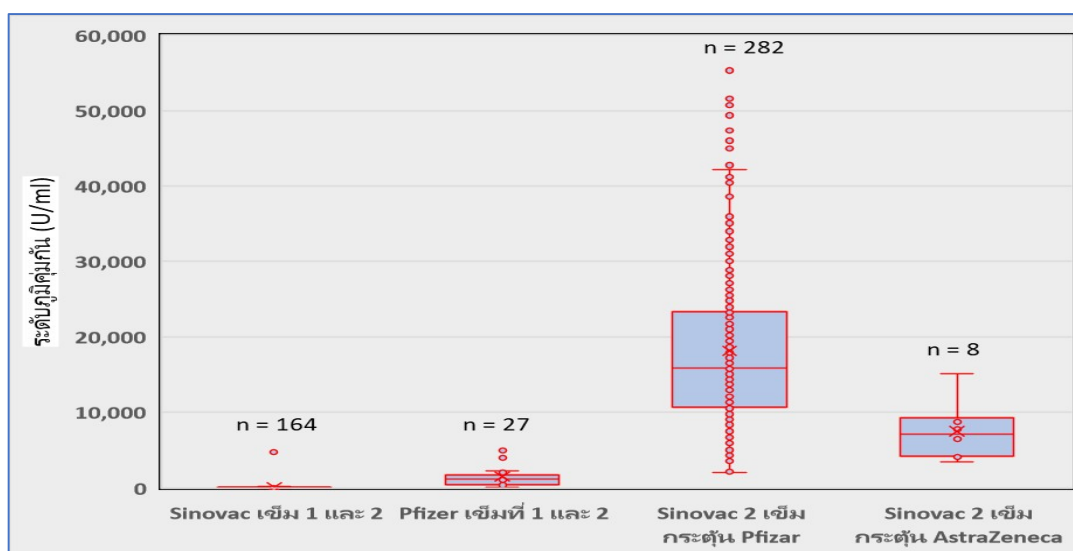
ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n = 385)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	89 (23.1)
ชาย	296 (76.9)
หญิง	
อายุ (ปี)	
< 30	53 (13.7)
30-39	147 (38.2)
40 - 49	127 (33.0)
50 ปี ขึ้นไป	58 (15.1)
ต่ำสุด 21 ปี สูงสุด 60 ปี	
เฉลี่ย 39.6 ปี SD = 9.1	
ประวัติโรคเรื้อรัง	
ไม่มี	299 (77.7)
มี (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตวาย อื่นๆ เป็นต้น)	86 (22.3)
ดัชนีมวลกาย	
< 25 กก./เมตร ²	269 (69.9)
25-29.9 กก./เมตร ²	82 (21.3)
30 กก./เมตร ²	34 (8.8)
ตรวจภูมิคุ้มกันหลังฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มที่ 2 (n = 385)	
ไม่ได้รับการตรวจ	181 (47.0)
ได้รับการตรวจ	204 (53.0)
ตรวจภูมิคุ้มกันหลังฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มที่ 3 (n = 336)	
ไม่ได้รับการตรวจ	45 (13.4)
ได้รับการตรวจ	291 (86.6)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
ประวัติการฉีดวัคซีนโควิด-19 (n = 385)	
Sinovac เข็มที่ 1 และ 2	2 (0.5)
Sinovac เข็มที่ 1 AstraZeneca เข็มที่ 2	2 (0.5)
Sinovac เข็มที่ 1 Pfizer เข็มที่ 2	5 (1.3)
AstraZeneca เข็มที่ 1 และ 2	5 (1.3)
AstraZeneca เข็มที่ 1 Pfizer เข็มที่ 2	7 (1.8)
Pfizer เข็มที่ 1 และ 2	28 (7.3)
Sinovac 2 เข็ม และกระตุ้นด้วย AstraZeneca	24 (6.2)
Sinovac 2 เข็ม และกระตุ้นด้วย Pfizer	312 (81.1)

เมื่อวิเคราะห์ระดับภูมิคุ้มกันชนิด Spike RBD ภายหลังการฉีดวัคซีนโควิด-19 ครบ 2 เข็ม หรือได้รับวัคซีนโควิด-19 เข็มกระตุ้น (Booster dose) เป็นเวลา 4 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับวัคซีนโควิด-19 เข็มกระตุ้น (Booster dose) ที่มีผลการตรวจระดับภูมิคุ้มกัน จำนวน 291 คน พบว่าทุกคนมีระดับภูมิคุ้มกันชนิด Spike RBD ในระดับสูงมาก (≥ 132 U/mL) ซึ่งเป็นระดับที่

สามารถใช้บริจาคพลาสมา เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ได้ และเมื่อเปรียบเทียบชนิดวัคซีนที่ได้รับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับวัคซีน Sinovac 2 เข็ม และกระตุ้นด้วย Pfizer จะมีระดับภูมิคุ้มกันชนิด Spike RBD สูงที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับวัคซีน Sinovac 2 เข็ม และกระตุ้นด้วย AstraZeneca ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงระดับภูมิคุ้มกันชนิด Spike RBD จำแนกตามชนิดและจำนวนครั้งที่ได้รับวัคซีนโควิด-19

เมื่อวิเคราะห์ระดับภูมิคุ้มกันชนิด Spike RBD ในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับวัคซีนโควิด-19 ครบ 2 เข็ม ที่มีผลการตรวจระดับภูมิคุ้มกัน จำนวน 204 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จำนวน

127 คน (ร้อยละ 62.3) ตรวจพบภูมิคุ้มกันชนิด Spike RBD ในปริมาณที่มีความสอดคล้องกับวิธี surrogate virus neutralization test ที่สามารถยับยั้งไวรัสเข้าเซลล์ได้ มากกว่าหรือเท่ากับ 20%

(≥ 15 U/mL) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรค ชนิด Spike RBD ที่ระดับสูงสุด (≥ 132 U/mL) ประจำตัว มีค่าดัชนีมวลกาย <25 กก./เมตร² เท่ากับร้อยละ 82.4, 69.1 และ 67.6 ตามลำดับ และกลุ่มอายุ <40 ปี ตรวจพบระดับภูมิคุ้มกัน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับภูมิคุ้มกันชนิด Spike RBD ภายหลังการได้รับวัคซีนโควิด-19 ครบ 2 เข็ม (n = 204)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)			รวม
	ระดับภูมิที่ตอบสนองต่อ Spike RBD			
	≥ 0.8–14.9 U/ml	≥ 15 U/mL	≥ 132 U/mL	
เพศ				
ชาย	4 (44.4)	28 (22.0)	14 (20.6)	46 (22.6)
หญิง	5 (55.6)	99 (78.0)	54 (79.4)	158 (77.4)
อายุ (ปี)				
< 40	3 (33.3)	58 (45.7)	46 (67.6)	107 (52.4)
40 – 49	4 (44.5)	56 (44.1)	15 (22.1)	75 (36.8)
50 ปี ขึ้นไป	2 (22.2)	13 (10.2)	7 (10.3)	22 (10.8)
ประวัติโรคเรื้อรัง				
ไม่มี	4 (44.4)	95 (74.8)	56 (82.4)	155 (76.0)
มี	5 (55.6)	32 (25.2)	12 (17.6)	49 (24.0)
ดัชนีมวลกาย				
< 25 กก./เมตร ²	5 (55.6)	97 (76.4)	47 (69.1)	149 (73.0)
25 กก./เมตร ² ขึ้นไป	4 (44.4)	30 (23.6)	21 (30.9)	55 (27.0)
ประวัติการฉีดวัคซีนโควิด-19				
Sinovac (Sn) ครบ 2 เข็ม	9 (100)	125 (98.4)	30 (44.1)	164 (80.3)
AstraZeneca (Az) ครบ 2 เข็ม	0 (0)	0 (0)	1 (1.5)	1 (0.5)
Pfizer (Pfz) ครบ 2 เข็ม	0 (0)	1 (0.8)	26 (38.2)	27 (13.2)
Sn เข็มที่ 1 Az เข็ม 2	0 (0)	1 (0.8)	1 (1.5)	2 (1.0)
Sn เข็มที่ 1 Pfizer เข็ม 2	0 (0)	0 (0)	5 (7.4)	5 (2.5)
Az เข็มที่ 1 Pfizer เข็มที่ 2	0 (0)	0 (0)	5 (7.4)	5 (2.5)

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อระดับภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโควิด-19 ชนิด Spike RBD ภายหลังจากได้รับวัคซีนโควิด-19 ครบ 2 เข็ม เมื่อควบคุมตัวแปรเพศ อายุ การมีโรคประจำตัว และค่าดัชนีมวลกาย พบว่า ไม่มีผลต่อระดับภูมิคุ้มกันชนิด Spike RBD ส่วนกลุ่มที่ได้รับวัคซีน Pfizer อย่างน้อย 1 เข็ม จะมีภูมิคุ้มกันชนิด Spike RBD ระดับตั้งแต่ 132 U/mL ขึ้นไป 197.4 เท่า (95% CI = 23.2–1677.0) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีน Pfizer อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อระดับภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโควิด-19 ชนิด Spike RBD ในกลุ่มที่รับวัคซีนโควิด-19 ครบ 2 เข็ม (n = 204)

ข้อมูล	ระดับภูมิคุ้มกันชนิด Spike RBD		Crude OR (95% CI)	Adjust OR (95% CI)	p-value
	< 132 U/mL	≥ 132 U/mL			
เพศ					
ชาย	32 (23.5)	14 (20.6)	1	1	
หญิง	104 (76.5)	54 (79.4)	1.2 (0.6–2.4)	1.7 (0.6–4.6)	0.301
อายุ (ปี)					
< 40	61 (44.9)	46 (67.6)	1.6 (0.6–4.3)	4.7 (0.8–27.5)	0.083
40 – 49	60 (44.1)	15 (22.1)	0.5 (0.2–1.5)	1.8 (0.3–10.5)	0.507
50 ปีขึ้นไป	15 (11.0)	7 (10.3)	1	1	
ประวัติโรคเรื้อรัง					
ไม่มี	99 (72.8)	56 (82.4)	1.7 (0.8–3.6)	0.7 (0.3–2.0)	0.564
มี	37 (27.2)	12 (17.6)	1	1	
ดัชนีมวลกาย					
< 25 กก./เมตร ²	102 (75.0)	47 (69.1)	1	1	
25 กก./เมตร ² ขึ้นไป	34 (25.0)	21 (30.9)	1.5 (0.8–2.9)	1.6 (0.7–4.0)	0.287
ประวัติการรับวัคซีน					
วัคซีนอื่น ๆ	135 (99.3)	32 (47.1)	1	1	
Pfizer 1 หรือ 2 เข็ม	1 (0.7)	36 (52.9)	151.9 (20.1–1149.5)	197.4 (23.2–1677.0)	<0.001

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากระบบฐานข้อมูลรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อตรวจหาระดับภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโควิด-19 (Anti SARS-CoV-2) โดยวิธี ECLIA ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 และ 8 จำนวน 385 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.9 อายุเฉลี่ย 39.6 ปี (SD = 9.1) ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 77.7 ดังตารางที่ 2 ผลการตรวจวัดระดับภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโควิด-19 ภายหลังการได้รับวัคซีนโควิด-19 ครบ 2 เข็ม พบว่า ผู้ที่มีระดับภูมิคุ้มกันชนิด Spike RBD (≥ 0.80 U/mL) เท่ากับร้อยละ 4.4 ระดับภูมิคุ้มกันชนิด Spike RBD ในปริมาณที่มีความสอดคล้องกับวิธี

surrogate virus neutralization test ที่สามารถยับยั้งไวรัสเข้าเซลล์ได้ มากกว่าหรือเท่ากับ 20% (≥ 15 U/mL) เท่ากับร้อยละ 62.3 และตรวจพบระดับภูมิคุ้มกันชนิด Spike RBD ในระดับสูงมากที่สามารถใช้บริจาคพลาสมาเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ได้ (≥ 132 U/mL) เท่ากับร้อยละ 33.3 เมื่อตรวจระดับภูมิคุ้มกันชนิด Spike RBD จำแนกตามชนิดของวัคซีนที่ได้รับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับวัคซีน Sinovac เข็ม 1 และ 2 มีระดับภูมิคุ้มกันชนิด Spike RBD ในระดับ ≥ 15 U/mL มากที่สุด ร้อยละ 76.2 รองลงมาคือ มีระดับภูมิคุ้มกันชนิด Spike RBD ในระดับ ≥ 132 U/mL เท่ากับร้อยละ 18.3 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับวัคซีน Pfizer เข็ม 1 และ 2 มีระดับภูมิคุ้มกันชนิด Spike RBD ในระดับ ≥ 132 U/mL มากที่สุด ร้อยละ 96.3 ดังตารางที่ 3

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อระดับภูมิคุ้มกัน พบว่าปัจจัย เพศ อายุ ประวัติโรคเรื้อรัง และค่าดัชนีมวลกาย ไม่มีผลต่อระดับภูมิคุ้มกัน ชนิด Spike RBD ส่วนประวัติการฉีดวัคซีนพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ฉีดวัคซีน Pfizer อย่างน้อย 1 เข็ม จะมีภูมิคุ้มกันชนิด Spike RBD ระดับตั้งแต่ 132 U/mL ขึ้นไป เป็น 197.4 เท่า (95% CI = 23.2–1677.0) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีน Pfizer อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p -value < 0.001 (ตารางที่ 4) สอดคล้องกับการศึกษาของคณะผู้เชี่ยวชาญ⁹ ที่ทำการศึกษาจากข้อมูลผลการตรวจวัดระดับภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโควิด-19 ในกลุ่มตัวอย่าง 4 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 : กลุ่มผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อโควิด โดยเจาะเลือดหลังจากนั้น 4-8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มที่ไม่เคยติดเชื้อและไม่ได้ฉีดวัคซีน ทุกรายตรวจไม่พบภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ กลุ่มผู้เคยมีการติดเชื้อโดยธรรมชาติ ตรวจพบภูมิคุ้มกัน ร้อยละ 92.40 (ปริมาณเฉลี่ย 60.9 U/ml) กลุ่มที่ 2: กลุ่มที่ไม่ได้ฉีดวัคซีน โดยก่อนฉีดวัคซีนทุกรายตรวจไม่พบภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ กลุ่มที่ 3: กลุ่มที่ฉีดวัคซีน AstraZeneca โดยเจาะเลือดก่อนฉีด และหลังฉีดเข็มที่หนึ่งแล้ว 4 สัปดาห์ พบว่าเพศชาย ตรวจพบภูมิคุ้มกัน ร้อยละ 93.55 (ปริมาณเฉลี่ย 32.9 U/ml) เพศหญิง ตรวจพบภูมิคุ้มกัน ทุกราย (ปริมาณเฉลี่ย 62.3 U/ml) และกลุ่มอายุ 18-59 ปี ตรวจพบภูมิคุ้มกัน ทุกราย (ปริมาณเฉลี่ย 67.2 U/ml) และกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี ตรวจพบภูมิคุ้มกัน ร้อยละ 93.11 (ปริมาณเฉลี่ย 28.1 U/ml) กลุ่มที่ 4: กลุ่มที่ฉีดวัคซีน Sinovac โดยเจาะเลือดก่อนฉีด และหลังฉีดเข็มที่หนึ่งแล้ว 3 สัปดาห์ และหลังฉีดเข็มที่สองแล้ว 4 สัปดาห์ พบว่า ก่อนฉีดวัคซีนทุกรายตรวจไม่พบภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ หลังฉีดเข็มแรก 3 สัปดาห์ ตรวจพบภูมิคุ้มกัน ร้อยละ 65.96 (ปริมาณเฉลี่ย 1.9 U/ml) และหลังฉีดเข็มที่สอง 4 สัปดาห์ ตรวจพบ

ภูมิคุ้มกัน ร้อยละ 99.49 (ปริมาณเฉลี่ย 85.9 U/ml) ซึ่งสรุปว่า วัคซีนทั้งสองชนิดสามารถกระตุ้นภูมิคุ้มกันได้ดีมาก ผู้ได้รับวัคซีนเกือบทุกรายสามารถสร้างภูมิคุ้มกันในระดับสูงและการศึกษาของศูนย์วิจัยคลินิก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล¹¹ ที่ศึกษาการฉีดวัคซีนโควิด-19 ชนิดไขว้ เทียบกับการฉีดด้วยวัคซีนชนิดเดียวกัน พบว่า การฉีดวัคซีน AstraZeneca แล้วตามด้วย Pfizer ได้ระดับภูมิคุ้มกันสูงสุด 2,259.9 U/ml, การฉีดวัคซีน Sinovac แล้วตามด้วย Pfizer ได้ระดับภูมิคุ้มกันรองลงมา 2,181.8 U/ml, การฉีดวัคซีน Sinovac แล้วตามด้วย AstraZeneca ได้ระดับภูมิคุ้มกันสูงสุด 1,049.7 U/ml ซึ่งสูงกว่า AstraZeneca แล้วตามด้วย Sinovac ที่ได้รับระดับภูมิคุ้มกันเพียง 172.1 U/ml, AstraZeneca 2 เข็ม ได้ระดับภูมิคุ้มกัน 278.5 U/ml, Sinovac 2 เข็ม ได้ระดับภูมิคุ้มกัน 164.4 U/ml จึงสรุปได้ว่า การใช้วัคซีน Sinovac เป็น เข็ม แรก แล้ว ตาม ด้วย AstraZeneca หรือ Pfizer เป็นเข็มที่ 2 สามารถกระตุ้นภูมิคุ้มกันได้ดี การฉีดวัคซีน AstraZeneca เป็นเข็มแรก ควรตามด้วย Pfizer เป็นเข็มที่ 2 และจากข้อมูลนักวิจัยคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัย Northwestern University ในชิคาโก โดยวัดการตอบสนองของวัคซีนก่อนและหลังฉีดวัคซีนเข็ม Booster ในกลุ่มคนวัยกลางคนที่มีความแข็งแรงจำนวน 33 คน ที่ได้รับการฉีดวัคซีนเข็ม 2 อย่างน้อย 9 เดือนที่ผ่านมา ก่อนที่จะได้รับการฉีดวัคซีนเข็ม Booster ระดับภูมิคุ้มกันของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ลดลงประมาณ 10 เท่า หลังจากที่ได้รับวัคซีนเข็มที่ 2 แต่หลังจากได้รับเข็ม Booster ประมาณ 6-10 วัน ระดับภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้นถึง 25 เท่า และมากกว่าระดับภูมิคุ้มกันหลังจากที่ได้รับวัคซีน 2 เข็ม ถึง 5 เท่า นักวิจัยจึงเชื่อว่า วัคซีนเข็ม Booster น่าจะช่วยคุ้มครอง

และปกป้องผู้คนได้ในระยะที่ยาวนานมากขึ้นเมื่อเทียบกับการฉีดวัคซีนโควิด-19 เพียง 2 เข็ม¹²

โดยสรุป การตรวจระดับภูมิคุ้มกันภายหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 จะช่วยให้ทราบว่าผู้ที่ฉีดวัคซีนไปแล้ว ตอบสนองต่อวัคซีนดีหรือไม่ และวัคซีนชนิดใดไม่ตอบสนองกับร่างกาย ก็อาจจำเป็นต้องเปลี่ยนชนิดวัคซีนตัวใหม่แทน ซึ่งข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้ คือไม่มีการเจาะเลือดอาสาสมัครเพื่อตรวจหาระดับภูมิคุ้มกันก่อนฉีดวัคซีน จึงทำให้ไม่ทราบว่าระดับภูมิคุ้มกันภายหลังจากรับวัคซีนของอาสาสมัครที่ตรวจพบนั้น ว่าเกิดขึ้นจากการติดเชื้อหรือเกิดจากการรับวัคซีน แต่จุดแข็งของการศึกษานี้ ที่พบว่า การให้วัคซีนเข็ม 1 และ เข็ม 2 ต่างชนิดกัน จะทำให้ระดับภูมิคุ้มกันชนิด Spike RBD เพิ่มขึ้นมากกว่าการได้รับวัคซีนชนิดเดียวกันทั้ง 2 เข็ม (ภาพที่ 1) ซึ่งประเทศไทยใช้วัคซีนชนิดเชื้อตายเป็นวัคซีนหลักในช่วงแรก และนำมาฉีดไขว้กับวัคซีนชนิดอื่น เช่น วัคซีน Sinovac + AstraZeneca ซึ่งประเทศอื่นไม่ได้ใช้สูตรนี้ แต่อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากการรับวัคซีนระดับภูมิคุ้มกันจะค่อย ๆ ลดลงตามเวลา โดยพบว่า อาสาสมัครที่ฉีดวัคซีนโควิด-19 จะมีระดับภูมิคุ้มกันจะลดลง ร้อยละ 40 ในแต่ละเดือน ส่วนผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 จะมีระดับภูมิคุ้มกันลดลงในแต่ละเดือน เพียงร้อยละ 5 เท่านั้น และเมื่อเวลาผ่านไป 6 เดือน อาสาสมัคร ร้อยละ 16.1 จะมีระดับภูมิคุ้มกันลดลงจนตรวจไม่พบภูมิคุ้มกัน¹³ ประชาชนจึงจำเป็นต้องได้รับการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น และถ้าภูมิคุ้มกันที่มีระดับสูงการลดลงจะใช้เวลาานกว่า ทำให้สามารถป้องกันได้มากกว่า และภูมิคุ้มกันที่เกิดขึ้นไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อได้ 100% ดังนั้น หลังการฉีดวัคซีน โควิด-19 ยังคงต้องปฏิบัติตามแนววิถีใหม่อย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการติดเชื้อด้วยวิธีอื่น ๆ เช่น สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือ และรักษาระยะห่างทาง

สังคม ในช่วงที่ยังมีการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาระดับภูมิคุ้มกันต่อ Spike RBD ภายหลังจากได้รับวัคซีนครบชุด 2 เข็ม หรือได้รับวัคซีนกระตุ้น (Booster dose) เป็นระยะเวลา 1 ปี เพื่อทราบระดับภูมิคุ้มกันชนิด Spike RBD ว่ายังมีระดับภูมิคุ้มกันที่เพียงพอต่อการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 หรือไม่ สำหรับใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการพิจารณาให้วัคซีนในปีต่อไป
2. ควรมีการประเมินต้นทุนประสิทธิผลของการใช้วัคซีนสูตรต่าง ๆ เพื่อบอกถึงความคุ้มค่าของการใช้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อโควิด-19

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์อิสระ เจริญวิริยบุญญา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ที่ให้คำปรึกษาและสนับสนุนการดำเนินงานวิจัย และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Rothan HA, Byrareddy SN, The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. J Autoimmune 2020; 109(26): 102433.
2. กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2564). แนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 ในสถานการณ์การระบาด ปี 2564

- ของประเทศไทย ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2. บริษัท
ทีเอส อินเทอร์เน็ต จำกัด, สิงหาคม 2564.
3. ฐานข้อมูล MOPH Immunization Center
สืบค้นเมื่อ 20 กรกฎาคม 2564.
 4. Wu K, Werner AP, Koch M, Choi A,
Narayanan E, Stewart-Jones GBE, et al.
Serum Neutralizing Activity Elicited by
mRNA-1273 Vaccine. N Engl J Med
2021;384:1468-70.
 5. Shinde V, Bhikha S, Hoosain Z, Archary
M, Bhorat Q, Fairlie L, et al. Efficacy of
NVX-CoV2373 Covid-19 Vaccine against
the B.1.351 Variant. N Engl J Med
2021;384:1899-909.
 6. Public Health of England. Effectiveness
of COVID-19 vaccines against hospital
admission with the Delta (B.1.617.2)
variant. Available from:
[https://khub.net/web/phe-
national/public-library/-
/document_library/v2WsRK3ZLEig/view
_file/479607329?_com_liferay_docume
nt_library_web
_portlet_DLPortlet_INSTANCE_v2WsRK3
ZLEig_redirect=https%3A%2F%2Fkhub.
net%3A443%2Fweb%2Fphe-
national%2Fpublic-library%2F-
%2Fdocument_library%2Fv2WsRK3ZLEi
g%2Fview%2F479607266](https://khub.net/web/phe-national/public-library/-/document_library/v2WsRK3ZLEig/view_file/479607329?_com_liferay_document_library_web_portlet_DLPortlet_INSTANCE_v2WsRK3ZLEig_redirect=https%3A%2F%2Fkhub.net%3A443%2Fweb%2Fphe-national%2Fpublic-library%2F%2Fdocument_library%2Fv2WsRK3ZLEig%2Fview%2F479607266)
 7. AstraZeneca. AZD1222 US Phase III trial
met primary efficacy endpoint in
preventing COVID-19 at interim analysis
[Internet]. Astrazeneca.com. 2021
[cited 2021 May 19]. Available from:
[https://www.astrazeneca.com/media-](https://www.astrazeneca.com/media-centre/press-releases/2021/astrazeneca-us-vaccinetrial-met-primary-endpoint.html)
 - [centre/press-
releases/2021/astrazeneca-us-
vaccinetrial-met-primary-endpoint.html](https://www.astrazeneca.com/media-centre/press-releases/2021/astrazeneca-us-vaccinetrial-met-primary-endpoint.html)
 8. Vacharathit V, Aiewsakun P,
Manopwisedjaroen S, et al. SARS-
CoV-2 variants of concern exhibit
reduced sensitivity to live-virus
neutralization in sera from CoronaVac
vaccinees and naturally infected
COVID-19 patients. medRxiv preprint
doi: [Internet]. /2021. [cited 2021 Oct
10] : Available from :
[https://doi.org/10.1101/2021.07.10.212
60232](https://doi.org/10.1101/2021.07.10.21260232)
 9. คณะผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านไวรัสวิทยา
คลินิก คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย กระทรวงการอุดมศึกษา
วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม. สรุป
ประสิทธิภาพการกระตุ้นภูมิคุ้มกันโดยของวัคซีน
โควิด-19 ในไทย. [อินเทอร์เน็ต]. /2564. [
เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 ต.ค. 2564] : เข้าถึงได้จาก
[https://kinrehab.com/news/view/346/
ประสิทธิภาพการกระตุ้นภูมิคุ้มกัน-วัคซีนโควิด-
19](https://kinrehab.com/news/view/346/ประสิทธิภาพการกระตุ้นภูมิคุ้มกัน-วัคซีนโควิด-19)
 10. Elecsys Anti-SARS-CoV-2 S. Roche
Diagnostics GmbH : Sandhofer Strasse
116, D-68305 Mannheim; 2021.
 11. ศูนย์วิจัยคลินิก คณะแพทยศาสตร์ศิริราช
พยาบาล. การศึกษาการฉีดวัคซีนโควิด-19
ไขว้ เทียบการฉีดวัคซีนชนิดเดียวกัน.
[อินเทอร์เน็ต]. /2564. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 21
ก.ย. 2564] : เข้าถึงได้จาก
[https://www.pptvhd36.com/news/
สุขภาพ/156853](https://www.pptvhd36.com/news/สุขภาพ/156853)

12. Northwestern University. Boosters increase protection over full vaccine dose. [Internet]. /2021. [cited 2021 Nov 22] : Available from : <https://news.northwestern.edu/stories/2021/11/boosters-increase-protection-over-full-vaccine-dose/>
13. Einav G. Levin, M.D., Yaniv Lustig, Ph.D., Carmit Cohen, Ph.D., Ronen Fluss, M.Sc., Victoria Indenbaum, Ph.D., Sharon Amit, M.D., et al. Waning Immune Humoral Response to BNT162b2 Covid-19 Vaccine over 6 Months. [Internet]. /2021. [cited 2021 Oct 6] : Available from : <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa2114583>

ข้อแนะนำสำหรับผู้วิจัย
วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน
(Academic Journal of Community Public Health: AJCPH)

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับผู้เขียน (Instructions for the Authors)

- วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน (Academic Journal of Community Public Health) กำหนดตีพิมพ์ปีละ 4 ฉบับ (มกราคม-มีนาคม เมษายน-มิถุนายน กรกฎาคม-กันยายน และ ตุลาคม - ธันวาคม)
- วารสารพิจารณาตีพิมพ์บทความวิจัยประเภทนิพนธ์ต้นฉบับ (Research article) โดยต้องเป็นงานที่ไม่เคยถูกนำไปพิมพ์เผยแพร่ในวารสารอื่นใดมาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาลงในวารสารใด ๆ
- กองบรรณาธิการจะพิจารณาต้นฉบับ (Manuscript) ตามข้อกำหนดของรูปแบบวารสาร และส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา (Peer review) จำนวน 3 คน เป็นผู้อ่าน

ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

- ต้นฉบับพิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษขนาด A 4 ความยาวไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ (รวมเนื้อหาทุกส่วน)
- กรอบของข้อความ ขอบบน 1.25 นิ้ว ขอบล่าง 1.0 นิ้ว ขอบซ้าย 1.25 นิ้ว ขอบขวา 1.0 นิ้ว
- ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 ช่วงบรรทัด
- ตัวอักษร ใช้ TH SarabunPSK ขนาด 16 point หัวข้อใช้ขนาด 16 point ตัวหนา

การเรียงลำดับเนื้อหาต้นฉบับ

1. ชื่อเรื่อง (Title)

- ภาษาไทย ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ภาษาอังกฤษ ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

2. ชื่อผู้เขียน (Authors)

- ชื่อผู้เขียน (ทุกคน) ภาษาไทย – ภาษาอังกฤษ ชื่อย่อวุฒิการศึกษา ขนาด 14 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ตำแหน่ง/สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้เขียน ภาษาไทย – ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- E-mail address ของผู้วิจัยหลัก (Corresponding author)

3. บทคัดย่อ (Abstract)

- ชื่อ “บทคัดย่อ” และ “Abstract” ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบ ความยาวภาษาไทย **ไม่เกิน** 300 คำ ความยาวภาษาอังกฤษ **ไม่เกิน** 300 คำ เขียนให้ครอบคลุมสาระสำคัญ คือ ภูมิหลัง วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุป และอภิปรายผลการศึกษา

4. **คำสำคัญ (Keyword)** ให้พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 5 คำ
5. **บทนำ (Introduction)** บรรยายประเด็นปัญหาของงานวิจัยและเหตุผลในการทำวิจัย และระบุถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยในส่วนท้ายของบทนำ
6. **วิธีดำเนินการวิจัย (Methods)** ระบุรูปแบบงานวิจัย (Research design) ประชากรที่ศึกษา (Studying population) ขนาดตัวอย่าง (Sample size) และวิธีสุ่มตัวอย่าง (Sampling method) ตลอดทั้งวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Collecting data) การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) วิธีการวิเคราะห์ (Analyses) และสถิติที่ใช้ (Statistics) จริยธรรมการวิจัย (Ethical Research) พร้อมระบุหมายเลข และสถาบัน/หน่วยงานที่รับรองจริยธรรม
7. **ผลการวิจัย (Results)** ควรนำเสนอผลการวิจัยเรียงตามลำดับให้สอดคล้องกับการตอบตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ตามลำดับ ถ้ามีการนำเสนอผลในรูปแบบตาราง กราฟ หรือรูปภาพ ควรมีการอธิบายผลที่สอดคล้องกัน
8. **สรุปและอภิปรายผลการวิจัย (Conclusion and Discussion)** การเขียนอภิปรายผล ควรมุ่งไปที่ประเด็นสำคัญ ๆ ของผลการวิจัย และควรมีหลักฐานอ้างอิงประกอบด้วยเสมอ และ สรุปผลเฉพาะเนื้อหาในแง่ของผลการวิจัยที่สำคัญ ๆ ซึ่งอาจรวมถึงการนำผลการวิจัยไปใช้ด้วย
9. **กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)**
10. **เอกสารอ้างอิง (References)**
 - ใช้การอ้างอิงแบบตัวเลขตามระบบ Vancouver
 - การอ้างอิงในเนื้อหาใช้ตัวเลขอารบิกแทนเอกสารที่อ้างถึง โดยใส่ตัวเลขเหนือบรรทัด (Superscript) ไว้ท้ายข้อความที่ต้องการอ้างอิง
 - ในส่วนเอกสารอ้างอิง (References) การอ้างอิงตัวเลขใส่ตามลำดับที่อ้างอิง ตั้งแต่เลข 1 เป็นต้นไปจนจบเอกสาร หากต้องการอ้างเอกสารที่เคยอ้างแล้วซ้ำอีก ให้ใส่หมายเลขเดิมที่เคยอ้างไว้ครั้งแรก และหมายเลขที่อ้างอิงถึงในเนื้อหานั้น จะต้องตรงกับหมายเลขที่มีการกำกับไว้ในส่วนอ้างอิงในเนื้อหา
 - เอกสารที่อ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับในส่วนเอกสารอ้างอิง
11. **ตาราง รูป ภาพ แผนภูมิ (Table, Figure and Diagram)**

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงในเนื้อหา

.....ผู้ป่วยเสียชีวิต 136 ราย¹ จากสถานการณ์การระบาดของโรค
ไข้เลือดออกจะเห็นว่า โรคไข้เลือดออกยังคงเป็นการจัดตั้งศูนย์ซึ่งเป็นพาหนะนำ
เชื้อไวรัสโรคไข้เลือดออกมาสู่คน²การป้องกันและ
ควบคุมโรคไข้เลือดออกต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน⁵

ตัวอย่างการเขียนส่วนเอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง. สถานการณ์โรคไข้เลือดออกปี 2556. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข, 2557.
2. สำนักโรคติดต่อฯ. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเดงกี. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2554.
3.
4.
5. อรุณ พิศาลสุทธิกุล, สุเมธ พรหมอินทร์ และวันชัย ธรรมสัจจาร. “พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน กรณีศึกษา: หมู่บ้านในเขตตำบลคานโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดสตูล,” สงขลานครินทร์เวชสาร. 27(1) : 81-89 ; มกราคม-กุมภาพันธ์, 2552.

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม สำหรับการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ต้องคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในคน โดยได้ระบุถึงความเคารพในบุคคล (Respect to person) เช่น การขอความยินยอม ความเป็นส่วนตัว และการเก็บรักษาความลับ

การส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์

- ให้ผู้พิมพ์ส่งไฟล์ต้นฉบับในรูปแบบ Word document มาที่กองบรรณาธิการวารสารวิชาการสาธารณสุข <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph>
- วารสารที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตีพิมพ์ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการตีพิมพ์ 3,000 บาท

การชำระเงิน โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย

ชื่อบัญชี “วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน”

เลขบัญชี “955-0-13237-4”

(ให้แนบหลักฐานการโอนมาที่ E-mail: editorial.ajcph@gmail.com)