



วารสารวิชาการ
สาธารณสุขชุมชน

Academic
Journal of Community Public Health

Volume 8 Number 2 April - June 2022

วารสารวิชาการ
สาธารณสุขชุมชน



วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน (Academic Journal of Community Public Health : AJCPH)

วัตถุประสงค์วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

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

ขอบเขตบทความตีพิมพ์

บทความตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชนควรสอดคล้องกับขอบเขตงานด้านสาธารณสุข สำหรับศตวรรษที่ 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 10210

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

คณะกรรมการวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

คณะกรรมการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ นพ.ประเวศ วะสี

นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

นพ.ชูชัย ศรชำนิ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุปรिता อุดุลยานนท์

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

รองศาสตราจารย์ นพ.สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ

นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

นพ.วีระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ

ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

พญ.สุพัตรา ศรีวิเศษชากร

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ทุกแห่ง

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.นพ.ศาสตร์ เสาวคนธ์

ศาสตราจารย์ ดร.นพ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์

ศาสตราจารย์ ดร.สธิกร พงศ์พานิช

รองศาสตราจารย์ ดร.สุพัตรา ขาติบุญชาชัย

รองศาสตราจารย์พิพัฒน์ ลักษณะมีจรัสกุล

รองศาสตราจารย์ ดร.เฉลิมพล ต้นสกุล

รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนา สำโรงทอง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทร แสนไชยสุริยา

คณบดีคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา

คณบดีสำนักวิชาสหเวชศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

นายประพัทธ์ ธรรมวงศา

นายธาดา วรธปัยกุล

นายมงคล เงินแจ้ง

นายปิ่น นันทะเสน

มหาวิทยาลัยบูรพา

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มหาวิทยาลัยมหิดล

มหาวิทยาลัยชินวัตร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มหาวิทยาลัยทักษิณ

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

มหาวิทยาลัยบูรพา

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ประธานชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย

ประธานมูลนิธิเครือข่ายหมออนามัย

นายกสมาคมหมออนามัย

นายกสมาคมวิชาชีพสาธารณสุข

กองบรรณาธิการ

บรรณาธิการบริหาร

รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ พรหมสัตยพรต

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

อาจารย์บุญเรือง ขาวนวล

มหาวิทยาลัยทักษิณ

นายปริญญา ระลึก

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บรรณาธิการวิชาการ

รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

กองบรรณาธิการวิชาการ

รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน

มหาวิทยาลัยนเรศวร

รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์

มหาวิทยาลัยทักษิณ

รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ พรหมสัตยพรต

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช

มหาวิทยาลัยทักษิณ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประจวบ แผลมหลัก

มหาวิทยาลัยพะเยา

ดร.รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

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.อรัญญา ศรีทองธรรม

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี

ดร.นภชา สิงห์วีระธรรม

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

อาจารย์บุญเรือง ขาวนวล

มหาวิทยาลัยทักษิณ

ฝ่ายจัดการ

นายปริญญา ระลึก

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

นายสมบัติชาติโพธิ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

อาจารย์ ดร.ภัทรพล โพนไพรสันต์

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บรรณาธิการแถลง

เรียน ผู้นิพนธ์ ผู้อ่าน วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชนทุกท่าน

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน ก้าวเข้าสู่ปีที่ 8 พร้อมเผยแพร่ผลงาน วิชาการ ผลงานวิจัยที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับเหตุการณ์ปัจจุบัน โดยฉบับนี้ ประกอบด้วยเนื้อหา เกี่ยวกับการป้องกันผู้สูงอายุจากภาวะสมองเสื่อม ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้วยเนื้อหาและบทความได้ให้ความสำคัญกับคุณภาพของบทความ ซึ่งแต่ละบทความผ่านการพิจารณา ผู้ทรงคุณวุฒิ 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
■ แนวทางการป้องกันผู้สูงอายุจากภาวะสมองเสื่อม ชลิต เชาว์วิไล วินัย พูลศรี ธีรนนท์ ตันพานิชย์	8	■ Guidelines for Protecting the Elderly from Dementia Chalit Chaowilai Winai Poonsri Teeranun Tanpanich
บทความวิจัย		Research article
■ ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลของพนักงานเก็บขยะของเทศบาลตำบลในจังหวัดภูเก็ต จิตติพงศ์ สังข์ทอง นิศากร ตันติวิบูลชัย	16	■ Personal Factors Affecting Use of Personal Protective Equipment Behaviors for Solid Waste Collectors of Subdistrict Municipality in Phuket Province. Jittipong Sungthong Nisakorn Tantiwiboonchai
■ ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับการเกิดโรคไตเรื้อรัง อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น ดำรงศักดิ์ อบเหลือง ชนัญญา จิรพรกุล อมรรัตน์ เพ็ญเกษ เนาวรัตน์ มณีนิล วันเฉลิม รัตนวงษ์	29	■ Association Between the Duration of Type 2 Diabetes Mellitus and Chronic Kidney Disease in Kranuan District, Khon Kaen Province Damrongsak Obluang Chananya Jiraponkul Amornrat Pheangket Naowarat Maneenin Wanchalerm Rattanawong
■ ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มิรันตี พงา ชนัญญา จิรพรกุล กมล ศรีสว่างวงศ์ เนาวรัตน์ มณีนิล	42	■ Association Between the Duration of Hypertension and Stroke Among Hypertension Patients in Yangtalad District Kalasin Province Miruntee Phaengnga Chananya Jiraponkul Kamon Srisawangwong Naowarat Maneenin

สารบัญ	หน้า Page	Contents
■ ความผิดปกติของการกินและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในนักเรียนวัยรุ่นหญิงของพื้นที่รับผิดชอบของเขตสุขภาพที่ 8 อภิชาติ ศรีอวน เบญจา มุกตพันธุ์	53	■ Eating Disorders and Associated Factors Among Female Adolescent Students in the Responsibility Area of Regional Health 8 th Apichit Sriouan Benja Muktabhant
■ มาตรการความปลอดภัยในโรงเรียน เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจราจรโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงเรียนเสนางคนิคม อำเภอเสนางคนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ ดุขฤิ ไชยมาตย์ จักรพงษ์ พระสุรัตน์	67	● Safety Measures in Schools to Prevent Traffic Accidents by Engaging Communities, Senangkhanikhom School, Senangkhanikhom District, Amnat Charoen Province. Dusdee Chaimart Jackrapong Prasurat
● ความคาดหวังต่อสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ที่พึงประสงค์ของนักวิชาการสาธารณสุข ศศิวรรณ ทศนเอี่ยม นำพร อินสิน วิบูลย์สุข ตาลกุล กาญจนา วงษ์สวัสดิ์	77	● Expectations of Desired Competency in the 21st Century among Public Health Technical Officer Sasiwan Tassana-iem Numporn Insin Wiboonsuk Talkul Kanjana Vongsawat
● การศึกษาจารีตบุญเดือนหกของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาวในราชอาณาจักรไทย และสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว สาธิต สว่างแสง ทองอินทร์ ไหวดี สิงหา จันทรียังษ์	90	● A Study of the Sixth Month Moors of the Tai Lao Ethnic Group in the Kingdom of Thailand and the Lao People's Democratic Republic. Sathit Sawangsaeng Thongin Waidee Singha Juntriyong
● ผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ณรงค์วิทย์ คำรังษี สมชาย จาดศรี	97	● The Effect of Self-Efficacy Skill Osteoarthritis Care Program of Caregiver at po Health Promotion Hospital, Wiangkaen District, Chiangrai Province. Narongwit Khamrangsi Somchai Jadsri

สารบัญ	หน้า Page	Contents
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา มัลลิกา อุตตะมา สมชาย จาดศรี	111	Predictors of Preventive Behaviors for Hand Foot Mouth Disease Among Parents and Caregivers in Child Development Centers in Chiang Kham District, Phayao Province. Mallika Auttama Somchai Jadsri
การประเมินการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานโรคไข้เลือดออกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดชัยภูมิ ปราณ สุขุมลันนันทน์ ศิริประภา หล้าสิงห์	123	Evaluation Integrated Dengue Vector Management of Local Government Organization in Chaiyaphum Province Pran Sukumolanan Siraprapa Lasing
ระดับความรู้ ระดับการรับรู้ และระดับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไวรัสซิกาของหญิงตั้งครรภ์ในจังหวัดราชบุรี ศรินธร มังคะมณี อิศรา ศิรมณีรัตน์	134	Personal Factors Affecting Use of Personal Protective Equipment Behaviors for Solid Waste Collectors of Subdistrict Municipality in Phuket Province. Sarinthorn Mungkhamanee Issara Siramaneerat
การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเน้นสร้างความรอบรู้ของครูพี่เลี้ยง 4D เพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัยสังกัดสำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร ศิริพรรณ บุตรศรี ปาริชาติ ชรakahมุด	144	Development of Training Course to Construct Mastery of 4D of Childhood Teacher to Promote Child Health for Proper Growth and Development under the Social Development Department, Bangkok. Siripun Bootsri Parichart Charakamud

Received: 5 Dec 2021, Revised: 21 Jan 2021

Accepted: 6 Feb 2022

บทความวิชาการ

แนวทางการป้องกันผู้สูงอายุจากภาวะสมองเสื่อม

ชลิต เชาว์วิไลย์^{1*}, วินัย พูลศรี¹, ธีรนนท์ ต้นพานิชย์¹

บทคัดย่อ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นความผิดปกติที่สมองทำงานด้อยลงจากเดิมจนมีผลกระทบต่อการทำงานหรือการใช้ชีวิตของบุคคลนั้น ๆ สมองเสื่อมทำให้ความรอบรู้ ความคิด ความเฉลียวฉลาดการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงไปในทางลดลง ส่วนสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมมีทั้งปัจจัยเสี่ยง ที่ปรับเปลี่ยนได้และปรับเปลี่ยนไม่ได้ โดยอาการสมองเสื่อมสามารถออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับเริ่มต้น ระดับกลาง และจนถึง ระดับรุนแรงส่งผลกระทบต่อตัวผู้ที่มีอาการแล้วยังส่งผลกระทบต่อสมาชิกใน ครอบครัวรวมถึงผู้ที่เข้ามารับหน้าที่ดูแลด้วย แนวทางการดูแลรักษาเพื่อบรรเทาอาการจากภาวะสมองเสื่อมโดยการรักษาโดยไม่ใช้ยาและการรักษาโดยใช้ยา นอกจากนี้การออกกำลังกายและการฝึกประลองเขายังช่วย เพิ่มการทำงานของสมองในผู้สูงอายุและชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : สมองเสื่อม, ผู้สูงอายุ, แนวทางการป้องกัน

¹ ภาควิชาพลศึกษาและกีฬา คณะศึกษาศาสตร์และพัฒนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

* Corresponding author: chalit.ch@ku.th

Academic Article

Guidelines for Protecting the Elderly from Dementia

Chalit Chaowilai^{1*}, Winai Poonsri¹, Teeranun Tanpanich¹

Abstract

Dementia is a disorder in which the functioning of the brain is impaired to the extent that it affects a person's work or life. Alzheimer's dementia impairs cognitive ability, ingenuity and decision-making, and the causes and risk factors for dementia are both modifiable and non-adjustable risk factors. The symptoms of dementia can be divided into 3 levels: beginning, intermediate, and up to severe. Dementia symptoms can be categorized into 3 levels: beginning, intermediate, and even severe, affecting men with symptoms. It also affects family members, including those who come in to take care of them. Treatment guidelines for the relief of dementia symptoms through non-drug treatment and drug therapy. In addition, exercise and chow training can effectively improve brain function in the elderly and slow the onset of dementia.

Keywords: Alzheimer's disease, the elderly, prevention guidelines

¹ Department of Physical Education and Sports, Faculty of Education and Development Sciences, Kasetsart university

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 ของสาเหตุการตาย ในกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป จากข้อมูลสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย ณ ปี พ.ศ.2563 พบมีจำนวนผู้สูงอายุรวมทั้งสิ้น 11,627,130 คน คิดเป็นร้อยละ 17.57 ของประชากรทั้งหมด จึงคาดการณ์ว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยอาจมีจำนวนสูงถึงกว่าล้านคน โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ความชุกของภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นตามลำดับ ร้อยละ 7.10 ในช่วงอายุ 60-69 ปี ได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14.70 ในช่วงอายุ 70-79 ปี และเมื่อ ถึงอายุ 80 ปีขึ้นไป ความชุกของภาวะสมองเสื่อมก้าว กระโดดขึ้นไปมากกว่าเท่าตัวถึงร้อยละ 32.50 ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชากร ทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยทั้งด้านการสาธารณสุข การเมือง เศรษฐกิจ และสังคม¹

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นความผิดปกติที่สมองทำงานด้อยลงจากเดิม จนมีผลกระทบต่อการทำงานหรือการใช้ชีวิตของบุคคลนั้น ๆ สมองเสื่อมทำให้ความรอบรู้ ความคิด ความเฉลียวฉลาดการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงไปในทางลดลง นอกจากนี้ปัญหานี้สำคัญที่พบในผู้ป่วยสมองเสื่อมมี 2 ประการคือ ปัญหาความจำและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง² ภาวะสมองเสื่อม หลายคนมักเข้าใจว่าเป็นโรคอัลไซเมอร์ ซึ่งตามหลักวิชาการนั้นเป็นเพียงภาวะหนึ่งที่เกิดขึ้นจากหลายสาเหตุ โดยสมองเสื่อมชนิด อัลไซเมอร์ (Alzheimer's Disease:AD) ซึ่งมีรายงานพบในสัดส่วนมากที่สุดถึงร้อยละ 60-80 ของโรคสมองเสื่อมทั้งหมด³ รองลงมา มาจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง ในคนที่ปกติจะมีเซลล์สมอง ซึ่งมีพัฒนาการตั้งแต่อายุในครรภ์มารดาจนถึงอายุ 30 ปี หลังจากนั้นเซลล์จะค่อยๆ เสื่อมลงเมื่ออายุมากขึ้นประมาณ 60-65 ปีขึ้นไป⁴ ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่มีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของสมองทำให้ความสามารถของบุคคลลดลง ความจำเสื่อมไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ มีบุคลิกภาพ และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป มีความผิดปกติในการใช้ภาษา การคำนวณ ความเข้าใจ และความคิดริเริ่ม

สร้างสรรค์ การเสื่อมของสมองจะมีลักษณะแบบค่อยเป็นค่อยไปอย่างต่อเนื่อง ในที่สุดจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของชีวิตประจำวัน ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้กับคนทุกเพศทุกวัย โดยส่วนใหญ่มักพบในผู้สูงอายุ⁵ ซึ่งเป็นปัญหาในสังคม ผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มวัยอื่น ๆ ภาวะสมองเสื่อม ทำให้ผู้ป่วยมีการเสื่อมถอยความสามารถของสมองในหลายๆ ด้าน เช่น สูญเสียความจำ ขาดสมาธิ สติปัญญาลดลง มีอาการหลงลืม คิดและจำเรื่องที่ปัจจุบันไม่ได้ ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ซึ่งอาการหลงลืมนั้นสามารถเกิดขึ้นในคนทั่วไปที่มีความเครียดและวิตกกังวลหรือเร่งรีบได้ เรียกว่า สมองเสื่อมเทียม อาการจะเกิดขึ้นชั่วคราวแล้วจะค่อยๆ นึกได้ในภายหลัง²

1. สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมเกิดจากสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ดังนี้⁵

1.1 สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม

1) ความผิดปกติของเซลล์ประสาท ในสมอง ภาวะสมองเสื่อมเกิดจากการเสื่อมสลาย ของเซลล์ประสาทในสมอง (Neurodegenerative) เช่น โรคอัลไซเมอร์ โรคพาร์กินสัน เป็นต้น หรือเซลล์ประสาท ในสมองถูกทำลายและอาจเกิดในสมองหลาย บริเวณ โดยจะมีผลกระทบต่อบุคคลแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่ผิดปกติ

2) ความผิดปกติจากส่วนอื่น ๆ ของ ร่างกาย ความผิดปกติจากส่วนอื่นของร่างกายที่ส่งผลให้สมองท าหน้าที่ผิดปกติ ได้แก่ ปัญหาหลอดเลือด สมอง ความแปรปรวนของระบบในร่างกาย เช่น โรคของต่อมไทรอยด์ โรคตับ โรคไต ภาวะขาดสารอาหาร โดยเฉพาะภาวะขาดวิตามินบี 1 ในผู้ดื่มสุราเป็นประจำ ภาวะขาดวิตามินบี 12 จาก การรับประทานอาหารมังสวิรัตินานกว่า 10 ปี หรือถูกตัดกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กออก บางส่วน การติดเชื้อในสมอง เช่น ซิฟิลิส เอชไอวี สมองอักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ เป็นต้น การถูก กระแทกกระแทกที่สมองบ่อย ๆ เช่น อาชีพนักมวย เป็นต้น การมีส่วนประกอบของสมองเพิ่มขึ้น เช่น เนื้องอกในสมอง โพรงสมองขยายใหญ่เนื่องจากน้ำหล่อเลี้ยงสมองคั่ง (Hydrocephalus) เป็นต้น การได้รับยาหรือสารพิษ เช่น

ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท ยาแก้แพ้รุ่นแรก (Chlorpheniramine: CPM) ยารักษาโรคจิต ยาต้านความเศร้ากลุ่ม ไตรไซคลิก (Tricyclic) ยาคลายกล้ามเนื้อ เป็นต้น

1.2 ปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม แบ่งได้ 2 ลักษณะ ดังนี้⁶

1) ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้มี ดังนี้

1.1) อายุ ความเสี่ยงของการเกิด ภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะ หลังอายุ 65 ปี แต่ภาวะสมองเสื่อมก็มีใช้ส่วนหนึ่ง ของการสูงอายุปกติ และอาจจะเกิดกับคนอายุ น้อยได้เช่นกัน

1.2) ประวัติครอบครัว หากมีบุคคลในครอบครัวมีภาวะสมองเสื่อม บุคคลนั้นจะ มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น

1.3) การผ่าเหล่าของยีนเฉพาะ เช่น คนที่เป็นดาวน์ซินโดรม เป็นต้น ผู้มีความ ผิดปกติของยีนจึงต้องรับการตรวจคัดกรอง เพื่อจะได้ทราบความผิดปกติตั้งแต่ระยะแรกทำให้มี โอกาสร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา และเตรียมความพร้อมที่จะเผชิญกับผลกระทบที่จะเกิดขึ้นใน อนาคต

2) ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้มี 12 ประการ ดังนี้

2.1) หลอดเลือดแดงใน สมอง แข็ง (atherosclerosis) เนื่องจากหลอดเลือดที่ไป เลี้ยงสมอง หัวตัว แข็งตัว หรือมีการตีบตัวผิดปกติ ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลง ถ้า ลดลงมากจนไม่เพียงพอต่อการใช้งานก็จะทำให้ เนื้อสมองตาย ส่งผลให้เกิดภาวะสมองเสื่อมจาก หลอดเลือด (vascular dementia) และ ยังพบ ความสัมพันธ์ระหว่างหลอดเลือดแดงในสมองแข็ง กับโรคอัลไซเมอร์อีกด้วย

2.2) ระดับความดันโลหิต ความดันโลหิตที่สูง และต่ำจะเพิ่มความเสี่ยงของการ เกิดภาวะสมองเสื่อมได้ การที่มีความดันโลหิตสูงใน วัยกลางคนจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ สมองเสื่อมในวัยสูงอายุ แต่ถ้าได้รับการรักษาแล้ว โอกาสเสี่ยง

จะลดลงจาก 4.3 เท่าเป็น 1.9 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ ความดันโลหิตปกติโดยความดันโลหิตสูงมีผลกระทบทั้ง

ทางตรงและทางอ้อมต่อ การลดลงของความสามารถของสมองทางตรงคือ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะมีการลดลงของปริมาตร และน้ำหนักสมองในแต่ละช่วงความดันโลหิตซิสโตลิกที่เพิ่มขึ้นทุก 10 มม.ปรอท ความสามารถของ สมองจะลดลงร้อยละ 7 ส่วนภาวะความดันโลหิตต่ำ นั้นมีการศึกษาพบว่าผู้ที่อายุเกิน 75 ปีที่มีความดันโลหิตต่ำมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น⁷

2.3) ภาวะไขมันในเลือดสูง การ ที่มีระดับโคเลสเตอรอล (Cholesterol) ในเลือดสูง จะมีไขมันเลว หรือไลโปโปรตีนความหนาแน่นต่ำ (LDL cholesterol) สูงด้วย จึงเพิ่มโอกาสเกิด ภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือดและอัลไซเมอร์

2.4) โรคเบาหวาน (Diabetes) ผู้ที่ เป็นโรคเบาหวานเพิ่มโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะ สมองเสื่อมจากหลอดเลือดและอัลไซเมอร์ โดย พบว่าอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมสูงขึ้น 2 เท่า ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2.5) ฮอร์โมนเพศหญิงทดแทน (High estrogen and progesterone levels) ใน ปัจจุบันพบว่า ผู้หญิงที่ได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจน และโปรเจสเตอโรนทดแทนหลังหมดประจำเดือน ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือดสมองตีบ และการอุดตันในหลอดเลือดดำ โดยผู้ป่วยที่ได้รับฮอร์โมน เพศหญิงทดแทนชนิดรวมเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นประมาณ 2 เท่า

2.6) ระดับ โฮโม ซี ส ติน ใน เลือด สูง (Hyperhomo cysteinemia) ถ้าโฮโมซีสตีนซึ่งเป็นกรดอะมิโนที่ร่างกายสร้างขึ้นมาเองสูงจะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือด เนื่องจากโฮโมซีสตีน เป็นพิษต่อเซลล์สมองและทำลายหลอดเลือดสมอง โฮโมซีสตีนในเลือดจะ เพิ่มขึ้นผิดปกติหากร่างกายขาดวิตามินบี6 วิตามิน บี12 และกรดโฟลิก

2.7) ความอ้วน (Obesity) น้ำหนัก ที่เกินในช่วงวัยกลางคนจะเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิด ภาวะสมองเสื่อมเมื่ออายุมากขึ้น ดัชนีมวลกายที่ เหมาะสมที่สุดสำหรับการป้องกันการเกิดภาวะ สมองเสื่อมในอนาคตคือ 20-22.5 กิโลกรัม/ตาราง เมตร ถาดัชนีมวลกายมากกว่า

25 กิโลกรัม/ตาราง เมตร จะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม โดย ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นตามดัชนีมวลกาย

2.8) การขาดการออกกำลังกาย มีการศึกษาพบว่า ผู้ที่ออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป ในวัยกลางคนช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และโรคอัลไซเมอร์ได้ร้อยละ 52 และ 62 ตามลำดับ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

2.9) การสูบบุหรี่ (Smoking) การสูบบุหรี่เพิ่มอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือด สมองถึง 2 เท่า และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะสมองเสื่อม 2.28 เท่า การงดสูบบุหรี่ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป จะลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือด เลือดสมองลงได้เท่าคนที่ไม่เคยสูบบุหรี่ คือ ลดลง ร้อยละ 50

2.10) การดื่มแอลกอฮอล์การ ดื่มแอลกอฮอล์มากท าให้มีความเสี่ยงจะเกิดโรค สมองเสื่อมมากขึ้น ในขณะที่การศึกษาพบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณปานกลางจะช่วยป้องกัน การเกิดโรคสมองเสื่อมได้ กล่าวคือ การดื่ม แอลกอฮอล์ในผู้ชายไม่เกิน 2 ดริงค์ (Drink) ต่อวัน ผู้หญิงไม่เกิน 1 ดริงค์ต่อวัน (ปริมาณมาตรฐานของ 1 ดริงค์คือเบียร์ 360 มิลลิลิตรหรือ 1 กระป๋อง หรือไวน์ 120 มิลลิลิตร หรือวิสกี้ 45 มิลลิลิตร) สามารถลดโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 42 และลดโอกาสภาวะเกิดสมองเสื่อมจากโรค หลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 71 โดยไม่ขึ้นอยู่กับ ชนิดของแอลกอฮอล์

2.11) สารอาหาร การรับประทาน วิตามินซี และวิตามินอีเพิ่มขึ้นจะมีอัตราการเกิด ภาวะสมองเสื่อมลดลง โดยเฉพาะในกลุ่มที่สูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงหรือมีไขมัน อิ่มตัว และโคเลสเตอรอลสูง จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม แต่ถ้ารับประทานไขมันจากพืช และโอเมก้า 6 (กรดไลโนเลอิก) ซึ่งพบมากในน้ำมันพืชจำพวกน้ำมันดอกทานตะวัน ถั่ว เมล็ด แห้ง เมล็ดฟักทอง ถั่วเหลือง เป็นต้น จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัลไซเมอร์ได้ นอกจากนี้การรับประทานปลาทะเลลึกช่วย ป้องกันภาวะสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์ได้ โดย ลดความเสี่ยงลงเหลือ 0.4 และ 0.3 เท่า ตามลำดับ

2.12) การได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะ มีการศึกษาทางระบาดวิทยาหลายรายงานที่พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคอัลไซเมอร์และมีภาวะสมองเสื่อม จากสาเหตุอื่น ๆ มีประวัติเคยได้รับอุบัติเหตุที่ ศีรษะมากกว่าคนที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม

2. อาการของภาวะสมองเสื่อม

อาการสมองเสื่อมสามารถออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับเริ่มต้น ระดับกลาง และจนถึงระดับรุนแรง ซึ่งในแต่ละระดับ ผู้ป่วยจะมีพัฒนาการของโรคจากน้อยไปหามาก ดังนี้

ระยะที่ 1 ภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย
ผู้ป่วยจะมีอาการหลงลืม โดยเฉพาะลืมเรื่องที่ เพิ่งเกิดขึ้น เช่น จำไม่ได้ว่าวางของไว้ที่ใด ไม่ สามารถจำชื่อสถานที่ที่คุ้นเคยได้ ไม่ค่อยมีสมาธิ เหลือเพียงความจำส่วนที่เกี่ยวข้องกับอดีตที่ยังดี อยู่ เริ่มมีความบกพร่องในการทำกิจกรรมต่างๆ และการใช้ชีวิตในสังคม แต่ยังสามารถอยู่คนเดียวได้ ช่วยเหลือตนเองได้ และยังมีการตัดสินใจ ที่ค่อนข้างดี

ระยะที่ 2 ภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง
ในระยะนี้ความจำเริ่มเสื่อมลงมากขึ้น มีความ บกพร่องในเรื่องความเข้าใจ ความสามารถในการเรียนรู้ การแก้ปัญหาและการตัดสินใจ เช่น ความสามารถในการคำนวณ การกระยะทาง ไม่สามารถใช้เครื่องใช้ไฟฟ้า บางชนิดได้ทั้งที่เคย ทำได้มาก่อน ทำอาหารที่เคยทำไม่ได้ ลืมชื่อ สมาชิกในครอบครัว ช่วงทำระยะนี้อาจมี อาการทางจิต เช่น ประสาทหลอน ดังนั้นการ ปลดปล่อยให้มีอาการเหล่านี้อยู่ตามลำพังอาจเป็น อันตราย จึงต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด

ระยะที่ 3 ภาวะสมองเสื่อมขั้นรุนแรง ผู้ป่วยจำสิ่งที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่ได้เลย สูญเสียความจำ อย่างรุนแรง จำญาติพี่น้องไม่ได้ หรือแม้แต่ตนเอง ก็อาจจำไม่ได้ด้วย มักเดินหลงทางในบ้านตนเอง มีความผิดปกติต่างๆ เช่น บุคลิกภาพเปลี่ยนไป เคลื่อนไหวช้า เดินช้า และอาจเกิดอาการแทรกซ้อน ที่ก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้

3. ผลกระทบของภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมนั้นนอกจากจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ที่มีอาการแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวรวมถึงผู้ที่เข้ามารับหน้าที่ดูแลด้วย ส่วนที่ตามมาหลังจากนั้นก็คือค่าใช้จ่ายที่ใช้ใน การดูแลซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องจัดสรรโดยประมาณ เดือนละ 10,000-20,000 บาท กลายเป็นผลกระทบ ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และคุณภาพชีวิต หากผู้ดูแลเป็นคนในครอบครัวอาจเกิด ปัญหา ความขัดแย้งและส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ดูแล ขึ้นได้จนเกิดเป็นความเครียดที่ต้องแบกรับ ภาระเรื่องนี้ อย่างที่หลายคนคาดไม่ถึง เพราะ ผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบเป็นคนแรกและมากที่สุด สอดคล้องกับ การศึกษา ของ Kuroki⁶ สาเหตุอาจเนื่องจากผู้ ที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนหรือไม่ได้เลยเป็นการเพิ่ม ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเครียด ขาดความภาคภูมิใจใน ตนเอง และลดโอกาสการเข้าสู่ สังคม เกิดการแยกตัว และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา โดยสาเหตุเหล่านี้จะเพิ่ม ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ สมองเสื่อม⁷

ฉะนั้นการจะเข้ามาเป็นผู้ดูแลจึงต้องมี ความ เข้าใจถึงอาการของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม มากพอเพื่อ เตรียมสภาพจิตใจตนเองให้พร้อม หากต้องดูแลผู้สูงอายุ ในครอบครัว อันดับแรก ต้องให้ความรักและมีความ เข้าใจว่า ภาวะสมอง เสื่อมจะส่งผลให้ผู้มีอาการ แสดงออกในสิ่งที่ แปลกไปจากเดิมโดยไม่ได้แก้งทำ ผู้ดูแลจึงยิ่ง ต้องให้กำลังใจ มีความอดทน และให้ความ ช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันของผู้ที่มีภาวะสมอง เสื่อม โดยเฉพาะเมื่อต้องออกนอกบ้านก็ยิ่งต้อง ให้การดูแล อย่างใกล้ชิดเพื่อไม่ให้เกิดการพลัด หลงกันซึ่งจะเป็น ปัญหาตามมาและที่ สุดแล้วตัวผู้ดูแลเองก็ต้องคอยดูแล สภาพ จิตใจของตนเองด้วย เพราะการดูแลผู้ที่มีภาวะ สมองเสื่อมนั้นอาจทำให้เราเกิดความเครียดได้ แบบไม่ รู้ตัว นี่จึงเป็นสาเหตุที่ควรมีผู้ดูแล 2 คน สำหรับทดแทน ในยามสลับกันพักผ่อนเพื่อไม่ให้ เกิดความเหนื่อยล้ามาก เกินไป ไม่เช่นนั้นตัว ผู้ดูแลเองอาจจะกลายเป็นผู้ป่วยไป อีกคนหนึ่งได้⁸

4. แนวทางการป้องกันรักษาภาวะสมองเสื่อม

ปัจจุบันสำหรับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุซึ่ง เกิดจากความเสื่อมถอยของเซลล์สมองนั้นยังไม่ พบว่ามี วิธีการใดที่จะรักษาได้ จะมีก็เพียงแต่การ ให้ยาเพื่อชะลอ อาการเสื่อมของสมองในระดับ เล็กน้อยและระดับปาน กลางไม่ให้เข้าสู่ภาวะ สมองเสื่อมระดับรุนแรง และเพื่อ ยืดระยะเวลาให้ ผู้ที่อยู่ในภาวะสมองเสื่อมสามารถ ช่วยเหลือ ตนเองได้นานที่สุดเท่านั้น ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับ สุขภาพ ของผู้มีอาการเป็นหลักด้วย ซึ่งแต่ละคนก็จะ แตกต่างกันไป นอกจากนี้แม้ว่าภาวะสมองเสื่อมที่พบได้ ในผู้ที่มีอายุน้อยซึ่งเกิดจากการขาดวิตามิน ฮอร์โมน และ โรคภัยต่างๆ อาจสามารถให้ยาเพื่อบรรเทาอาการลงได้ บ้าง แต่ก็ขึ้นอยู่กับกรณีและระดับความรุนแรงของ อาการด้วย ขณะเดียวกัน ก็มีความเข้าใจผิดมาก พอสมควรสำหรับแนวทาง การป้องกันรักษาภาวะสมอง เสื่อมจากการ โฆษณาชวนเชื่อผลิตภัณฑ์ต่างๆ ว่ามีสรรพคุณ ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้ ผลิตภัณฑ์ เหล่านี้ส่วนใหญ่มีราคาสูง เช่น ผลิตภัณฑ์จากสารสกัดใบ เปาะก๊วย (Ginkgo Biloba) ยาลดไขมันกลุ่ม Statin ฮอร์โมน ยา และ วิตามินเสริมอื่นๆ อีกหลายชนิดซึ่ง แท้จริงแล้ว ไม่มีคุณสมบัติในการป้องกันรักษาภาวะสมอง เสื่อมแต่อย่างใด แต่กลับจะทำให้ต้องเสียเงิน เป็นจำนวน มากเพื่อซื้อผลิตภัณฑ์เหล่านี้มาใช้กับ ผู้มีอาการเพราะนับ ถึงทุกวันนี้ผลการศึกษางานวิจัยต่างๆ พบว่าการใช้ยา หรือวิตามินต่างๆ เช่น โปรเคน (Procaine) ฮอร์โมน ทดแทนในเพศหญิง (Hormone Replacement Therapy) และวิตามินอีขนาดมากกว่า หรือเท่ากับ 400 หน่วยต่อวันนั้น นอกจากจะ ไม่มีประโยชน์ในการ ป้องกันและรักษาภาวะสมองเสื่อมโดยเฉพาะโรคอัลไซเมอร์แล้วก็ยังมิ ผลเสียต่อสุขภาพร่างกายอย่างชัดเจนอีก ด้วย รวมทั้งยังไม่พบหลักฐานงานวิจัยที่ชี้ชัดว่าการใช้ ยา สารเคมี หรือวิตามินต่างๆ เหล่านี้จะช่วย ป้องกันภาวะ สมองเสื่อมได้ ไม่ว่าจะเป็นฮอร์โมน DHEA หรือ ดีไฮโดร อีพีแอนโดร สเตอโรน ยาต้าน การอักเสบกลุ่ม NSAIDs กรดไขมันโอเมก้า 3 และโฟลิก (ยกเว้นผู้ป่วยที่มีภาวะโฮ โมซิสเตอีนสูงเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดที่แพทย์จะ แนะนำให้กินโฟลิก) แนวทางการดูแลรักษาเพื่อบรรเทา

อาการจาก ภาวะสมองเสื่อมอาจแบ่งได้เป็น 2 ส่วนตามอาการและความรุนแรงที่เกิดขึ้น ได้แก่⁹

1) การรักษาโดยไม่ใช้ยา แพทย์จะแนะนำให้ผู้ดูแลและบุคคลในครอบครัว ร่วมกันสร้างสัมพันธ์ที่ดี ให้ความรู้ถึงภาวะสมอง เสื่อมเพื่อสร้างความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้มี อาการ แนะนำการจัดสภาพแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมเพื่อให้ผู้มีอาการปลอดภัย จากอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา เพราะเมื่อ ทุกคนมีความเข้าใจมากพอแล้วโอกาสที่ผู้สูงอายุ จะถูกทอดทิ้งหรือถูกส่งตัวไปอยู่ในสถานอภิบาล คนชราอย่างโดดเดี่ยวก็จะลดน้อยลง

2) การรักษาโดยการให้ยา มียาที่พัฒนาขึ้นเพื่อช่วยให้อาการของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและอัลไซเมอร์ดีขึ้น เช่น Donepezil, Rivastigmine หรือ Galantamine ซึ่งล้วนแต่เป็น ยาที่ออกฤทธิ์บรรเทาอาการทางสมองเพื่อให้ผู้มี อาการสามารถหวนกลับมาดูแลตนเองได้มากที่สุด แต่ต้องให้ยาเหล่านี้ตามแพทย์สั่งเท่านั้น เนื่องจากอาจมีผลข้างเคียงตามมาหลังการใช้ได้ และอาจมีการให้ยาในกลุ่ม Antipsychotics agent เช่น Clozapine, Risperidone และ Olanzapine เพื่อระงับอาการที่แสดงออกทางอารมณ์ ซึ่ง ทั้งหมดนี้ต้องอยู่ในการควบคุมดูแลโดยแพทย์ที่ จะให้ยาโดยพิจารณาจากลักษณะและความ รุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น

4.1 การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายมีส่วนช่วยอย่างมากในการชะลอภาวะสมองเสื่อม และยังเพิ่มประสิทธิภาพ ในการทำงานของสมองได้มากอีกด้วย ควรออก กำลังกายต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง สำหรับผู้ที่ไม่สามารถออกกำลังกายด้วยการวิ่ง ได้ควรเลือกการเดินแอโรบิก ว่ายน้ำ ปั่นจักรยานหรือเดินเร็ว นอกจากนี้ การทำงานบ้านเอง พรวนดินปลูก ต้นไม้ทำสวนในรั้วบ้าน และใช้วิธีเดินแทนการนั่ง รถในระยะใกล้ยังถือเป็นการออกกำลังกายที่ดีได้ อีกด้วย จากงานวิจัยหลายชิ้นพบว่า การออก กำลังกายแบบแอโรบิกนานประมาณ 30 นาที และให้มีความถี่ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของสมองได้ดีกว่าเมื่อ เทียบกับผู้ที่ไม่ได้ออกกำลังกายเลย สอดคล้องกับ Cristina,

Nelles, & Pientka¹⁰ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพ ด้าน การออกกำลังกายเป็นเวลา 30 นาที เป็นประจำ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง จะช่วยลดความเสี่ยงในการเป็น โรคสมองเสื่อมได้ โดยการออกกำลังกายช่วย ควบคุมความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดใน สมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรค ไขมันในเส้นเลือด ซึ่งโรคดังกล่าวเป็นสาเหตุของ โรคสมองเสื่อมที่สามารถรักษาได้

4.2 ฝึกสมองประลองเชาว์

ฝึกทำกิจกรรมที่ต้องใช้ความคิดและเพิ่มความสามารถในการทำงานของสมองด้านต่างๆ เช่น บวกลบคูณหารตัวเลข หรือวาดรูปเพื่อ กระตุ้นให้ใช้ความคิด ฝึกความจำ ความคิด สมาธิและการแก้ไขปัญหาด้วยการเล่นเกมลับ สมองที่ไม่ยากเกินไปจนทำให้เกิดความเครียดตามมาควรเล่นเกมเพื่อให้เกิดการฝึกใช้ความคิดและผ่อนคลาย สามารถฝึกเล่นคนเดียวหรือเล่น ร่วมกันเป็นกลุ่มก็ได้ และยังสามารถเล่นเกมได้ ^{11,12} ทั้งบนกระดานบนคอมพิวเตอร์และบนแท็บเล็ต มีหลายผลงานวิจัยยืนยันว่าการฝึกการทำงาน ของสมองด้วยเกมที่ต้องใช้ความคิดเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของสมองได้ดี^{4,8} รวมทั้งฝึกทำกิจกรรมใหม่ๆ ที่ไม่เคยทำมาก่อน เช่น ฝึกเล่นดนตรี เต้นรำ ลองเขียนหนังสือหรือแปรงฟัน ด้วยมือข้างที่ไม่ถนัด ทั้งหมดนี้ช่วยเสริมสร้าง และกระตุ้นสมองได้ดีและสามารถทำได้ไม่ยาก

5. สรุป

สรุป ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุของประเทศ ไทยเป็นปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อด้านลบต่อญาติ ผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน สังคม เศรษฐกิจและนโยบาย สาธารณะ ปัญหานี้จะเพิ่มสูงขึ้นตามจำนวนผู้ป่วย ที่เพิ่มมากขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ อีกทั้งครอบครัวและชุมชนใน ประเทศไทยยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแล ผู้สูงอายุที่มี ภาวะสมองเสื่อม จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องส่งเสริมการออก กำลังกายและการฝึกตอบปัญหาเชาว์สำหรับการดูแล ผู้สูงอายุกลุ่มนี้พร้อมดูแลครอบครัวโดยยึดความเป็นองค์รวมตามปัจเจกบุคคล การใช้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลนั้นจะเป็นไปตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก

ที่เน้นสุขภาพต้องอยู่ที่ครอบครัวและชุมชนเพื่อให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีประสิทธิภาพสืบไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563
2. วิลลิสัน สุรวรรณ. (2560). ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2560; 10 (2), 61-63.
3. The Alzheimer's Association. 2012 Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimer's & Dementia 2012 ; 8 (2), 131-168.
4. มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์สุคนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี(พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.
5. ศรุตยา หวางษ์, วิณา เทียงธรรม, และ สุธรรม นันทมงคลชัย. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว. วารสารพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2560; 31(1), 110-128.
6. Kuroki H. Causes of dementia and bed-ridden state in elderly victims of road traffic accidents in Japan. Nihon hoigaku zasshi : The Japanese journal of legal medicine ; 2001.
7. Labrèche FP, Cherry NM and McDonald JC. Psychiatric-disorders and occupational exposure to solvents: British Journal of Industrial Medicine; 1992.
8. Leifer, B. P. Alzheimer's disease: Seeing the signs early. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 2009; 21, 588–595.
9. Wang HK, Lin SH, Sung PS, Wu MH, Hung KW, Wang LC, et al. Population based study on patients with traumatic brain injury suggests increased risk of dementia. Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry;2012.
10. Cristina, M., Nelles, G., & Pientka, L. Prevention of dementia: Focus on lifestyles. International Journal of Alzheimer's disease, 2010. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2915647>.
11. Rosenberg, P. B., Johnston, D., & Lyketsos, C. G., (2006). A clinical approach to mild cognitive impairment. American Journal of Psychiatry 2006; 163,1884-1890. Rocca, W. A.,
12. Petersen, R. C., Knopman, D. S., Hebert, L. E., Evans, D. A., Hall, K. S., ... White, L. R. Trends in the incidence and prevalence of Alzheimer's disease, dementia, and cognitive impairment in the United States. Alzheimers Dement 2011; 7(1), 80-93.

Received: 25 Jun 2021, Revised: 7 Jul 2021

Accepted: 1 Oct 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล
ของพนักงานเก็บขยะของเทศบาลตำบลในจังหวัดภูเก็ต

จิตติพงศ์ สังข์ทอง^{1*} นิศากร ตันติวิบูลชัย²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบตัดขวางโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับและปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลของพนักงานเก็บขยะในพื้นที่เทศบาลตำบล 9 แห่งในจังหวัดภูเก็ต จำนวน 136 คน ด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจงและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบ T-test การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว โดยใช้ LSD ในการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลในการทำงานอยู่ในระดับดี สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 คือ ระดับการศึกษาและการเจ็บป่วยเป็นโรคจากการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง อย่างไรก็ตามหน่วยงานที่รับผิดชอบควรอบรมเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานแก่พนักงานเก็บขยะอย่างต่อเนื่อง รวมถึงควรมีการกำกับดูแลการทำงานของพนักงานเก็บขยะเพื่อให้เกิดความตระหนักในการทำงานด้วยความปลอดภัย

คำสำคัญ : พฤติกรรม/อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล/พนักงานเก็บขยะ/ปัจจัยส่วนบุคคล/

^{1,2} อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต

* Corresponding author: jittipong.s@pkru.ac.th

Original Article

Personal Factors Affecting Use of Personal Protective Equipment
Behaviors for Solid Waste Collectors of Subdistrict Municipality
in Phuket Province.

Jittipong Sungthong ^{1*}, Nisakorn Tantiwiboonchai ²,

Abstract

This research was a cross-sectional survey study. The aim of this research was to study the level and personal factors affecting the personal protective equipment behaviors of solid waste collectors in 9 subdistrict municipality, Phuket. province. The samples were 136 solid waste collectors selected by purposive sampling technique and collected data using a questionnaire. The statistics were percentages, mean, standard deviation, t-test, one-way analysis of variance and using LSD to compare the differences in pairs at the 0.05 level. The results of the study safety behavior were good level. Personal factors that affect to work safety behavior, are education levels factor and occupational disease factor, at 0.05 level of significant. However, the solid waste collectors should be continuously trained on the personal protective equipment and occupational safety behavior by the responsible agency. In addition, there should be supervising and stimulating to raise awareness of the solid waste collectors' work safety.

Keyword: safety/personal protective equipment/ solid waste collector/personal
factor/ Subdistrict Municipality

^{1,2} Instructor of Public Health Program, Faculty of Science and Technology, Phuket Rajabhat
University

* Corresponding author: jittipong.s@pkru.ac.th

บทนำ

“แรงงานปลอดภัยและสุขภาพอนามัยดี” เป็นระเบียบวาระแห่งชาติในช่วง พ.ศ.2560-2569 ที่สะท้อนว่ารัฐมีความตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการประสบอันตรายอันเนื่องมาจากการทำงานที่จะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ โดยกำหนดแนวทางการส่งเสริมความปลอดภัยและลดความเสี่ยงและการบาดเจ็บจากการปฏิบัติงาน รวมไปถึงการพัฒนาความร่วมมือระหว่างภาคีต่าง ๆ เพื่อยกระดับความปลอดภัยในการทำงาน ซึ่งถือเป็นกระบวนการขั้นพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของแรงงาน¹ ทั้งนี้ การลดอัตราการประสบอันตรายจากการทำงานเป็นอีกหนึ่งเป้าหมายและกลยุทธ์การขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติดังกล่าวให้ประสบความสำเร็จ แต่เมื่อพิจารณาข้อมูลสถิติการประสบอันตรายจากการทำงานในปี พ.ศ. 2561 พบว่า ยังมีผู้ประสบอันตรายจากการทำงาน จำนวนทั้งสิ้น 86,297 ราย ซึ่งจำแนกตามความร้ายแรงได้ ดังนี้ คือ หายงานไม่เกิน 3 วัน จำนวน 59,187 ราย หายงานเกิน 3 วัน จำนวน 25,303 ราย กรณีสูญเสียอวัยวะบางส่วน จำนวน 1,226 ราย พุพพลภาพ 13 ราย และเสียชีวิต 568 ราย² และหากพิจารณาสาเหตุของการประสบอันตรายส่วนใหญ่จะเกิดการโดนวัตถุตก บาดและทิ่มแทง มากที่สุด จำนวน 20,476 ราย รองลงมา คือ วัตถุฟุ้งทลายหรือหล่นทับ จำนวน 14,392 ราย และถูกกระแทกและชน จำนวน 11,781 ราย สำหรับการบาดเจ็บจากการทำงานที่เกิดขึ้นมากที่สุด คือ บริเวณกล้ามเนื้อและกระดูก³ กรณีจังหวัดภูเก็ตเมื่อทบทวนข้อมูลจากรายงานการประสบอันตรายหรือการบาดเจ็บ ในปี พ.ศ. 2561 ของจังหวัดภูเก็ต พบว่า มีจำนวนทั้งสิ้น 1,282 ราย และมีสาเหตุของประสบอันตรายโดยส่วนใหญ่จะเกิดการโดนวัตถุตก บาดและทิ่มแทง มากที่สุดเช่นเดียวกับข้อมูลสถิติการประสบอันตรายในภาพรวมของประเทศ⁴ สำหรับ

พนักงานเก็บขยะเป็นอาชีพหนึ่งที่เสี่ยงต่อการสัมผัสสิ่งคุกคามทางสุขภาพจากสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานทั้งในด้านกายภาพ เคมี ชีวภาพ เป็นต้น⁵ ตลอดจนการเจ็บป่วยจากปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและบาดเจ็บเนื่องจากของมีคมทิ่มแทง⁶ นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลในการทำงานพบว่า การใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลของกลุ่มพนักงานเก็บขยะยังอยู่ในระดับที่น้อย⁷ และมีความประมาทในการใช้อุปกรณ์ดังกล่าว⁸ ตลอดจนขาดความรู้การป้องกันอันตรายด้วยการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล⁹ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลของกลุ่มพนักงานเก็บขยะ โดยการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการใช้ใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลตลอดจนปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมดังกล่าวของพนักงานเก็บขยะของเทศบาลตำบลในจังหวัดภูเก็ต เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย รวมถึงช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตในการทำงานของกลุ่มพนักงานเก็บขยะ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางโดยเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยระหว่างเดือนธันวาคม 2562 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2563 คณะผู้วิจัยได้ประสานงานและชี้แจงทำความเข้าใจกับกลุ่มเป้าหมายและมีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ทั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลได้รับฟังคำชี้แจงและลงนามให้คำยินยอมเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต เลขที่รับรอง PKRU 2019-005 เมื่อวันที่ 22 กันยายน 2562

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มประชากรในการศึกษา คือ พนักงานเก็บขยะในสังกัดหรือภายใต้การดูแลของเทศบาลตำบลในจังหวัดภูเก็ต จำนวนทั้งสิ้น 182 คน จากเทศบาลตำบล 9 แห่ง และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามแนวคิดของ Krejcie & Morgan ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 124 คน แต่อย่างไรก็ตาม คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บตัวอย่างเพิ่มเติมจากการคำนวณที่กำหนดไว้เป็น 136 คน ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ปฏิบัติงานเก็บขยะเป็นภารกิจหลัก 2) ปฏิบัติงานเก็บขยะ ไม่น้อยกว่า 3 เดือน และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับเกณฑ์คัดออกของกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ 1) ลาออกหรือมีการโยกย้ายสถานที่ทำงาน 2) มีการปรับเปลี่ยนภาระหน้าที่รับผิดชอบ 3) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดกระบวนการวิจัย และ 4) มีความประสงค์ขอถอนตัวจากการวิจัย

2. เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

2.1 ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สัญชาติ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อยุ่ งาน หน่วยงานต้นสังกัดและการเจ็บป่วยเป็นโรคจากการทำงาน โดยแบบสอบถามส่วนนี้จะเป็นการเลือกตอบ (Checklist) จำนวน 8 ข้อ

2.2 ส่วนที่ 2 ข้อคำถามด้านพฤติกรรม การใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล ซึ่งใช้หลักการประมาณค่าตามวิธีของ Likert จำนวน 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนสำหรับคำถามเชิงบวก คือ ปฏิบัติทุกครั้ง เท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง เท่ากับ 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติเลย เท่ากับ 0 คะแนน ในส่วนของข้อคำถามเชิงลบเกณฑ์ให้

คะแนนแปรผกผันกับเกณฑ์ข้อคำถามเชิงบวก ทั้งนี้ ในส่วนการแปลผลคะแนนจำแนกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) คะแนน 2.01 – 3.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมระดับดี 2) คะแนน 1.01 – 2.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมระดับพอใช้ และ 3) คะแนน 0.00 – 1.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมระดับไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย ได้มีการหาความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ จำนวน 3 ท่าน รวมถึงทดสอบความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.73

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยจัดทำหนังสือขออนุญาตรื้อกับสำนักงานเทศบาลตำบล จำนวน 9 แห่ง เพื่อสำรวจและเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 136 คน โดยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ซึ่งรับผิดชอบงานด้านการจัดการขยะ เพื่อบันทึกหมายเวลาที่เหมาะสมของกลุ่มตัวอย่างเพื่อลงพื้นที่เก็บข้อมูลแบบสอบถาม หลังจากได้รับข้อมูลแล้วจะดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

4. การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์ในการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย สำหรับข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลใช้การหาค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) และค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลใช้การหาค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นและข้อเสนอแนะใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาและสรุปเป็นความเรียง ทั้งนี้ ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรม การใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลด้วยวิธีการ

ทดสอบค่าที (t - test) การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One - Way ANOVA) และใช้ LSD ในการหาคู่ที่แตกต่างกัน

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 97.06 มีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี มากที่สุด ร้อยละ 29.41 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 31-40 ปี และ 41-50 ปี โดยมีร้อยละ 28.68 และ 19.12 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีสัญชาติไทย ร้อยละ 64.71 และสัญชาติพม่า ร้อยละ 35.29 ในแง่ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 47.79 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 23.53 และกลุ่มตัวอย่าง

บางส่วนร้อยละ 16.18 ไม่ได้รับการศึกษา ด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 8,001-11,000 บาท ร้อยละ 61.03 และรองลงมา ร้อยละ 30.15 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่ 11,001-14,000 บาท กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุงานอยู่ในช่วง 1-3 ปี ร้อยละ 39.71 รองลงมา คือ กลุ่มที่มีอายุงานมากกว่า 9 ปี ร้อยละ 19.85 ทั้งนี้ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75.74 สังกัดสำนักงานเทศบาลตำบล และอีกร้อยละ 24.26 สังกัดเอกชนที่ปฏิบัติงานให้กับเทศบาลตำบล และเมื่อพิจารณาด้านการเจ็บป่วยเป็นโรคจากการทำงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 88.24 ไม่มีการเจ็บป่วยจากโรคจากการทำงาน ซึ่งปรากฏผลการศึกษา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=136 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	132	97.06
หญิง	4	2.94
อายุ (ปี)		
< 20	9	6.62
21 – 30	40	29.41
31 – 40	39	28.68
41 – 50	26	19.12
51 – 60	20	14.71
> 60	2	1.47
สัญชาติ		
ไทย	88	64.71
พม่า	48	35.29
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	22	16.18
ประถมศึกษา	65	47.79

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มัธยมศึกษาตอนต้น	32	23.53
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	17	12.50
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
5,001 – 8,000	6	4.41
8,001 – 11,000	83	61.03
11,001 – 14,000	41	30.15
14,001 – 17,000	6	4.41
อายุงาน (ปี)		
< 1	24	17.65
1 – 3	54	39.71
4 – 6	15	11.03
7 – 9	16	11.76
> 9	27	19.85
หน่วยงานต้นสังกัด		
เทศบาล	103	75.74
เอกชน	33	24.26
การเจ็บป่วยเป็นโรคจากการทำงาน		
ไม่มี	120	88.24
มี	16	11.76

2.ผลการศึกษาระดับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล พบว่า คะแนนพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.30$, $SD = 1.10$) และเมื่อจำแนกการพิจารณาเป็นรายประเด็นเห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับดีในหลายประเด็น เช่น การสวมใส่ถุงมือยาง รองเท้าบูธ เสื้อและกางเกงขายาว ตลอดจนเสื้อสะท้อนแสงในขณะปฏิบัติงาน รวมไปถึงการตรวจสอบความเรียบร้อยของอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลก่อนนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน การทำความสะอาด

อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลหลังการใช้งาน โดยทันที เหล่านี้เป็นพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างดำเนินการได้ในเกณฑ์ที่ดี แต่อย่างไรก็ตาม การสวมใส่ผ้าปิดจมูกขณะปฏิบัติงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างยังดำเนินการอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 1.96$, $SD = 1.22$) และประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างยังปฏิบัติได้ในระดับไม่ดี ($\bar{X} = 0.96$, $SD = 1.27$) คือ การสวมใส่แว่นตาที่มีกระบังครอบด้านหน้าขณะทำงาน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล จำแนกตามรายชื่อ (n = 136)

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1 ท่านสวมใส่ถุงมือยางในขณะที่ปฏิบัติงาน	2.44	1.02	ดี
2 ท่านสวมใส่ผ้าปิดจมูกขณะปฏิบัติงาน	1.96	1.22	พอใช้
3 ท่านสวมใส่แว่นตาที่มีกระบังครอบด้านหน้าขณะปฏิบัติงาน	0.96	1.27	ไม่ดี
4 ท่านสวมใส่รองเท้าบูทขณะปฏิบัติงาน	2.09	1.18	ดี
5 ท่านสวมใส่เสื้อแขนยาวขณะทำงาน	2.57	0.88	ดี
6 ท่านสวมใส่กางเกงขายาวขณะปฏิบัติงาน	2.41	0.98	ดี
7 ท่านสวมใส่เสื้อสะท้อนแสงขณะทำงานในเวลาากลางคืน	2.41	1.03	ดี
8 ท่านได้ตรวจสอบความเรียบร้อยของอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลในการทำงานก่อนปฏิบัติงาน	2.69	0.74	ดี
9 ท่านได้ทำความสะอาดอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลในการทำงานทันทีหลังเลิกงาน	2.79	0.56	ดี
10 เมื่ออุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลในการทำงานชำรุดเสียหาย ท่านดำเนินการเปลี่ยนทันที	2.73	0.66	ดี
ค่าเฉลี่ยรวม	2.30	1.10	ดี

3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล โดยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เพศ อายุ สัญชาติ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ และหน่วยงานต้นสังกัดของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณา

ปัจจัยส่วนบุคคลเกี่ยวกับระดับการศึกษา พบว่า มีความแตกต่างกันของพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ($p=0.02$) เช่นเดียวกับปัจจัยด้านการเจ็บป่วยเป็นโรคจากการทำงานของของกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันของพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล ($p=0.04$) โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล โดยการจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 136)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ค่าคะแนนพฤติกรรมฯ ($\bar{X} \pm S.D.$)	p-value
เพศ ^t		
- ชาย (n = 132)	2.31 $\pm$ 0.56	0.84
- หญิง (n = 4)	2.25 $\pm$ 0.75	
อายุ ^a		
- น้อยกว่า 20 ปี (n = 9)	2.04 $\pm$ 0.55	0.11
- อายุ 21 - 30 ปี (n = 40)	2.18 $\pm$ 0.56	
- อายุ 31 - 40 ปี (n = 39)	2.48 $\pm$ 0.48	
- อายุ 41 - 50 ปี (n = 26)	2.30 $\pm$ 0.63	
- อายุ 51 - 60 ปี (n = 20)	2.30 $\pm$ 0.57	
- มากกว่า 60 ปี (n = 2)	2.70 $\pm$ 0.42	
สัญชาติ ^t		
- ไทย (n = 88)	2.33 $\pm$ 0.48	0.51
- พม่า (n = 48)	2.26 $\pm$ 0.69	
ระดับการศึกษา ^a		
- ไม่ได้รับการศึกษา (n = 22)	2.23 $\pm$ 0.60	0.02
- ประถมศึกษา (n = 65)	2.25 $\pm$ 0.56	
- มัธยมศึกษาตอนต้น (n = 32)	2.30 $\pm$ 0.52	
- มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช. (n = 16)	2.72 $\pm$ 0.27 *	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ^a		
- 5,001 - 8,000 บาท (n = 6)	2.57 $\pm$ 0.39	0.30
- 8,001 - 11,000 บาท (n = 83)	2.24 $\pm$ 0.56	
- 11,001 - 14,000 บาท (n = 41)	2.40 $\pm$ 0.59	
- 14,001 - 17,000 บาท (n = 6)	2.27 $\pm$ 0.34	
อายุงาน ^a		
- น้อยกว่า 1 ปี (n = 24)	2.16 $\pm$ 0.67	0.52
- 1 - 3 ปี (n = 54)	2.35 $\pm$ 0.51	
- 4 - 6 ปี (n = 15)	2.46 $\pm$ 0.45	
- 7 - 9 ปี (n = 16)	2.25 $\pm$ 0.74	
- มากกว่า 9 ปี (n = 27)	2.29 $\pm$ 0.48	
หน่วยงานต้นสังกัด ^t		

ปัจจัยส่วนบุคคล	ค่าคะแนนพฤติกรรมฯ ($\bar{X} \pm \text{S.D.}$)	p-value
- เทศบาล (n = 103)	2.30 $\pm$ 0.55	0.73
- เอกชน (n = 33)	2.33 $\pm$ 0.58	
การเจ็บป่วยเป็นโรคจากการทำงาน ^t		
- ไม่มี (n = 120)	2.27 $\pm$ 0.57 *	0.04
- มี (n = 16)	2.57 $\pm$ 0.36	

^t การทดสอบค่าที (t - test), ^a การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA)

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาเกี่ยวกับระดับและปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลของพนักงานเก็บขนขยะ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการปฏิบัติอยู่ในระดับดี ไม่ว่าจะเป็นการสวมใส่ถุงมือ รองเท้าบูท เสื้อแขนยาว กางเกงขายาว และเสื้อสะท้อนแสงในการปฏิบัติงานกลางแจ้ง รวมไปถึงการตรวจสอบความเรียบร้อยของอุปกรณ์ฯ ก่อนนำมาใช้งาน ตลอดจนการดูแลบำรุงรักษาความสะอาดของอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลตลอดการศึกษากลายานี โนอินทร์ และนิศากร เชื้อสาธุชน¹⁰ ที่วิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและการบาดเจ็บของพนักงานเก็บขนขยะ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลอยู่ในระดับที่สูงถึงร้อยละ 65.5 เช่นเดียวกับข้อค้นพบของสุปรีย์ เตชะ และสมคิด ปรามภัย¹¹ ซึ่งกล่าวว่า พนักงานเก็บขนขยะมีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลจำพวกเสื้อแขนยาว กางเกงขายาว และถุงมือในระดับดี ทั้งนี้ ผลการวิจัยที่พบว่า ระดับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลที่สูง เนื่องจากหน่วยงานที่ดูแลรับผิดชอบมีการจัดเตรียมอุปกรณ์ฯ ดังกล่าวให้แก่พนักงานเก็บขนขยะอย่างเพียงพอต่อการใช้งาน ตลอดจนมีการกำกับและเอาใจใส่สังเกตการใช้

อุปกรณ์ฯ ดังกล่าวของพนักงานเก็บขยะ จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ฯ ในระดับที่ดี ซึ่งทัศนะของผู้วิจัยเป็นไปในทิศทางเดียวกับกัลยาณี โนอินทร์ และนิศากร เชื้อสาธุน¹⁰ ที่ว่า หากหน่วยงานจัดหาอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลให้มากขึ้น จะทำให้พนักงานเก็บขยะมีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลเพิ่มมากขึ้น เช่นเดียวกับผลวิจัยของ Miwano, Ibidabo & Kingsley¹² ที่อธิบายว่า การส่งเสริมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลให้ประสบความสำเร็จ หน่วยงานที่รับผิดชอบต้องมีการจัดหาอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลให้แก่พนักงานเก็บขยะ แต่หากนายจ้างไม่ได้เตรียมอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลให้พนักงานจะมีผลอย่างมากต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลของพนักงานเก็บขยะ¹³ อนึ่ง การใส่ผ้าปิดจมูกขณะปฏิบัติงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการใส่ผ้าปิดจมูกในบางครั้งและไม่ตลอดเวลาของการทำงาน ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปในทิศทางเดียวกับผลวิจัยของ Adekiya¹⁴ ที่พบว่าพนักงานเก็บขยะมีการสวมใส่ผ้าปิดจมูกในบางครั้งของการทำงาน ร้อยละ 20.5 และไม่มีสวมผ้าปิดจมูกขณะปฏิบัติงานร้อยละ 65.8 เช่นเดียวกับผลงานวิจัยของ สลิลรัตน์ นิตมรณ, นวรัตน์ สุวรรณพ้อง, มรุตส ทิพยมงคลกุล

และธนาศรี สีหะบุตร¹⁵ ที่ว่า พนักงานเก็บขยะเลือกใส่ อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลในบางประเภท เพราะอากาศร้อน ทำงานไม่คล่องตัว และอุปกรณ์ที่ได้รับจากหน่วยงานขนาดไม่เหมาะสม ในแง่การสวมใส่แว่นตาที่มีกระบังครอบด้านหน้าขณะปฏิบัติงาน ซึ่งมีระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของสุปรีย์ เดชา และสมคิด ปรามภัย¹¹ ซึ่งพบว่า พนักงานเก็บขยะประมาณร้อยละ 77.0 ไม่เคยใช้แว่นตานิรภัยป้องกันดวงตาในขณะปฏิบัติงาน เช่นเดียวกับการวิจัยของมัทนานอก และเลิศชัย เจริญธัญรักษ์¹⁶ ที่ว่า พนักงานเก็บขยะทั้งหมดไม่สวมแว่นตาเพื่อป้องกันสิ่งแปลกปลอม กระเด็นเข้าตาขณะปฏิบัติงาน ทั้งนี้ การที่กลุ่มตัวอย่างไม่สวมแว่นตาหรืออุปกรณ์ป้องกันดวงตาโดยส่วนใหญ่เห็นว่าการสวมแว่นตาทำให้การปฏิบัติไม่สะดวก และเกิดความรำคาญในขณะปฏิบัติงาน นอกจากนี้หน่วยงานที่รับผิดชอบส่วนใหญ่ไม่ได้มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ดังกล่าวให้กับพนักงานเก็บขยะ ซึ่งไม่สอดคล้องกับลักษณะงานของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งใช้รถเก็บขยะประเภทอัดท้าย (Compactor Truck) ซึ่งมีการบีบอัดขยะเป็นระยะ ๆ ของการเก็บขยะ ซึ่งจะมีเศษแก้ว หรือวัสดุที่กระเด็นออกมาจากการบีบอัดดังกล่าว ซึ่งอาจส่งผลต่อการบาดเจ็บและเป็นอันตรายต่อพนักงานเก็บขยะ ด้วยเหตุนี้ หน่วยงานที่รับผิดชอบควรจัดหาอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลให้ความเพียงพอการใช้งาน และพิจารณาในแง่คุณภาพของอุปกรณ์ฯ ที่ใช้ให้มีมาตรฐานและเหมาะสม สอดคล้องกับลักษณะการปฏิบัติงาน ตลอดจนควรมีการแนะนำการใช้งานและบำรุงรักษาอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลดังกล่าวแก่พนักงาน รวมไปถึงควรมีมาตรการในการกำกับติดตามการใช้งานอุปกรณ์ฯของกลุ่มตัวอย่างอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความเคยชินในการใช้อุปกรณ์ดังกล่าวตามหลักคิดของทฤษฎีความเคยชิน (The

theories of habit) ซึ่งอธิบายว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติซ้ำ ๆ จะถูกพัฒนาเป็นความเคยชินต้องมีการปฏิบัติเป็นประจำ และต่อเนื่องจนเกิดเป็นความเคยชิน¹⁷ ทั้งนี้ สำหรับผลการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล พบว่า เพศ อายุ สัญชาติ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อายุงานและหน่วยงานต้นสังกัดไม่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ฯ ดังกล่าวของกลุ่มตัวอย่าง ต่างจากปัจจัยด้านระดับการศึกษาและการเจ็บป่วยเป็นโรคจากการทำงานที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ฯ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Laor, Suma, Keawdounlek & Hongthong¹⁸ ซึ่งทำการวิจัยเกี่ยวกับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการจัดการขยะของกลุ่มชาวเขาในพื้นที่ตอนเหนือของประเทศไทย พบว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษามีคะแนนพฤติกรรมด้านการจัดการขายน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการศึกษา เช่นเดียวกับผลวิจัยของ Arab, Safari, Zangian & Nodeh¹⁹ ที่อธิบายว่า พนักงานเก็บขยะในโรงพยาบาลเอกชนในประเทศอิหร่านที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีความตระหนักในการทำงานที่ปลอดภัยมากกว่ากลุ่มที่มีระดับศึกษาน้อยกว่า สอดคล้องกับงานวิจัยของ Gizaw, Gebrehiwot, Teka & Molla²⁰ ที่พบว่า กลุ่มพนักงานจัดการขยะที่มีระดับศึกษาน้อยจะมีอัตราการบาดเจ็บจากการทำงานที่เพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ ผลจากการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างมีผลอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล เมื่อพิจารณาตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ได้อธิบายถึงพฤติกรรมของบุคคลในการจะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค บุคคลจะต้อง

มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคซึ่งการรับรู้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากอันตรายนั้น โดยที่ระดับของการศึกษาเป็นปัจจัยร่วมหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของบุคคล²¹ ทั้งนี้ ระดับการศึกษาสูงมีแนวโน้มจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอันตรายจากการทำงานได้ดีกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่า²² ด้วยเหตุผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับที่สูงมีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาน้อย จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการอบรมเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ในส่วนปัจจัยการเจ็บป่วยเป็นโรคจากการทำงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติการเจ็บป่วยจากโรคการทำงานที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยกลุ่มที่เคยเจ็บป่วยเป็นโรคจากการทำงานมีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลดีกว่ากลุ่มที่ไม่เคยเจ็บป่วยเป็นโรคจากการทำงาน ผลการศึกษาสอดคล้องกับการวิจัยของ นิติยา ชมเชย และ กัญญาลักษณ์ ณ รังษี⁶ ที่พบว่า พนักงานเก็บขยะที่เคยประสบอุบัติเหตุมีพฤติกรรมดูแลและป้องกันอันตรายดีกว่ากลุ่มที่ไม่เคยประสบอุบัติเหตุในการทำงาน เช่นเดียวกับข้อสรุปจากการวิจัยของ สุภาณี จันทศิริ, สิทธิชัย ใจขาน และธัญวรรณ คำใส²³ ที่ว่า การได้รับอุบัติเหตุของคณงานร้านรับซื้อของเก่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของคณงาน ทั้งนี้ ผลการวิจัยเป็นไปตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่อธิบายได้ว่า การรับรู้ถึงผลกระทบอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยจากการทำงานมีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักและระมัดระวังในการปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์

คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลที่เพิ่มขึ้น เพื่อป้องกันอันตรายหรือสิ่งคุกคามต่อสุขภาพอันเนื่องมาจากการปฏิบัติงานเก็บขยะของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1. หน่วยงานต้นสังกัดควรมีมาตรการกำกับติดตามการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลของพนักงานเก็บขยะในขณะปฏิบัติงาน ตลอดจนควรจัดหาอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลให้มีความเพียงพอและสอดคล้องกับลักษณะงานที่ปฏิบัติโดยเฉพาะ แวนตาแบบครอบดวงตา (Goggle) ควบคู่กับการสวมใส่ผ้าปิดจมูก (Mask) เพื่อความสะดวกในการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขยะ
2. หน่วยงานต้นสังกัดควรมีการพิจารณาคัดเลือกรับพนักงานเก็บขยะที่มีระดับการศึกษาพอสมควรหากมีการรับใหม่ ส่วนพนักงานเก็บขยะเดิมควรมีการอบรมฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลให้แก่พนักงานเก็บขยะอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและบาดเจ็บในการทำงานของพนักงานเก็บขยะ ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของพนักงานเก็บขยะ
2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมปัจจัยทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลของพนักงานเก็บขยะ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณบุคลากรของเทศบาลและบริษัทเอกชนเก็บขยะรวมถึงพนักงานเก็บขยะที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัยทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากมหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต ผู้วิจัยขอขอบพระคุณในการสนับสนุนให้งานวิจัยบรรลุผลสำเร็จไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน. สถานการณ์การดำเนินงานด้านความปลอดภัยและอาชีวอนามัยของประเทศไทย ปี 2561. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงแรงงาน, 2561.
2. สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน. จำนวนและอัตราการประสบอันตรายจากลูกจ้าง 1,000 ราย จำแนกรายจังหวัด ปี 2561-2562. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงแรงงาน, 2562.
3. สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน. สถิติการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน จำแนกตามความรุนแรงและสาเหตุที่ประสบอันตราย ปี 2561. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงแรงงาน, 2562.
4. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดภูเก็ต. รายงานจำนวนการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน จำแนกตามความรุนแรงและสาเหตุที่ประสบอันตราย จังหวัดภูเก็ต. ภูเก็ต: กระทรวงแรงงาน. 2561.
5. ศราวุฒิ แสงคำ และจำลอง อรุณเลิศอารีย์. “สิ่งคุกคามสุขภาพในการพนักงานเก็บขยะมูลฝอยและแนวทางการป้องกัน” ศรีนครินทร์เวชสาร. 2562; 34(6): 649-657.
6. นิตยา ชมเชย และกัญญลักษณ์ ณ รัชชี. “ภาวะสุขภาพและความคิดเห็นต่อสถานการณ์การเก็บขยะ

ช่วงน้ำท่วม:กรณีศึกษาพนักงานเก็บขยะของสำนักงานเขตแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร”

ธรรมศาสตร์เวชสาร. 2556; 13(2): 195-201.

7. Made, F., Ntlebi, V., Kootbodien, T., Wilson, K., Tlotleng, N., Mathee, A., Ndaba, M., Kgalamono, S. & Naicker, N. “Illness, Self-Rated Health and Access to Medical Care among Waste Pickers in Landfill Sites in Johannesburg, South Africa.” International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020; 17(7): 1-10.
8. สิทธิชัย ใจชาน และวราภรณ์ พันธุ์ศิริ. “พฤติกรรมและความรู้ด้านความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขยะมูลฝอย กรณีศึกษาเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี”. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2562; 21(1): 46-55.
9. นิธิชา ธูสินธุ์ และชุลีพร หิตอักษร. “ผลของโปรแกรมการสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพของพนักงานเก็บขยะเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี”. วารสารวิจัยและนวัตกรรมสุขภาพ. 2561; 1(1): 25-34.
10. กัลยาณี โนนินทร์ และนิศากร เชื้อสาธุน. “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและการบาดเจ็บจากการเก็บขยะในช่วงน้ำท่วมของพนักงานเก็บขยะ: กรณีศึกษาในสำนักงานเขตแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร”. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2555; 6(4): 513-523.
11. สุปรีย์ เดชา และสมคิด ปราบภัย. “ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในพนักงานเก็บขยะมูลฝอยเทศบาลตำบลบางเมือง จังหวัดสมุทรปราการ”. วารสารควบคุมโรค. 2561; 44(1): 30-37.

12. Miwano, E.P., Ibidabo, A & Kingsley, D.
“Occupational Hazards and Safety Practices of Refuse Collectors in Obio / Akpor Local Government Area of Rivers State.” Asian journal of Medicine and Health. 2018; 13(3): 1-9.
13. Lissah, S.Y., Ayanore, M.A., Krugu, J. & Ruiter, R.AC. “Psychosocial Risk, Work-Related Stress, and Job Satisfaction among Domestic Waste Collectors in the Ho Municipality of Ghana: A Phenomenological Study.” International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020; 17(8): 1-19.
14. Adekiya, O. “Assessment of Occupational Health Risk and Awareness of Scavengers To Covid-19 in Abuja Municipal Area Council, Nigeria.” American Journal of Health, Medicine and Nursing Practice. 2021; 6(1): 18-31.
15. สลิตรัตน์ นิตมร, นวรัตน์ สุวรรณพ้อง, มธุรส ทิพย์มวง คลกุล และธนาศรี สีหะบุตร. “ภาวะสุขภาพของ พนักงานเก็บและคัดแยกขยะสังกัดเทศบาลจังหวัด นนทบุรี” วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564; 30(2): 232-241.
16. มัทนา นานอก และเลิศชัย เจริญธัญรักษ์.
“พฤติกรรมป้องกันการอันตรายจากการปฏิบัติงาน ของพนักงานเก็บขยะมูลฝอยในเทศบาลนคร ขอนแก่น” วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2563; 13(1): 48-59.
17. สุรเมศวร์ พิริยะวัฒน์. “ทฤษฎีพฤติกรรมและการ ประยุกต์สำหรับการวิเคราะห์พฤติกรรมการเดินทางใน ประเทศไทย” วิศวกรรมสาร. 2553; 63(6):59-70.
18. Laor, P., Suma, Y., Keawdoungelek, V.& Hongtong, A. “Knowledge, Attitude and Practice of Municipal Solid Waste Management among Highland Residents in Northern Thailand.” Journal of Health Research. 2018; 32(2): 123-131.
19. Arab, M., Safari, H., Zandian, H.& Nodeh, F.H. “Evaluation of Practice Safety Features of Hospital Waste Collection among Iran’s Public Hospitals.” The Journal of Material Cycles and Waste Management. 2017; 19: 939-945.
20. Gizaw, Z., Gebrehiwot, M., Teka, Z.& Molla, M. “Assessment of Occupational Injury and Associated Factors among Municipal Solid Waste Management Workers in Gondar town and Bahir Dar City, Northwest Ethiopia, 2012.” Journal of Medicine and Medical Sciences. 2014; 5(9): 181-192.
21. อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินทร์ กลัมพากร, สุนีย์ ละ กำนัน และขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ. “การสร้างเสริม สุขภาพและการป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์ แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ” ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดโรงพิมพ์คลัง นานาวิทยา : 2556.
22. อนามัย อีรวีโรจน์ เทศกะทีก. “อาชีวอนามัยและความปลอดภัย”ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร
23. สุภาณี จันทศิริ, สิทธิชัย ใจขาน และธัญวรรณ คำ ไส. “พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของ คนงานและการประเมินความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัย และความปลอดภัย กรณีศึกษาร้านรับซื้อของเก่าใน ตำบลแสนสุข อำเภวารินชำราบ จังหวัด อุบลราชธานี” วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2561; 20(2): 116-126. โอเดียนสโตร์ : 2556.

Received: 26 Jun 2021, Revised: 3 Aug 2021

Accepted: 30 Aug 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับการเกิดโรคไตเรื้อรัง
อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่นดำรงศักดิ์ อบเหลือ^{1*} ชนัญญา จิรพรกุล² อมรรัตน์ เพียงเกษ³เนาวรัตน์ มณีนิล⁴ วันเฉลิม รัตนวงษ์⁵

บทคัดย่อ

โรคไตเรื้อรังจากเบาหวานเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ โดยปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง คือ ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับการเกิดโรคไตเรื้อรัง อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น เป็นการวิจัยแบบ Unmatched Case-Control ใช้ข้อมูลจากแบบบันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน ที่มารับบริการระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 – 30 กันยายน 2563 โดยกลุ่มศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง จำนวน 241 คน และกลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 241 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย วิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Multiple logistic regression นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า Adjusted Odds Ratio (OR_{adj}) ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95

ผลการศึกษา พบว่า เมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรอื่น ๆ พบว่า ระยะเวลาที่ป่วยด้วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไตเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.05) โดยกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระยะเวลาป่วย 5-10 ปี และ มากกว่า 10 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง 1.94 เท่า และ 3.48 เท่า ตามลำดับ เมื่อเทียบกับผู้กลุ่มป่วยที่มีระยะเวลาป่วย น้อยกว่า 5 ปี (OR_{adj} =1.94, 95%CI; 1.18-4.25), (OR_{adj} =3.48, 95%CI; 1.74-6.95) ตามลำดับ

จากผลการศึกษาจึงควรมีการพัฒนาแนวทางการตรวจคัดกรองและการควบคุมภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ของโรคเบาหวาน เพิ่มความถี่ในการตรวจไตอย่างสม่ำเสมอโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ป่วยเบาหวานที่มีระยะเวลาการป่วย ตั้งแต่ 5 ปี

คำสำคัญ: ระยะเวลาที่ป่วย, โรคเบาหวานชนิดที่ 2, โรคไตเรื้อรัง

¹ นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

^{2,4} ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน จังหวัดขอนแก่น

⁵ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาคู อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น

* Corresponding author: chananya@kku.ac.t

Original Article

ASSOCIATION BETWEEN THE DURATION OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS AND CHRONIC KIDNEY DISEASE IN KRANUAN DISTRICT, KHON KAEN PROVINCE

Damrongsak Obluang¹ Chananya Jiraponkul² Amornrat Pheangket³Naowarat Maneenin⁴ Wanchalerm Rattanawong⁵**Abstract**

Chronic kidney disease is a major complication of diabetes. The main factor affecting the incidence of chronic kidney disease is the duration of having type 2 diabetes mellitus. This study aimed to examine the association between the duration of having type 2 diabetes mellitus and chronic kidney disease in Kranuan District, Khon Kaen Province. This was an unmatched case-control. Data were collected from the medical records of patients with type 2 diabetes mellitus at Somdet Phra Yupparaj Kranuan Hospital who received the service from 1 October 2019 to 30 September 2020. The experimental group consisted of 241 people with type 2 diabetes mellitus and chronic kidney disease. The control group consisted of 241 people with type 2 diabetes mellitus. They were selected by a simple sampling method. The association was analyzed by multiple logistic regression. The association size was presented by Adjusted Odds Ratio (OR_{adj}), 95% confidence interval. The results indicated that when controlling for the effects of other variables, it was found that the duration of having type 2 diabetes mellitus was associated with the incidence of chronic kidney disease with statistical significance (p -value <0.05). The patients with type 2 diabetes with a duration of illness of 5 to 10 years and 10 years or more were 1.94 times and 3.48 times more likely to develop chronic kidney disease, respectively, compared to those with a long duration of illness less than 5 years. ($OR_{adj}=1.94$, 95%CI; 1.18-4.25), ($OR_{adj}=3.48$, 95%CI; 1.74-6.95) respectively. From the results of the study is the guidelines for screening and controlling the complications of diabetes should be developed. The frequency of examining renal function, especially in the elderly people having diabetes for since 5 years should also be increased.

Keywords: Duration of illness, type 2 diabetes mellitus, chronic kidney disease

¹ Master student of Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

^{2,4} Assistant Professor. Faculty of Public Health, Khon Kaen University

³ Medical Physician, Professional level in Kranuan Crown Prince Hospital, Khon Kaen province.

⁵ Public Health technical officer, Practitioner level The Doonsad Tambon health promoting hospital in Kranaun district, Khon Kaen province.

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของโลกและประเทศไทย โดยทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตปีละมากกว่า 40 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตทั้งหมด ส่วนใหญ่อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยสถานการณ์โรคเบาหวาน พ.ศ.2562 พบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกประมาณ 463 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9.3 ของประชากรทั่วโลก ซึ่งทวีปเอเชียมีผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 88 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 8.8 ของประชากรในภูมิภาค¹ สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2561 พบอัตราป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวาน 1,439.0 ต่อแสนประชากร และอัตราตาย 21.8 ต่อแสนประชากร² ในจังหวัดขอนแก่น พบอัตราป่วยโรคเบาหวาน 7,157.0 ต่อแสนประชากร และอำเภอกระนวน พบอัตราป่วยโรคเบาหวาน 7,709.6 ต่อแสนประชากร³ หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น การมีไตวายเรื้อรัง ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญเป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานทั้งชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 ในประเทศไทยพบว่าการควบคุมของโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่ 3 ขึ้นไปมีประมาณร้อยละ 2.9-13 จากประชากรทั้งประเทศประมาณ 70 ล้านคน สาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรังของประเทศไทยเกิดจากเบาหวาน ร้อยละ 36.4⁴ ในปี 2562 จังหวัดขอนแก่นมีอัตราป่วยโรคไตเรื้อรัง 1,927.1 ต่อแสนประชากร และในอำเภอกระนวนมีอัตราป่วยโรคไตเรื้อรัง 2,826.4 ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นทั้งโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรังจำนวน 585 ราย คิดเป็นอัตราป่วยร้อยละ 19.3 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดในอำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น⁵

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในระยะเริ่มต้นกับการเกิดโรคไตระยะสุดท้ายในผู้ป่วยโรคไตจากเบาหวานในประเทศจีน โดยใช้รูปแบบการวิจัย retrospective cross-sectional study พบว่า ระยะเวลาป่วยเป็นเบาหวานตั้งแต่ 12 ปี มีโอกาสเกิด

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย 3.60 เท่า เมื่อเทียบกับระยะเวลาป่วยเป็นเบาหวาน น้อยกว่า 12 ปี ($OR_{adj} = 3.60$; 95%CI: 1.50-8.70, p-value = 0.005)⁶ แตกต่างกับการศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนทางไตจากโรคเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดกำแพงเพชร โดยใช้รูปแบบการศึกษาแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง พบว่า ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานตั้งแต่ 5 ปี มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจากโรคเบาหวานอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{adj} = 0.78$; 95%CI: 0.85-1.06, p-value = 0.107)⁷

จากปัญหาและความรุนแรงดังกล่าวพบว่า ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวานเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ส่งผลทำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมา ยังไม่สามารถสรุปได้ว่าระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวานส่งผลต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และยังไม่มีการศึกษาในเขตพื้นที่อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น ดังนั้นจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับการเกิดโรคไตเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการวางแผนการปฏิบัติตนและการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวาน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย คือ การศึกษาแบบ Unmatched Case-Control

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 – 30 กันยายน 2563 จำนวนทั้งหมด 4,733 ราย

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มศึกษา (Case) จำนวน 241 คน มีเกณฑ์คัดเข้า 1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จากค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ตั้งแต่ร้อยละ 7 จนกระทั่งมีภาวะโรคไตเรื้อรังโดยแพทย์วินิจฉัย จากค่า eGFR < 60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร เป็นเวลานานกว่า 3 เดือน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน อำเภอกะนวน จังหวัดขอนแก่น กลุ่มควบคุม (Control) จำนวน 241 คน มีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ตั้งแต่ร้อยละ 7 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน อำเภอกะนวน จังหวัดขอนแก่น 2) มีผลการตรวจค่า eGFR ตั้งแต่ 60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับการเกิดโรคไตเรื้อรัง

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้สูตรคำนวณตัวอย่างแบบ Multiple logistic regression⁸ ดังต่อไปนี้

$$n = \frac{[Z_{\alpha/2}\sqrt{2\bar{p}\bar{q}} + Z_{\beta}\sqrt{p_1q_1 + p_0q_0}]^2}{(p_1 - p_0)^2}$$

$$\text{เมื่อ } \bar{p} = 1/2 (p_1 + p_0)$$

$$\bar{q} = 1 - \bar{p}$$

$$q_1 = 1 - p_1$$

$$q_0 = 1 - p_0$$

กำหนดให้

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

P_0 = สัดส่วนระยะเวลาของผู้ป่วยเบาหวาน มากกว่า 5 ปี กับการไม่เป็นโรคไตเรื้อรัง เท่ากับ $380/622 = 0.61$

P_1 = สัดส่วนระยะเวลาของผู้ป่วยเบาหวาน มากกว่า 5 ปี กับการเกิดโรคไตเรื้อรัง เท่ากับ $220/311 = 0.71$

$Z_{\alpha/2} = 1.96$ เมื่อกำหนดให้ $\alpha = 0.05$ มีค่าเท่ากับ 1.96

$Z_{\beta} = 0.84$ เมื่อกำหนดให้ $\beta = 0.20$ (Power of test $(1-\beta)$ เท่ากับร้อยละ 80) มีค่าเท่ากับ 0.842

ขนาดตัวอย่างของการศึกษาจึงเท่ากับ 181 คน และพิจารณาความเป็นไปได้ในการทำวิจัยได้สำเร็จ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีสุ่มวิธีสุ่มแบบง่ายบางส่วน เท่ากับ 0.5 ดังนั้นขนาดตัวอย่างของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม จึงใช้ในอัตราส่วน 1:1 จำนวนกลุ่มละ 241 คน ได้ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ครึ่งนี้ทั้งหมด 482 คน

การสุ่มตัวอย่าง คือผู้วิจัยได้พิจารณากลุ่มตัวอย่างจากเกณฑ์คัดเข้าของการศึกษา เพื่อแยกกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยโปรแกรม STATA Version 10.1 จึงจะได้ขนาดตัวอย่างดังกล่าวข้างต้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการคัดลอกข้อมูลจากเวชระเบียนและแบบบันทึกการรักษาของเจ้าหน้าที่งานดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรม STATA Version 10.1 วิธีการวิเคราะห์ สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถิติการรักษายาบาล ข้อมูลด้านสถานะสุขภาพ โรคประจำตัวอื่น ๆ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ข้อมูลด้านผลทางห้องปฏิบัติการ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ความดันโลหิต ภาวะไขมันโคเลสเตอรอล ไขมันไตรกลีเซอไรด์ LDL HDL และ Serum creatinine นำเสนอในรูปแบบตารางแจกแจงความถี่ ร้อยละ กรณีเป็นข้อมูลต่อเนื่องที่มีการแจกแจงปกตินำเสนอค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ถ้าเป็นข้อมูลที่มีการแจกแจงไม่ปกตินำเสนอค่ามัธยฐาน (Median)

และค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ตัวแปรเดียว (Univariate analysis) ด้วยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยแบบลอจิสติกอย่างง่าย (Simple logistic regression) โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบจากปัจจัยอื่นๆ โดยนำเสนอเป็นค่าอัตราส่วนของ Odds (Crude oddsratio, OR) และช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่า p-value การวิเคราะห์ตัวแปรเชิงพหุ (Multivariable analysis) ใช้ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติพหุถดถอยแบบลอจิสติก (Multiple logistic regression) มีการควบคุมผลกระทบจากปัจจัยกวน(Confounding factors) โดยเทคนิคการวิเคราะห์แบบขจัดออกทีละตัวแปร (Backward elimination) นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า Adjusted Odds Ratio (OR_{adj}) ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ให้ไว้ ณ วันที่ 20 มกราคม 2564 เลขที่ HE 642060

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ปัจจัยด้านระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีค่ามัธยฐาน 12 ปี และ 4 ปี ตามลำดับ

ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.2 และ 65.2 ตามลำดับ กลุ่มศึกษามีอายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 49.0 ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ในช่วง 60-70 ปี ร้อยละ 30.3 กลุ่มศึกษาครึ่งหนึ่งมีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 55.2 กลุ่มควบคุมมีระดับการศึกษามัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 56.9 กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 87.14 และ 84.7 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษา

บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 85.06 และ 88.4 ตามลำดับ

ด้านสถานะสุขภาพ กลุ่มศึกษา มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.50-22.99 kg/m^2 ร้อยละ 37.4 ส่วนกลุ่มควบคุมอยู่ในช่วง 25.00-29.99 kg/m^2 ร้อยละ 34.4 กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 92.5 และ 66.4 ตามลำดับ เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 89.9 และ 63.1 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 98.3 และ 95.4 ตามลำดับ และไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 84.6 และ 85 ตามลำดับ

ผลการตรวจทางด้านห้องปฏิบัติการ กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1c ตั้งแต่ 7 mg% ร้อยละ 57.3 และ 70.1 ตามลำดับ มีความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว Systolic ส่วนใหญ่ น้อยกว่า 140 mmHg ร้อยละ 70.1 และ 75.5 ตามลำดับ มีความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว diastolic ส่วนใหญ่ น้อยกว่า 90 mmHg ร้อยละ 96.3 และ 93.4 ตามลำดับ มีภาวะไมโครอัลบูมินูเรีย < 30 mg/g creatinine ร้อยละ 65.2 และ 77.6 ตามลำดับ กลุ่มศึกษามีไตรกลีเซอไรด์ ตั้งแต่ 150mg/dl ร้อยละ 50.6 ส่วนกลุ่มควบคุมมีไตรกลีเซอไรด์ น้อยกว่า 150 mg/dl ร้อยละ 51.0 มีระดับ LDL Cholesterol ตั้งแต่ 100 mg/dl ร้อยละ 51.0 และ 55.2 ตามลำดับ มีระดับ HDL Cholesterol อยู่ในช่วง น้อยกว่า 40 mg/dl ร้อยละ 75.1 และ 83.8 ตามลำดับ กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่มี Serum creatinine ตั้งแต่ 1.3 ในเพศชาย, ตั้งแต่ 1.2 ในเพศหญิง ร้อยละ 70.9 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 0.6 – 1.2 ในเพศชาย, 0.5 - 1.1 ในเพศหญิง ร้อยละ 95.0 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ปัจจัย	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2			
	ป่วยโรคไตเรื้อรัง		ไม่ป่วยโรคไตเรื้อรัง	
	(n=241)		(n=241)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (ปี)				
<5	47	19.5	126	52.3
5-10	63	26.1	60	24.9
>10	131	54.4	55	22.8
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด)	12(1, 32)		4 (1, 31)	
ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล				
เพศ				
ชาย	79	32.8	84	34.8
หญิง	162	67.2	157	65.2
อายุ (ปี)				
< 50	7	2.9	52	21.6
50-60	27	11.2	71	29.5
61-70	89	36.9	73	30.3
> 70	118	49.0	45	18.6
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด)	69 (36, 93)		59 (29, 91)	
ระดับการศึกษาสูงสุด				
ไม่ได้รับการศึกษา	4	1.7	5	2.1
ประถมศึกษา	133	55.2	89	36.9
มัธยมศึกษา/ปวช.	99	41.1	137	56.9
อนุปริญญา/ปวส./ ปริญญาตรี	5	2.0	10	4.1
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3	1.2	2	0.8
เกษตรกร	210	87.1	204	84.7
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	12	5.0	10	4.2
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7	2.9	8	3.3
รับจ้างทั่วไป	9	3.8	17	7.0
สวัสดิการรักษายาบาล				
สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	205	85.1	213	88.4
สิทธิประกันสังคม	2	0.8	2	0.8
สิทธิข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	34	14.1	26	10.8
ค่าดัชนีมวลกาย BMI (kg/m ²)				

ปัจจัย	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2			
	ป่วยโรคไตเรื้อรัง (n=241)		ไม่ป่วยโรคไตเรื้อรัง (n=241)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
< 18.50	16	6.6	14	5.8
18.50 – 22.99	90	37.4	80	33.2
23.00 – 24.99	40	16.6	41	17.1
25.00 – 29.99	82	34.0	83	34.4
≥ 30.00	13	5.4	23	9.5
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด)	23.62 (15.43, 38.95)		24.22 (15.23,40.62)	
โรคประจำตัวอื่น ๆ				
ไม่มี	18	7.5	81	33.6
มี	223	92.5	160	66.4
ความดันโลหิตสูง	213	89.9	152	63.1
มะเร็ง	4	1.7	5	2.1
หอบหืด/วัณโรค/ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	14	5.8	9	3.7
หัวใจและหลอดเลือดสมอง	17	7.0	13	5.4
จิตเวช	6	2.5	5	2.1
การสูบบุหรี่				
ไม่สูบ	236	98.3	229	95.4
สูบ	4	1.7	11	4.6
การดื่มสุรา				
ไม่ดื่ม	203	84.6	204	85.0
ดื่ม	37	15.4	36	15.0
ปัจจัยผลการตรวจทางด้านห้องปฏิบัติการ				
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1c (mg%)				
< 7	103	42.7	72	29.8
≥ 7	138	57.3	169	70.2
ค่าความดันโลหิต (mmHg)				
ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว Systolic				
< 140	169	70.1	182	75.5
≥140	72	29.9	59	24.5
ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว diastolic				
< 90	232	96.3	225	93.4

ปัจจัย	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2			
	ป่วยโรคไตเรื้อรัง (n=241)		ไม่ป่วยโรคไตเรื้อรัง (n=241)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
≥ 90	9	3.7	16	6.6
ภาวะไม่โครอัลบูมินูเรีย (mg/g creatinine)				
< 30	157	65.2	187	77.6
≥ 30	84	34.8	54	22.4
ไตรกลีเซอไรด์ (mg/dl)				
< 150	119	49.4	123	51.0
≥ 150	122	50.6	118	49.0
LDL Cholesterol (mg/dl)				
< 100	118	49.0	108	44.8
≥ 100	123	51.0	133	55.2
HDL Cholesterol (mg/dl)				
< 40	60	24.9	39	16.2
≥ 40	181	75.1	202	83.2
Serum creatinine (mg/dl)				
0.6 – 1.2 ในเพศชาย, 0.5 - 1.1 ในเพศหญิง	70	29.1	229	95.0
≥ 1.3 ในเพศชาย, ≥ 1.2 ในเพศหญิง	171	70.9	12	5.0

1.2 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ตัวแปรเดียว (Univariate analysis)

ปัจจัยด้านระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระยะเวลาป่วย 5-10 ปีและ มากกว่า 10 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง เป็น 2.81 เท่า และ 6.39 เท่า ตามลำดับ เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีระยะเวลาป่วย น้อยกว่า 5 ปี (OR=2.18, 95%CI; 1.72-4.48), (OR=6.39, 95%CI; 4.03-10.11), (p<0.001)

ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุ 60-70 และอายุ มากกว่า 70 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง เป็น 4.41 เท่า และ 9.49 เท่าตามลำดับ เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่

มีอายุ น้อยกว่า 60 ปี (OR=4.41, 95%CI; 2.70-7.20), (OR= 9.49, 95% CI; 5.69-15.82), p<0.001 กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับการศึกษา ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง เป็น 2.06 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาหรือสูงกว่า (OR=2.06, 95%CI; 1.43-2.69, p<0.001)

ปัจจัยด้านสถานะสุขภาพ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคประจำตัวร่วมมีโอกาสร้อยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง เป็น 6.27 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัวอื่นร่วม (OR=6.27, 95%CI; 3.62-10.87, p<0.001)

ปัจจัยผลการตรวจทางด้านห้องปฏิบัติการ
พบว่า กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1c ตั้งแต่ 7 mg% มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง เป็น 1.75 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสะสม น้อยกว่า 7 mg% (OR=1.75, 95%CI; 1.20-2.55, p=0.003) กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไมโครอัลบูมินูเรีย มากกว่า 30 mg/g creatinine มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง เป็น 1.85 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะไมโครอัลบูมินูเรีย น้อยกว่า 30 mg/g creatinine (OR=1.85, 95%CI; 1.24-2.77, p=0.003) กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มี HDL Cholesterol

น้อยกว่า 40 mg/g มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง เป็น 1.72 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่มี HDL Cholesterol ตั้งแต่ 40 mg/g (OR= 1.72, 95% CI; 1.09-2.69, p=0.019) กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มี Serum creatinine 1.3 mg/dl ขึ้นไป ในเพศชาย, 1.2 mg/dl ขึ้นไปในเพศหญิง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง เป็น 46.62 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่มี Serum creatinine 0.6 – 1.2 mg/dl ในเพศชาย, 0.5 - 1.1 mg/dl ในเพศหญิง (OR= 46.62, 95% CI; 24.50-88.73, p<0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยด้านระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับการเกิดโรคไตเรื้อรังโดยไม่คำนึงถึงผลกระทบจากตัวแปรอื่น ๆ

ปัจจัย	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2		OR(95%CI)	p-value
	ป่วยโรคไตเรื้อรัง (n=241)	ไม่ป่วยโรคไตเรื้อรัง (n=241)		
ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (ปี)				<0.001
<5	47	126	1	P-for
5-10	63	60	2.81(1.72-4.48)	trend
>10	131	55	6.39(4.03-10.11)	
ด้านลักษณะส่วนบุคคล				
อายุ(ปี)				<0.001
<60	34	123	1	P-for
60-70	89	73	4.41(2.70-7.20)	trend
>70	118	45	9.49(5.69-15.82)	
ระดับการศึกษา				
มัธยมศึกษาขึ้นไป	104	147	1	
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	137	94	2.06(1.43-2.69)	<0.001
ด้านสถานะสุขภาพ				
โรคประจำตัวอื่น ๆ				
ไม่มี	18	81	1	
มี	223	160	6.27(3.62-10.87)	<0.001

ปัจจัย	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2		OR(95%CI)	p-value
	ป่วยโรคไต	ไม่ป่วย		
	เรื้อรัง (n=241)	โรคไตเรื้อรัง (n=241)		
ด้านห้องปฏิบัติการ				
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด				
HbA1c (mg%)				
≥ 7	138	169	1	0.003
< 7	103	72	1.75(1.20-2.55)	
ภาวะไมโครอัลบูมินูเรีย (mg/g creatinine)				
<30	157	187	1	0.003
≥ 30	84	54	1.85(1.24-2.77)	
HDL Cholesterol(mg/dl)				
≥ 40	181	202	1	0.019
< 40	60	39	1.72(1.09-2.69)	
Serum creatinine (mg/dl)				
0.6 – 1.2 ในเพศชาย, 0.5 - 1.1 ในเพศหญิง	70	229	1	<0.001
≥ 1.3 ในเพศชาย, ≥ 1.2 ในเพศหญิง	171	12	46.62(24.50-88.73)	

1.3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรพหุ (Multivariate analysis)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรอื่น ๆ ในสมการสุดท้าย ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่

มีระยะเวลาป่วย 5-10 ปี และ มากกว่า 10 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง เป็น 1.94 เท่าและ 3.48 เท่า ตามลำดับ เมื่อเทียบกับผู้กลุ่มป่วยที่มีระยะเวลาป่วย น้อยกว่า 5 ปี ($OR_{adj} = 1.94$, 95%CI; 1.18-4.25), ($OR_{adj} = 3.48$, 95% CI; 1.74-6.95), ($p = 0.001$) กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุ 60-70 และอายุ

มากกว่า 70 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง เป็น 4.59 เท่า และ 6.63 เท่า

ตามลำดับ เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุ น้อยกว่า 60 ปี ($OR_{adj} = 4.59$, 95%CI; 2.22-9.48), ($OR_{adj} = 6.63$, 95% CI; 3.08-14.27), ($p < 0.001$) กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคประจำตัวร่วมมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง 4.19 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มกับผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัวอื่นร่วม ($OR_{adj} = 4.19$, 95% CI; 1.65-10.63, $p = 0.001$) และ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีค่า HDL Cholesterol น้อยกว่า 40 mg/dl มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง 2.29 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มกับผู้ป่วยที่มีค่า HDL Cholesterol ตั้งแต่ 40mg/dl ($OR_{adj} = 2.29$, 95%CI; 1.19-4.43, $p = 0.014$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไตเรื้อรัง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 วิเคราะห์แบบพหุ (Multivariate analysis) เมื่อวิเคราะห์ทีละหลายตัวแปร โดยคำนึงถึงผลกระทบจากตัวแปรอื่น ๆ

ปัจจัย	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2		OR _{adj} (95%CI)	p-value
	ป่วยโรคไตเรื้อรัง (n=241)	ไม่ป่วยโรคไตเรื้อรัง (n=241)		
ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (ปี)				0.001
<5	47	126	1	
5-10	63	60	1.94 (1.18-4.25)	
>10	131	55	3.48 (1.74-6.95)	
อายุ (ปี)				<0.001
<60	34	123	1	
60-70	89	73	4.59 (2.22-9.48)	
>70	118	45	6.63 (3.08-14.27)	
โรคประจำตัวอื่น ๆ				0.001
ไม่มี	18	81	1	
มี	223	160	4.19 (1.65-10.63)	
HDL Cholesterol (mg/dl)				0.014
≥ 40	181	202	1	
< 40	60	39	2.29 (1.19-4.43)	

อภิปรายผลการวิจัย

ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระยะเวลาป่วย 5-10 ปี และมากกว่า 10 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังเป็น 1.94 เท่าและ 3.48 เท่า ตามลำดับ เมื่อเทียบกับผู้กลุ่มป่วยที่มีระยะเวลาป่วย น้อยกว่า 5 ปี ($OR_{adj} = 1.94$, 95% CI: 1.18-4.25), ($OR_{adj} = 3.48$, 95% CI: 1.74-6.95), ($p=0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดยโสธร พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการป่วยตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป มีโอกาสเกิดโรคไตเรื้อรังเป็น 1.97 เท่า ของผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการป่วยของโรคต่ำกว่า 10 ปี ($OR_{adj} = 1.97$; 95%CI: 1.35-2.88, $p\text{-value}<0.001$)⁹ เนื่องจากโรคเบาหวาน คือ การที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ การที่ร่างกายขาดฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin) หรือฮอร์โมนอินซูลินเกิดความบกพร่อง¹⁰ ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน น้ำตาลจะจับตัวที่ผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือด

แข็งตัวและมีผลต่อการเกิดการเสื่อมสภาพของหลอดเลือดทั่วร่างกาย เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้อวัยวะสำคัญ

ต่าง ๆ มีโอกาสเสียชีวิตจากไตวายจากเลือดไปเลี้ยงได้ไม่เพียงพอทำให้ไตเสื่อมจนถึงขั้นไตวาย¹¹ นอกจากนี้การดำเนินของโรคเบาหวานที่มีระยะการโรคที่ยาวนานมักเกิดขึ้นหลังเป็นโรคอย่างน้อย 5 ปี ซึ่งพบว่าโปรตีนในช่วงแรกจะมีปริมาณไม่มาก ต่อมาปริมาณโปรตีนจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ จนอาจมีการสูญเสียโปรตีนในปัสสาวะมาก ทำให้โปรตีนในเลือดลดลงต่ำลง และผู้ป่วยมีอาการบวมเกิดขึ้น ก่อให้เกิดเนื้อไตถูกทำลายเรื่อย ๆ จนทำให้เกิดโปรตีนรั่วออกมาในปัสสาวะ เมื่อสะสมเป็นเวลานานจะส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตตามมา¹²

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

- 1) รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Case-Control study) และในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยข้อจำกัดของฐานข้อมูลทำให้ไม่สามารถรวบรวมข้อมูล ซึ่งในการศึกษาครั้งต่อไปรูปแบบการศึกษาควรมีการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบไปข้างหน้า (Cohort study) จะทำให้ทราบความเสี่ยงที่เกิดจากโรคไตเรื้อรังมากยิ่งขึ้น
- 2) ควรศึกษาตัวแปรอื่นเพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย เกี่ยวกับประวัติการใช้ยาสแตียรอยด์ ยากลุ่ม NSAIDs ยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพร ยาขับปัสสาวะและยาลดไขมันในเลือด เพื่อให้ผลการศึกษา มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น
- 3) ควรศึกษาอัตราการรอดชีพ (Survival rate) ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานกับการเกิดโรคไตเรื้อรัง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ใช้ข้อมูลในการวิจัย และขอขอบคุณอาจารย์ที่คำปรึกษาต่างๆ ในการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Malanda, B., Karuranga, S., Saeedi, P., & Salpea, P. IDF DIABETES ATLAS Ninth edition 2019. Brussels: Belgium; 2019.
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ. จำนวนและอัตราผู้ป่วยและตายใน ปี 2559 - 2561 (ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, หลอดเลือดหัวใจ, หลอดเลือดสมอง, COPD). [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 9 มิถุนายน 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://1th.me/WQe2u>.
3. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ.

- [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 9 มิถุนายน 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://1th.me/lfkS7>.
4. สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์กรสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
 5. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาล จำแนกตาม Stage. [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://1th.me/oM6pu>.
 6. Zheng, L., Chen, X., Luo, T., Ran, X., Hu, Z., & Cheng, Q., et al. (2020). Early-Onset Type 2 Diabetes as a Risk Factor for End-Stage Renal Disease in Patients with Diabetic Kidney Disease. *Prev Chronic Dis.* 2020;17: 200076.
 7. สิทธิ ภคไพบูลย์. ความชุก และปัจจัยเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนทางไตจากโรคเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่โรงพยาบาลปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารกรมการแพทย์*, 2563; 45(2), 12-18.
 8. Schlesselman J.J. Case-Control Studies Design, Conduct Analysis. New York: Oxford University Press; 1982.
 9. ชิตกมล ศรีชมภู และเบญจา มุกตพันธุ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 2562; 12 (2), 62-72.
 10. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์, 2560.
 11. ัญญา รอดสุข, อรรพรรณ บำรุง, และอรอนงค์คงเรือง. ระบาดวิทยาโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 – 2557. *พระนครศรีอยุธยา: สำนักงานป้องกัน*
 12. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. พิมพ์ครั้งที่ 2. ปทุมธานี: ร่มเย็น มีเดีย, 2560.

Received: 30 Jul 2021, Revised: 4 Sep 2021

Accepted: 9 Sep 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

มรินทร์ แพงงา¹, ชันญญา จิรพรกุล²,
กมล ศรีสว่างวงศ์³, เนาวรัตน์ มณีนิล⁴

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากขาดการควบคุมความดันโลหิตต่อเนื่อง ทำให้หลอดเลือดแดงประสิทธิภาพลดลงเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ การศึกษาแบบ Unmatched Case-Control ใช้ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2559 – 31 ธันวาคม พ.ศ.2563 กลุ่มศึกษา คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มควบคุม คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวนกลุ่มละ 111 คน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยสถิติแบบ Multiple logistic regression นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า Adjusted Odds Ratio ช่วงความเชื่อมั่น 95%

ผลการศึกษาพบว่า เมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรอื่น ๆ พบว่า ระยะเวลาที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 5-9 ปีและ 10 ปีขึ้นไปมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็น 5.14 และ 17.18 เท่า ของผู้ที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่ำกว่า 5 ปี ($OR_{adj}=5.14, 95\%CI; 1.72 - 15.45$), ($OR_{adj}=17.18, 95\%CI; 6.45 - 45.8$), ($P<0.001$)

ดังนั้นจึงควรพัฒนามาตรการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะกลุ่มที่ป่วยตั้งแต่ 5-10 ปีขึ้นไปและมีการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดเพื่อคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

คำสำคัญ: ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง

¹นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

^{2,4}ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³นายแพทย์ปฏิบัติการ โรงพยาบาลยางตลาด

* Corresponding author: chananya@kku.ac.th

*Original Article***Association Between the Duration of Hypertension and Stroke Among Hypertension Patients in Yangtalad District Kalasin Province**Miruntee Phaengnga^{1*} Chananya Jiraponkul²Kamon Srisawangwong³ Naowarat Maneenin⁴**ABSTRACT**

Stroke disease It is a common complication in patients with high blood pressure due to lack of continuous blood pressure control. The efficiency of the arteries is reduced, the risk of stroke. This time, the study was to study the relationship between duration of hypertension and stroke in Yang Talat District, Kalasin Province. The Unmatched Case-Control study used medical records of hypertensive patients from January 1, 2016 to December 31, 2020. The case group consisted of patients with diagnosed hypertension with stroke. The control group consisted of patients with diagnosed hypertension. 111 participants counted for each group. The relationship was analyzed by using Multiple logistic regression statistics. The relationship size was presented by Adjusted Odds Ratio, 95% confidence interval.

The results showed that when controlling the variables in the final equation, it was found that the duration of having hypertension was correlated with the incidence of stroke with statistical significance ($P < 0.05$). The patients having hypertension for 5-9 years and 10 years or over were more likely to have stroke 5.14 and 17.18 times of patients having hypertension for less than 5 years ($OR_{adj}=5.14$, 95%CI; 1.72 – 15.45), ($OR_{adj}=17.18$, 95%CI; 6.45 – 45.8), ($P < 0.001$).

Therefore, the health behavior monitoring model of patients with hypertension should be continuously developed, especially among those having hypertension for 5- 10 years or over. The proactive action plan should be developed to control stroke risk factors. The risk of cardiovascular diseases should also be assessed to screen for the risk of stroke.

Keywords: Duration of having hypertension, stroke, hypertension.

¹Master student of Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

²Assistant Professor. Faculty of Public Health, Khon Kaen University.

³Medical Physician, Practitioner level in Yangtalad Hospital, Kalasin province.

* Corresponding author: chananya@kku.ac.th

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นหนึ่งปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ปี พ.ศ.2556 พบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายทั่วโลกร้อยละ 12.8 สถานการณ์ในไทย พ.ศ.2562 มีอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2,388.8 ต่อประชากรแสนคน และภาพสินธุ์ พ.ศ.2562 พบอุบัติการณ์ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2,281.2 ต่อประชากรแสนคน¹ พ.ศ. 2563 อำเภอขามเฒ่า มีอุบัติการณ์ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 907.5 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งองค์การอนามัยโลกกำหนดนิยามของโรคไว้ใน พ.ศ. 2542 ว่าผู้ที่มีความดันโลหิต > 140/90 mg/dl ขึ้นไปถือว่า² สาเหตุเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ไม่ใส่ใจสุขภาพ ซึ่งโรคนี้ไม่มีอาการชัดเจน อาจมีอาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ทำให้ขาดการรักษาต่อเนื่องหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน จึงจะรักษา³ พฤติกรรมนี้ทำให้หลอดเลือดแดงแข็งหรือเปราะบาง เกิดภาวะแทรกซ้อนทางสมองได้² เช่น โรคอัมพาตจากหลอดเลือดสมองตีบ โรคหลอดเลือดสมองแตก เป็นต้น⁴ โดยโรคหลอดเลือดสมองมีสาเหตุจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่รักษาต่อเนื่องและโรคความดันโลหิตสูงจะเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับระยะเวลาและความรุนแรงของโรค⁵

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการป่วยโรคความดันโลหิตสูงกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่าปัจจัยทำนายการเกิดโรคความหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ≥ 5 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเป็น 10.7 เท่าของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1-4 ปี($OR_{adj}=10.7$, 95%CI=6.38-17.81; P-value<0.001)⁶ ขัดแย้งกับผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดบึงกาฬ พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง< 5 ปีมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเป็น 4.55 เท่าของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ≥ 5 ปี($OR_{adj}=4.55$, 95%CI=1.45-14.20 ;

P-value = 0.009)⁷ซึ่งจากผลการศึกษาข้างต้นยังมีความขัดแย้งกัน

ดังนั้นจึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอขามเฒ่า จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์ในการวางแผนมาตรการควบคุมการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

วิธีดำเนินการวิจัย

โดยรูปแบบงานวิจัย การศึกษาแบบ Unmatched case-control ประชากรที่ศึกษา ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่รับโรงพยาบาลขามเฒ่า จังหวัดกาฬสินธุ์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2559 – วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2563

กลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเกณฑ์คัดเข้ากลุ่มควบคุมคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่เคยได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ขนาดตัวอย่าง คำนวณ ตัวอย่าง ใช้สูตร Schlesselman⁸และอ้างอิงสัดส่วนของผู้ป่วยจากการศึกษาปัจจัยทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดขอนแก่น⁶ ดังต่อไปนี้

$$n = \frac{[z_{\alpha}\sqrt{2pq} + z_{\beta}\sqrt{p_1q_1+p_0q_0}]^2}{(p_1-q_0)^2}$$

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

p_0 = สัดส่วนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่เป็นโรคหลอดเลือดสมองกับระยะเวลาที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ≥ 5 ปี เท่ากับ $442 / 696 = 0.64$

p_1 = สัดส่วนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองกับระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง < 5 ปี เท่ากับ $319 / 348 = 0.92$

$Z_{1-\alpha/2} = 1.96$ เมื่อกำหนดให้ $\alpha = 0.05$ มีค่าเท่ากับ 1.96

$Z_{1-\beta} = 0.84$ เมื่อกำหนดให้ $\beta = 0.20$ (Power of test $(1-\beta) = 80\%$) มีค่าเท่ากับ 0.842

และ ใช้อัตราส่วน 1:1 จากการคำนวณได้ จำนวนกลุ่มละ 111 คน ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 222 คน
วิธีสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยโปรแกรม STATA Version 10.1

วิธีรวบรวมข้อมูล ใช้ข้อมูลเวชระเบียนกลุ่มงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คัดลอกข้อมูลโดยใช้เกณฑ์คัดเลือกรหัส ICD-10 กลุ่มศึกษาเลือกรหัส I60-I69 และกลุ่มควบคุมเลือกรหัส ICD-10 ตั้งแต่ I10-I15

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม STATA Version 10.0 ตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์มีดังนี้ ตัวแปรต้นคือ ระยะเวลาป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตัวแปรควบคุมได้แก่ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ ด้านสถานะสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ โรคประจำตัวอื่นนอกจากโรคความดันโลหิตสูง ด้านห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบและคลายตัว LDL Cholesterol HDL Cholesterol และตัวแปรตามคือการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอในรูปแบบตารางแจกแจงความถี่ ร้อยละ ข้อมูลต่อเนื่องที่แจกแจงปกตินำเสนอค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอค่า Crude Odds ratio, 95% Confidence interval และ P-value วิเคราะห์ตัวแปรพหุด้วยวิธีวิเคราะห์พหุถดถอยแบบโลจิสติก มีการควบคุมผลกระทบจากปัจจัยรบกวน โดยการวิเคราะห์แบบขจัดออกทีละตัวแปร นำเสนอค่าขนาดความสัมพันธ์ด้วย Adjusted odds ratio, 95% Confidence interval และ P-value กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อพิจารณาจริยธรรม การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE 642070 ลงวันที่ 22 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564

ผลการวิจัย

ด้านระยะเวลาที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มศึกษามีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ≥ 10 ปี ร้อยละ 55

ด้านลักษณะส่วนบุคคล กลุ่มศึกษา เพศชาย ร้อยละ 68.5 อายุ ≥ 70 ปี ร้อยละ 41.5 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 41.5 สถานภาพสมรส ร้อยละ 85.6 และไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 46.9 กลุ่มควบคุม เพศหญิง ร้อยละ 70.3 อายุ ≥ 70 ปี ร้อยละ 42.3 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 47.8 สถานภาพสมรส ร้อยละ 87.4 และอยู่ในกลุ่มไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 46.9

ด้านสถานะสุขภาพ กลุ่มศึกษา ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 25.00 – 29.99 kg/m² ร้อยละ 37 สูบบุหรี่ ร้อยละ 62.2 ดื่มสุรา ร้อยละ 80.2 มีโรคประจำตัวอื่น ร้อยละ 52.3 ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 24.3 กลุ่มควบคุม ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.50 – 22.99 kg/m² ร้อยละ 33.3 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 55.9 ดื่มสุรา ร้อยละ 64.0 มีโรคประจำตัวอื่น ร้อยละ 54.9 ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 27.9

ด้านห้องปฏิบัติการ กลุ่มศึกษามีความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ≥ 140 mmHg ร้อยละ 66.7 ระดับ LDL Cholesterol ≥ 100 mg/dl ร้อยละ 92.8 และ HDL Cholesterol < 40 mg/dl ร้อยละ 89.2 กลุ่มควบคุมมีความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว < 140 mmHg ร้อยละ 67.6 ขณะหัวใจคลายตัว < 90 mmHg ร้อยละ 73 LDL Cholesterol ≥ 100 mg/dl ร้อยละ 82 และ HDL Cholesterol < 40 mg/dl ร้อยละ 82 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัย	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและ โรคหลอดเลือดสมอง (จำนวน = 111 คน)		ผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง (จำนวน = 111 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ปี)				
< 5 ปี	29	26.1	74	66.7
5 – 10 ปี	21	18.9	13	11.7
≥ 10 ปี	61	55.0	24	21.6
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด)	10 (1, 18)		4 (1, 13)	
ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล				
เพศ				
หญิง	35	31.5	78	70.3
ชาย	76	68.5	33	29.7
อายุ (ปี)				
< 40 ปี	2	1.8	3	2.7
40-49 ปี	3	2.7	3	2.7
50-59 ปี	20	18	17	15.3
60- 69 ปี	40	36.0	41	37.0
≥ 70 ปี	46	41.5	47	42.3
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด)	69 (25,97)		68 (32,92)	
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	9	8.1	6	5.4
ประถมศึกษา	34	30.6	33	29.7
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	46	41.5	53	47.8
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	19	17.1	15	13.5
สูงกว่าปริญญาตรี	3	2.7	4	3.6
สถานภาพสมรส				
โสด หย่าหรือแยกกันอยู่	16	14.4	14	12.6
สมรส	95	85.6	97	87.4
อาชีพ				
ไม่ประกอบอาชีพ	52	46.9	52	46.9
เกษตรกร	22	19.8	21	18.9
ค้าขาย	15	13.5	17	15.3
รับจ้าง	12	10.8	11	9.9
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	10	9.0	10	9.0

ปัจจัย	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและ โรคหลอดเลือดสมอง (จำนวน = 111 คน)		ผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง (จำนวน = 111 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยด้านสถานะสุขภาพ				
ดัชนีมวลกาย (kg/m ²)				
น้อยกว่า 18.50 kg/m ²	12	10.8	5	4.5
18.50 – 22.99 kg/m ²	35	31.5	37	33.3
23.00 – 24.99 kg/m ²	16	14.4	30	27.1
25.00 – 29.99 kg/m ²	41	37.0	33	29.7
≥ 30.00 kg/m ²	7	6.3	6	5.4
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	23.9 (4.2)		24.2(3.5)	
การสูบบุหรี่				
ไม่สูบ	42	37.8	62	55.9
สูบ	69	62.2	49	44.1
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				
ไม่ดื่ม	22	19.8	40	36.0
ดื่ม	89	80.2	71	64.0
โรคประจำตัวอื่น				
ไม่มี	53	47.8	50	45.1
มี	58	52.3	61	54.9
- เบาหวาน	23	20.7	31	27.9
- มะเร็ง	1	0.9	1	0.9
- ธัยรอยด์	2	1.8	1	0.9
- หอบหืด	2	1.8	3	2.7
- หัวใจ	5	4.5	3	2.7
- จิตเวช	3	2.7	1	0.9
- ไตวายเรื้อรัง	27	24.3	22	19.8
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (mmHg)				
< 140 mmHg	37	33.3	75	67.6
≥ 140 mmHg	74	66.7	36	32.4
ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (mmHg)				
< 90 mmHg	46	41.4	81	73.0
≥ 90 mmHg	65	58.6	30	27.0
LDL Cholesterol(mg/dl)				

ปัจจัย	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง (จำนวน = 111 คน)		ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (จำนวน = 111 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
< 100 mg/dl	8	7.2	20	18.0
≥ 100 mg/dl	103	92.8	91	82.0
HDL Cholesterol(mg/dl)				
≥ 40 mg/dl	12	10.8	20	18.0
< 40 mg/dl	99	89.2	91	82.0

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบครวละตัวแปร

ด้านระยะเวลาป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีระยะเวลาป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ทุก ๆ 1 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเป็น 1.21 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีระยะเวลาป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่ำกว่า และผู้ป่วยที่โรคความดันโลหิตสูง 5-9 ปีและ ≥ 10 ปีมีโอกาสรักษาโรคหลอดเลือดสมองเป็น 4.12 และ 6.48 เท่าตามลำดับ เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีระยะเวลาป่วยโรคความดันโลหิตสูง < 5 ปี

ด้านลักษณะส่วนบุคคล ชายมีโอกาสรักษาโรคหลอดเลือดสมองเป็น 5.13 เท่าของหญิง

ด้านสถานะสุขภาพ ผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสรักษาโรคหลอดเลือดสมองเป็น 2.07 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสรักษาโรค

หลอดเลือดสมองเป็น 2.27 เท่าของผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์

ด้านห้องปฏิบัติการ ผู้ที่มีความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ≥ 140 mmHg มีโอกาสรักษาโรคหลอดเลือดสมองเป็น 4.17 เท่าของผู้ที่มีความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว < 140 mmHg ผู้ที่มีความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ≥ 90 mmHg มีโอกาสรักษาโรคหลอดเลือดสมองเป็น 3.82 เท่าของผู้ที่มีความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว < 90 mmHg ผู้ที่มี LDL Cholesterol ≥ 100 mg/dl มีโอกาสรักษาโรคหลอดเลือดสมองเป็น 2.83 เท่าของผู้ที่มีระดับ LDL Cholesterol < 100 mg/dl ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบ

ปัจจัย	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง (จำนวน = 111คน)	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (จำนวน = 111คน)	OR _{crude}	95 % CI	P-value
ระยะเวลาที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ปี)			1.21	1.13-1.31	< 0.001
ระยะเวลาที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ปี)					< 0.001
< 5 ปี	29	74	1		
5 – 9 ปี	21	13	4.12	1.82-9.30	
≥ 10 ปี	61	24	6.48	3.42-12.7	
Test for linear trend (1df)					< 0.001

ปัจจัย	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง (จำนวน = 111คน)	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (จำนวน = 111คน)	OR _{crude}	95 % CI	P-value
ด้านลักษณะส่วนบุคคล					
เพศ					< 0.001
หญิง	35	78	1		
ชาย	76	33	5.13	2.90 - 9.08	
อายุ (ปี)			1.01	0.98 -1.03	0.715
อายุ (ปี)					0.744
< 60 ปี	25	23	1		
≥ 60 ปี	86	88	0.89	0.47-1.70	
ระดับการศึกษา					0.578
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	43	39	1		
ตั้งแต่มัธยมศึกษาขึ้นไป	68	72	0.86	0.49-1.48	
ด้านลักษณะส่วนบุคคล (ต่อ)					
สถานภาพสมรส					0.695
โสด หย่าหรือแยกกันอยู่	16	14	1		
สมรส	95	97	0.85	0.39-1.85	
อาชีพ					0.868
ไม่ประกอบอาชีพ	52	52	1		
เกษตรกรและรับจ้าง ค้าขาย	34	32	1.06	0.57-1.97	
ข้าราชการ,รัฐวิสาหกิจ	25	27	0.93	0.48-1.80	
ด้านสถานะสุขภาพ					
ดัชนีมวลกาย (kg/m ²)			0.98	0.92 -1.06	0.684
ดัชนีมวลกาย (kg/m ²)					0.203
< 18.5 kg/m ²	12	5	1		
18.5 – 22.9 kg/m ²	35	37	0.39	0.13-1.23	
≥ 23 kg/m ²	64	69	0.38	0.13-1.16	
Test for linear trend(1df)					0.205
การสูบบุหรี่					0.007
ไม่สูบ	42	62	1		
สูบ	69	49	2.07	1.21-3.55	

ปัจจัย	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง (จำนวน = 111คน)	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (จำนวน = 111คน)	OR _{crude}	95 % CI	P-value
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์					0.008
ไม่ดื่ม	22	40	1		
ดื่ม	89	71	2.27	1.24-4.18	
โรคประจำตัวอื่นๆ					0.686
ไม่มี	53	50	1		
มี	58	61	0.90	0.53-1.52	
ด้านห้องปฏิบัติการ					0.695
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว					
< 140 mmHg	37	75	1		
≥ 140 mmHg	74	36	4.17	2.38-7.30	
ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว					
< 90 mmHg	46	81	1		
≥ 90 mmHg	65	30	3.82	2.17-6.71	
LDL Cholesterol (mg/dl)					0.019
< 100 mg/dl	8	20	1		
≥ 100 mg/dl ขึ้นไป	103	91	2.83	1.19-6.73	
HDL Cholesterol (mg/dl)					0.130
≥ 60 mg/dl	12	20	1		
< 40 – 60 mg/dl	99	91	0.55	0.26-1.19	

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรพหุ

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณจิสติกโดยการจัดออกทีละตัวแปร ในโมเดลเริ่มต้นจะเลือกตัวแปรจากผลการวิเคราะห์คร่าวละตัวแปรที่มี P-value < 0.25 ได้แก่ ระยะเวลาป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพศ ดัชนีมวลกาย สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์, ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบและคลายตัว LDL Cholesterol และ HDL Cholesterol พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05) เมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรอื่นในสมการสุดท้าย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 5-9 ปี

และ ≥ 10 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็น 5.15 และ 17.19 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง < 5 ปี เพศชายมีโอกาเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเป็น 10.50 เท่าของเพศหญิง ผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเป็น 5.15 เท่าของผู้ไม่สูบบุหรี่ ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ≥ 140 mmHg มีโอกาเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเป็น 6.65 ของความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว < 140 mmHg LDL Cholesterol ≥ 100 mg/dl มีโอกาเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเป็น 5.06 เท่าของ LDL Cholesterol < 100 mg/dl ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์แบบพหุโดยคำนึงถึงผลกระทบจากตัวแปรอื่น ๆ

ปัจจัย	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดสมอง (จำนวน 111 คน)	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (จำนวน 111คน)	OR _{crude} 95 % CI	OR _{adjusted} 95 % CI	P-value
ระยะเวลาป่วยโรคความดันโลหิตสูง					< 0.001
< 5 ปี	29	74	1	1	
5 – 9 ปี	21	13	4.12 1.82-9.30	5.14 1.72-15.45	
≥ 10 ปี	61	24	6.48 3.42 - 12.7	17.18 6.45-45.8	
เพศ					< 0.001
หญิง	35	78	1	1	
ชาย	76	33	5.13 2.90-9.08	10.50 4.60-24.07	
การสูบบุหรี่					< 0.001
ไม่สูบ	42	62	1	1	
สูบ	69	49	2.07 1.21 - 3.55	5.15 2.19-12.11	
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว					< 0.001
< 140 mmHg	37	75	1	1	
≥ 140 mmHg	74	36	4.17 2.38- 7.30	6.65 3.05-14.52	
LDL Cholesterol					0.005
< 100 mg/dl	8	20	1	1	
≥ 100 mg/dl ขึ้นไป	103	91	2.83 1.19 – 6.73	5.06 1.63-15.72	

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 5-9 และ ≥10 ปีมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเป็น 5.15 และ 17.19 เท่าของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง < 5 ปี สอดคล้องกับผลศึกษาปัจจัยทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่าผู้ป่วย

โรคความดันโลหิตสูง ≥5 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเป็น 10.7 เท่าของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1-4 ปี⁶ ขัดแย้งกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจังหวัดบึงกาฬ พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง <5 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเป็น 4.55 เท่าของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ ≥5 ปี⁷ โดย

การป่วยโรคความดันโลหิตสูงเวลานาน ขาดการควบคุมความดันโลหิต ทำให้หลอดเลือดแดง เสี่ยงต่อการแตกหรือตีบได้⁵

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

บุคลากรทางสาธารณสุขสามารถนำข้อมูลไปควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้โดยการคัดกรองประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยเฉพาะกลุ่มที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 5- 10 ปีขึ้นไป กลุ่มเพศชายที่สูบบุหรี่ ผู้ที่มีความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและ LDL Cholesterol สูงกว่ามาตรฐาน

ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษาเพิ่มเติมในรูปแบบการศึกษาอัตราโรคชีพ และรวบรวมตัวแปรเพิ่มเติม เช่น รายได้ การออกกำลังกาย ความเครียด การรับประทานยา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ทุกท่านที่ให้คำปรึกษา และขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลยางตลาดทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในด้านข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562. นนทบุรี:กระทรวงสาธารณสุข, 2562.
2. World Health Organization [WHO]. Noncommunicable Diseases [online]. 2019 [cited 2020 sep 7].Available form: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/noncommunicable-diseases>.
3. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. นิยามโรคความดันโลหิตสูง [ออนไลน์]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 7 กันยายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaihypertension.org/information.html>.
4. กองโรคไม่ติดต่อ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. โรคหลอดเลือดสมองหรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต[ออนไลน์]. 2560 [อ้างเมื่อ 22 กันยายน 2563] เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/document/file/download/leaflet/download1no275.pdf>
5. ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองศิริราช. ความรู้เบื้องต้นโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลศิริราช; 2557.
6. เอนกพงศ์ อ้อยคำ, ลัษวี ปิยะบัณฑิตกุล และวิวัฒน์ กิตติพิชัย. ปัจจัยทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 2563; 14(2): 82-92.
7. ณฐกร นิลเนตร, ชนัญญา จิระพรกุล และเนาวรัตน์ มณีนิล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ. วารสารสุศึกษา 2561; 41(1): 62-75.
8. Schlesselman J.J. Case-Control Studies Design, Conduct Analysis. New York: Oxford University Press; 1982.

Received: 14 Sep 2021, Revised: 5 Oct 2021

Accepted: 10 Oct 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความผิดปกติของการกินและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในนักเรียนวัยรุ่นหญิง
ของพื้นที่รับผิดชอบของเขตสุขภาพที่ 8อภิชาติ ศรีอวน¹, เบญจา มุกตพันธุ์²

บทคัดย่อ

ปัจจุบันโรคความผิดปกติของการกินพบเพิ่มมากขึ้นในวัยรุ่นเพศหญิง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของการกินของนักเรียนวัยรุ่นหญิง เขตสุขภาพที่ 8 เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 450 คน เก็บข้อมูลส่วนบุคคล ความภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้รูปร่างตนเอง ปัจจัยด้านครอบครัว ด้านเพื่อน ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร โดยใช้แบบสอบถามแบบให้ตอบเอง ประเมินความผิดปกติของการกินโดยใช้แบบประเมิน Eating Attitude Test-26 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านต่าง ๆ กับความผิดปกติของการกิน โดยใช้สถิติถดถอยพหุโลจิสติก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 16.6 ± 0.9 ปี ความชุกของความผิดปกติของการกินของกลุ่มตัวอย่างพบร้อยละ 14.9 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของการกินของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ รายได้ของผู้ปกครองมากกว่า 15,000 บาท/เดือน (Adjusted OR [OR_{adj}]: 2.5, 95% CI : 1.33- 4.84) การรับรู้รูปร่างตนเองว่าอ้วนกว่าการประเมิน (OR_{adj} : 1.9, 95% CI : 1.01-3.73) ความภาคภูมิใจในตนเองระดับต่ำ-ปานกลาง (OR_{adj}: 7.6, 95% CI : 1.65-34.76) กลุ่มที่มีความเสี่ยงระดับปานกลาง-สูง ของปัจจัยด้านครอบครัว (OR_{adj}: 2.6, 95% CI : 1.16-5.97) ด้านเพื่อน (OR_{adj}: 4.7, 95% CI : 2.42-8.93) และ ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับรูปร่าง (OR_{adj} : 8.8, 95% CI : 2.56-29.99) ข้อเสนอแนะงานวิจัยพบว่า : นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมีความเสี่ยงของความผิดปกติของการกินในอัตราที่มากกว่าในการศึกษาที่ผ่านมา ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมให้นักเรียนเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ รวมถึงการมีค่านิยมที่ถูกต้องเกี่ยวกับรูปร่าง เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดความผิดปกติของการกินในระดับรุนแรงต่อไป

คำสำคัญ : ความผิดปกติของการกิน, วัยรุ่นหญิง, ความภาคภูมิใจในตนเอง, การรับรู้รูปร่างตนเอง, นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

¹ นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนาการเพื่อสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ บัณฑิตวิทยาลัย และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

* Corresponding author: benja@kku.ac.th

*Original Article***EATING DISORDERS AND ASSOCIATED FACTORS AMONG FEMALE ADOLESCENT STUDENTS IN THE RESPONSIBILITY AREA OF REGIONAL HEALTH 8th**Apichit Sriouan¹, Benja Muktabhant²**Abstract**

Eating disorders (ED) are more common in female adolescents and currently increasing. This study aimed to determine the prevalence of ED and the associated factors among female adolescent students in the schools of the responsibility area of the Regional Health 8th. Four hundred and fifty students participated in this cross-sectional descriptive study. Data was collected using a self-response questionnaire including personal information, self-esteem, self-image perception, and factors related to family, friends, and receiving information about shape. ED was diagnosed using EAT-26 questionnaire. Factors associated with ED were determined through the multiple logistic regression. The results show the mean age of the students was 16.6 ± 0.9 years. The prevalence of ED was 14.9%. The factors significantly associated with ED were revealed as follows: their family income $\geq 15,000$ baht/month (Adjusted OR [ORadj] : 2.5, 95% CI : 1.33- 4.84); overestimated perception of their body size (ORadj: 1.9, 95% CI : 1.01-3.73) ; self-esteem at low to moderate level (ORadj: 7.6, 95% CI : 1.65-34.76); high risk score for family factor (ORadj : 2.6, 95% CI : 1.16-5.97), for peer factor (ORadj : 4.7, 95% CI : 2.42-8.93), and for receiving information about shape (ORadj : 8.8, 95% CI : 2.56-29.99). In conclusions: adolescent girls attending high schools were more at risk of developing ED than those in previous studies. Activities should be organized to encourage a more accurate self-esteem, media literacy, as well as promoting a naturally healthy body shape for preventing further serious eating disorders.

Keywords: Eating disorders, Female adolescent, Self-esteem, Self-image perception, High school student

1 Master of Public Health in Nutrition for Health, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

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

* Corresponding author: benja@kku.ac.th

บทนำ

โรคความผิดปกติของการกิน (eating disorder) คือโรคที่บุคคลมีการรับรู้ความรู้สึกและความคิดต่อรูปร่าง และน้ำหนักตัวที่ผิดปกติอย่างรุนแรง ให้ความสำคัญกับการมีรูปร่างผอมบางมากเกินไป จนเกิดความไม่พอใจในรูปร่างตนเอง ทำให้มีพฤติกรรมการกินอาหารผิดปกติจนอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อร่างกายและจิตใจและนำมาสู่การเป็นโรคซึมเศร้าและอาจส่งผลถึงขั้นฆ่าตัวตาย¹ โรคความผิดปกติของการกินส่วนใหญ่อาการเริ่มปรากฏในช่วงวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ตอนต้น ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคความผิดปกติของการกินมากกว่าผู้ชายสูงถึง 11 เท่า² ปัจจุบันมีการระบาดของโรค ED เพิ่มมากขึ้นและแพร่กระจายทั่วโลก ซึ่งมักเกิดขึ้นพร้อม ๆ กับการเพิ่มขึ้นของการเป็นประเทศอุตสาหกรรม ความเป็นชุมชนเมือง และโลกาภิวัตน์ รวมทั้งประเทศในแถบเอเชีย³

การคัดกรองหรือประเมินความเสี่ยงของความผิดปกติของการกินได้ตั้งแต่เริ่มต้น จะทำให้สามารถแก้ไขป้องกันการเกิดโรคได้ก่อนที่อาการของโรคจะรุนแรง ในปี ค.ศ. 1982 Garner และ Garfinkel ได้พัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงของความผิดปกติของการกิน ซึ่งเป็นการวัดทัศนคติและพฤติกรรมการกินผิดปกติ (Eating Attitude Test-26; EAT-26) โดยมีข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ ซึ่งได้รับความนิยมและใช้กันอย่างแพร่หลาย⁴ ประเทศไทยได้นำแบบวัด EAT-26 ของ Garner และ Garfinkel มาแปลเป็นฉบับภาษาไทย มีความแม่นยำตรง (Validity) อยู่ในเกณฑ์ดี⁵ จากการศึกษาความเสี่ยงความผิดปกติของการกินในประเทศไทยโดยใช้แบบประเมิน EAT-26 ในปี พ.ศ. 2554 ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ในกรุงเทพมหานคร พบว่า นักเรียนมีความเสี่ยงความผิดปกติของการกินร้อยละ 10.74⁶ และในปี พ.ศ. 2556 มีการศึกษาในนักศึกษาระดับปริญญาตรีพบว่า นักศึกษามีความเสี่ยงต่อความผิดปกติของการกินร้อยละ 6.34 (7) และจากการศึกษาล่าสุดในปี พ.ศ. 2560 พบว่า

นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดปทุมธานี มีความเสี่ยงของความผิดปกติของการกินร้อยละ 14.2⁸

ความผิดปกติของการกินมีสาเหตุจากหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม โดยปัจจัยภายในตัวบุคคลเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ความพึงพอใจในรูปร่างของตนเอง รวมไปถึงการเห็นคุณค่าในตนเอง ในด้านปัจจัยระหว่างบุคคล เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่มีความผูกพันใกล้ชิดที่เป็นสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบ ๆ ตัวบุคคล เช่น อิทธิพลของเพื่อน พ่อแม่ผู้ปกครอง ส่วนปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เกิดจากบริบททางวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบ ๆ บุคคลนั้นในด้านค่านิยมในสังคมนั้น ๆ ได้แก่ อิทธิพลของสื่อ และค่านิยมเกี่ยวกับการมีรูปร่างผอม⁹

เขตสุขภาพที่ 8 เป็นการแบ่งเขตการให้บริการทางด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบไปด้วย 7 จังหวัด คือ จังหวัดนครพนม จังหวัดบึงกาฬ จังหวัดเลย จังหวัดสกลนคร จังหวัดหนองคาย จังหวัดหนองบัวลำภู และจังหวัดอุดรธานี มีโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา 267 โรงเรียน¹⁰ บริบทของพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 มีลักษณะคล้ายกับพื้นที่อื่น ๆ ที่ได้รับอิทธิพลความทันสมัยของระบบการผลิต การตลาด การค้า การบริโภค และเทคโนโลยีการสื่อสารที่ไร้ขีดจำกัด เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิต ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของคนในพื้นที่มีรูปแบบเปลี่ยนไป¹¹ ปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลต่อความผิดปกติของการกินของนักเรียนวัยรุ่นหญิง การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของการกินของนักเรียนวัยรุ่นหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เขตสุขภาพที่ 8 เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นข้อมูลในการวางแผน กำหนดมาตรการ และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการป้องกัน แก้ไขปัญหาและเสริมสร้างพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมในวัยรุ่นหญิงต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อประเมินความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลเด็กในเรื่องการ
เลิกสูบบุหรี่ของเด็กอายุ 6 – 36 เดือน

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) การวิจัยครั้งนี้ผ่านการ
รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE642066 เมื่อวันที่ 27
เมษายน

ประชากรที่ศึกษา นักเรียนวัยรุ่นหญิงที่กำลัง
ศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ภาคเรียนที่ 1 ปี
การศึกษา 2564 ของโรงเรียนที่ตั้งในพื้นที่รับผิดชอบของ
เขตสุขภาพที่ 8 มีจำนวนทั้งหมด 51,972 คน¹⁰

ตัวอย่างที่ศึกษา คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร
เพื่อประมาณค่าสัดส่วนกรณีทราบจำนวนประชากร¹² ดังนี้

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

แทนค่า p ในสูตรโดยใช้ค่าสัดส่วนความเสี่ยง
ความผิดปกติของการกินของนักเรียนวัยรุ่นหญิง ใช้ข้อมูล
จากการศึกษานำร่องในนักเรียนวัยรุ่นหญิงระดับชั้น
มัธยมศึกษาตอนปลายจำนวน 41 คน พบความเสี่ยง
ความผิดปกติของการกิน ร้อยละ 9.8 ดังนั้น $p = 0.098$
คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 375 คน ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง
อีกร้อยละ 20 เพื่อทดแทนในกรณีที่ผู้ตอบแบบสอบถาม
ตอบไม่ครบถ้วนหรือไม่ส่งแบบสอบถามกลับ ดังนั้นกลุ่ม
ตัวอย่างที่เก็บข้อมูลในการศึกษานี้ คือ 450 คน

การสุ่มตัวอย่าง สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบ
สุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) โดยเลือก
สุ่มจังหวัดพื้นที่รับผิดชอบในเขตสุขภาพที่ 8 จาก 7 จังหวัด
สุ่มเลือกจำนวน 2 จังหวัด และในแต่ละจังหวัดสุ่มเลือก
จังหวัดละ 2 โรงเรียน แล้วคำนวณกลุ่มตัวอย่างให้เป็น
สัดส่วนกับจำนวนนักเรียนที่มีในแต่ละชั้นเรียนตั้งแต่ชั้น
มัธยมศึกษาปีที่ 4-6 แล้วจึงใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ
(Systematic sampling) เพื่อเลือกมาเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการ

เก็บข้อมูล คือ ใช้แบบสอบถามและแบบประเมินภาวะ
โภชนาการ แบบสอบถามมีทั้งหมด 7 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ
ระดับชั้นการศึกษา เกรดเฉลี่ย การมีประจำเดือนครั้งแรก
บุคคลที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วย ระดับการศึกษาของ
ผู้ปกครอง อาชีพของผู้ปกครอง รายได้ของผู้ปกครอง

ส่วนที่ 2 ความผิดปกติของการกิน โดยใช้
แบบสอบถาม Eating Attitudes Test-26 ฉบับ
ภาษาไทย⁵ มีข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ มี 6 ตัวเลือก คือ
ไม่เคย แทบไม่เคย บางครั้ง บ่อย เสมอ ตลอดเวลา
ข้อ 1-25 ให้ค่าคะแนน ไม่เคย, แทบไม่เคย, บางครั้ง
เท่ากับ 0 คะแนน บ่อย, เสมอ, ตลอดเวลา เท่ากับ
1,2,3 ตามลำดับ ส่วนข้อ 26 ให้ค่าคะแนน ไม่เคย, แทบ
ไม่เคย, บางครั้ง เท่ากับ 1,2,3 ตามลำดับ บ่อย,
เสมอ, ตลอดเวลา เท่ากับ 0 คะแนน วิธีการแปลผล
คือตั้งแต่ 20 คะแนน ขึ้นไป คือ มีความผิดปกติของการ
กิน

ส่วนที่ 3 ความภาคภูมิใจในตนเอง ใช้
แบบสอบถามมาตรฐาน Rosenberg's Self Esteem
ฉบับภาษาไทย¹³ จำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามเชิงบวก 5 ข้อ
เชิงลบ 5 ข้อ เป็นแบบ Rating scale มี 4 ระดับ คือ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง, เห็นด้วย, ไม่เห็นด้วย, ไม่เห็นด้วยอย่าง
ยิ่ง ข้อคำถามเชิงบวกให้ค่าคะแนน 4,3,2,1 และข้อ
คำถามเชิงลบให้ค่าคะแนน 1,2,3,4 ตามลำดับ จากนั้น
นำคะแนนรวมมาจัดระดับ ได้แก่ ความภาคภูมิใจใน
ตนเองระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ตามเกณฑ์ของ Best¹⁴

ส่วนที่ 4 การรับรู้รูปร่างของตนเอง เป็น
แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถาม
เลือกคำตอบความรู้สึกต่อรูปร่างของตนเองที่ตรงกับตน
มากที่สุด จำนวน 1 ข้อ มี 5 ตัวเลือก ดังนี้ มองว่าตนเองมี
รูปร่างผอม ค่อนข้างผอม สมส่วน ค่อนข้างอ้วน และอ้วน

ส่วนที่ 5 ปัจจัยด้านครอบครัว เป็น
แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 6 ปัจจัยด้านเพื่อน เป็นแบบสอบถามที่
ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 7 ปัจจัยด้านการรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีจำนวน 7 ข้อ

ก่อนนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บข้อมูลจริงได้ทำการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งให้ข้อเสนอแนะความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมในการใช้ภาษาของแบบสอบถาม จากนั้นคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Consistency Index : IOC)¹⁶ แบบสอบถามในการศึกษานี้มีค่า IOC 0.67-1

จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับนักเรียนหญิง ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ในโรงเรียนที่ไม่ใช่โรงเรียนกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีลักษณะทางประชากรที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ในจังหวัดอุดรธานี จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม¹⁷ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.79

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ผู้วิจัยซึ่งนำหน้า วัตถุประสงค์กลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นก็ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อย ให้กลุ่มตัวอย่างนำแบบสอบถามหย่อนลงในกล่องเก็บแบบสอบถามด้วยตนเอง

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (n = 450)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
ต่ำกว่า 16 ปี	125	27.8
16 – 16.9 ปี	142	31.6
17 ปี ขึ้นไป	183	40.6
$\bar{X} \pm S.D.$	16.6 $\pm$ 0.9	
เกรดเฉลี่ย		
น้อยกว่า 3.00	47	10.4
3.00 ขึ้นไป	403	89.6
$\bar{X} \pm S.D.$	3.3 $\pm$ 0.5	

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป STATA 15 ข้อมูลแจกแจงนำเสนอเป็นค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนข้อมูลต่อเนื่องในกรณีข้อมูลแจกแจงแบบปกติ นำเสนอ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และในกรณีข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ ใช้ค่ามัธยฐาน และค่าควอไทล์ที่ 1-3 ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความผิดปกติของการกินใช้สถิติ Multiple logistic regression ด้วยวิธีขจัดทีละตัวแปร (Backward elimination) นำเสนอค่า Adjusted OR ช่วงความเชื่อมั่น 95% Confidence Interval และ p-value

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล : กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 16.6 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.9) มีเกรดเฉลี่ยมากกว่า 3.00 ร้อยละ 89.6 ส่วนใหญ่เป็นประจำเดือนครั้งแรกแล้ว ร้อยละ 97.1 ปัจจุบันพักอยู่กับพ่อและแม่ ร้อยละ 62.4 บิดาและมารดาสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 32.4 และ 33.8 ตามลำดับ บิดาและมารดามีอาชีพเกษตรกรร้อยละ 36.9 และ 35.8 ตามลำดับ มัธยมศึกษาได้รวมของผู้ปกครอง 15,000 บาท/เดือน (ตารางที่ 1)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การมีประจำเดือนครั้งแรก		
เป็นประจำเดือนครั้งแรกแล้ว	347	97.1
ยังไม่เคยเป็นประจำเดือน	13	2.9
บุคคลที่นักเรียนพักอาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน		
บิดาและมารดา	281	62.4
มารดา	71	15.8
ญาติหรือพี่น้อง	64	14.2
บิดา	24	5.3
เพื่อนหรือบุคคลอื่น	10	2.3
ระดับการศึกษาของบิดา		
ประถมศึกษา	146	32.4
มัธยมศึกษาตอนต้น	79	17.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย	96	21.3
อนุปริญญา/ ปวส.หรือเทียบเท่า	56	12.4
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	73	16.3
ระดับการศึกษาของมารดา		
ประถมศึกษา	52	33.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	83	18.4
มัธยมศึกษาตอนปลาย	99	22.0
อนุปริญญา/ ปวส.หรือเทียบเท่า	39	8.7
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	77	17.1
อาชีพของบิดาในปัจจุบัน		
เกษตรกร	166	36.9
รับจ้างทั่วไป	128	28.4
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	62	13.8
รับราชการ	46	10.2
พนักงานบริษัทเอกชน	25	5.6
อื่นๆ : เสียชีวิต/ไม่ทราบ	23	5.1
อาชีพของมารดาในปัจจุบัน		
เกษตรกร	161	35.8
รับจ้างทั่วไป	119	26.4
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	71	15.8
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	50	11.1
พนักงานบริษัทเอกชน	26	5.8
อื่นๆ : เสียชีวิต/ไม่ทราบ	23	5.1

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ของผู้ปกครองต่อเดือน		
≤ 10,000 บาท	141	31.3
10,001 – 20,000 บาท	163	36.2
20,001 – 30,000 บาท	59	13.1
< 30,000 บาท	87	19.3
Median, Q ₁ - Q ₃	15,000, 10,000 - 30,000	

ความผิดปกติของการกิน : จากแบบประเมิน ความผิดปกติของการกินโดยใช้ EAT-26 ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 องค์ประกอบได้แก่ 1) ด้านการอดอาหาร 2) ด้านการปฏิบัติที่อาจนำไปสู่ภาวะ Bulimia 3) ด้านการควบคุมการกิน เมื่อรวมคะแนนจากแบบสอบถาม Eating Attitudes Test-26 แล้วนำมาจัดกลุ่มความผิดปกติของการกิน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความผิดปกติของการกินร้อยละ 14.9 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความผิดปกติของการกิน (n = 450)

ความผิดปกติของการกิน	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ (น้อยกว่า 20 คะแนน)	383	85.1
ผิดปกติ (20 คะแนนขึ้นไป)	67	14.9

ภาวะโภชนาการและการรับรู้รูปร่างตนเอง : จากการประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้ดัชนีมวลกายตามอายุ (BMI for Age) พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีภาวะสมส่วนร้อยละ 78.4 มีภาวะค่อนข้างผอมร้อยละ 10.0 ภาวะผอมร้อยละ 5.6 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะท้วม-อ้วนร้อยละ 6.0 เมื่อเปรียบเทียบภาวะโภชนาการตามการประเมินกับการรับรู้รูปร่างตนเอง พบว่า กลุ่มที่มีภาวะโภชนาการท้วม-อ้วนมีการรับรู้รูปร่างตนเองตรงกับภาวะโภชนาการมากที่สุด ร้อยละ 96.3 กลุ่มผอมรับรู้รูปร่างตนเองตรงกับภาวะโภชนาการร้อยละ 56.0 และกลุ่มสมส่วนรับรู้รูปร่างตนเองตรงกับภาวะโภชนาการร้อยละ 50.7 แต่คิดว่าตนเองท้วมหรืออ้วนร้อยละ 37.4 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ภาวะโภชนาการและการรับรู้รูปร่างตนเอง (n = 450)

ภาวะโภชนาการ	การรับรู้รูปร่างตนเอง จำนวน (ร้อยละ)				รวม
	ผอม	ค่อนข้างผอม	สมส่วน	ท้วม-อ้วน	
ผอม	14 (56.0)	5 (20.0)	6 (24.0)	0	25 (5.6)
ค่อนข้างผอม	12 (26.7)	18 (40.0)	15 (33.0)	0	45 (10.0)
สมส่วน	18 (5.1)	24 (6.8)	179 (50.7)	132 (37.4)	353 (78.4)
ท้วม-อ้วน	0	0	1 (3.7)	26 (96.3)	27 (6.0)

ระดับปัจจัยด้านต่าง ๆ : กลุ่มตัวอย่างมีความภาคภูมิใจในตนเองระดับปานกลางร้อยละ 70.7 ปัจจัยด้านครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งมีคะแนน

ความเสี่ยงด้านครอบครัวระดับปานกลางร้อยละ 53.3 และระดับต่ำร้อยละ 41.1 ปัจจัยด้านเพื่อน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีคะแนนความเสี่ยงด้านเพื่อนระดับต่ำร้อยละ 76.0 รองลงมาคือมีเสี่ยงระดับปานกลางร้อยละ 20.9 ปัจจัยด้านการรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเสี่ยงด้านการรับข้อมูลข่าวสาร ระดับปานกลางร้อยละ 44.7 และระดับต่ำร้อยละ 44.7 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ระดับปัจจัยต่าง ๆ (n = 450)

ระดับปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)		
	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
ระดับความภาคภูมิใจในตนเอง	28 (6.2)	318 (70.7)	104 (23.1)
ระดับความเสี่ยงปัจจัยด้านครอบครัว	185 (41.1)	240 (53.3)	25 (5.6)
ระดับความเสี่ยงปัจจัยด้านเพื่อน	342 (76.0)	94 (20.9)	14 (3.1)
ระดับความเสี่ยงปัจจัยด้านการรับข้อมูลข่าวสาร	201 (44.7)	201 (44.7)	48 (16.6)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความผิดปกติของการกิน : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของการกินในนักเรียนวัยรุ่นหญิงของพื้นที่รับผิดชอบของเขตสุขภาพที่ 8 ได้แก่ รายได้ของผู้ปกครอง มากกว่า 15,000 บาท/เดือน (Adjusted OR : 2.5, 95% CI : 1.33- 4.84, p = 0.005) การรับรู้รูปร่างของตนเองอ้วนกว่าภาวะโภชนาการ (Adjusted OR : 1.9, 95% CI : 1.01-3.73, p = 0.045) ความภาคภูมิใจในตนเองระดับต่ำ-ปานกลาง (Adjusted OR : 7.6, 95% CI : 1.65-34.76, p = 0.009) ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีความเสี่ยงระดับปานกลาง-สูง (Adjusted OR : 2.6, 95% CI : 1.16-5.97, p = 0.021) ปัจจัยด้านเพื่อนที่มีความเสี่ยงระดับปานกลาง-สูง (Adjusted OR : 4.7, 95% CI : 2.42-8.93, p<0.001) และ ปัจจัยด้านด้านการรับข้อมูลข่าวสารที่มีความเสี่ยงระดับปานกลาง-สูง (Adjusted OR : 8.8, 95% CI : 2.56-29.99, p = 0.001) ตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผิดปกติของการกิน โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) (n = 450)

ตัวแปร	ความผิดปกติของการกิน			
	Crude OR (95% CI)	p-value	Adjusted OR (95% CI)	p-value
รายได้ของผู้ปกครอง (บาท/เดือน)				
≤ 15,000	1		1	
> 15,000	1.6 (0.96-2.74)	0.072	2.5 (1.33- 4.84)	0.005
การรับรู้รูปร่างของตนเองกับภาวะโภชนาการ				
ตรงกับภาวะโภชนาการ	1		1	
อ้วนกว่าภาวะโภชนาการ	11.7 (2.84-49.06)	0.001	1.9 (1.01-3.73)	0.045
ผอมกว่าภาวะโภชนาการ			0.5 (0.12-1.76)	0.235

ตัวแปร	ความผิดปกติของการกิน			
	Crude OR (95% CI)	p-value	Adjusted OR (95% CI)	p-value
ความภาคภูมิใจในตนเอง	1			
ระดับสูง	2.2 (1.28-3.79)	0.004	1	
ระดับต่ำ-ปานกลาง	0.4 (0.13-1.47)	0.179	7.6 (1.65-34.76)	0.009
ปัจจัยด้านครอบครัว				
ความเสี่ยงระดับต่ำ	1		1	
ความเสี่ยงระดับปานกลาง-สูง	5.5 (2.63-11.37)	<0.001	2.6 (1.16-5.97)	0.021
ปัจจัยด้านเพื่อน				
ความเสี่ยงระดับต่ำ	1		1	
ความเสี่ยงระดับปานกลาง-สูง	9.5 (5.38-16.88)	<0.001	4.7 (2.42-8.93)	<0.001
ปัจจัยด้านการรับข้อมูลข่าวสาร				
ความเสี่ยงระดับต่ำ	1		1	
ความเสี่ยงระดับปานกลาง-สูง	22.8 (7.05-73.93)	<0.001	8.8 (2.56-29.99)	0.001

Multiple logistic regression; p-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ความผิดปกติของการกิน

จากการประเมินความผิดปกติของการกินของนักเรียนวัยรุ่นหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เขตสุขภาพที่ 8 โดยใช้แบบสอบถาม Eating Attitudes Test-26 (EAT-26) จุดตัดค่าคะแนนที่ 20 คะแนน ผลการประเมินความผิดปกติของการกินนี้เป็นเพียงการคัดกรองความเสี่ยงของการเกิดความผิดปกติของการกินไม่ได้เป็นการวินิจฉัยโรค ซึ่งการที่จะวินิจฉัยโรคได้นั้นต้องส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้วินิจฉัย⁴ จากผลการประเมินโดย EAT-26 ของการศึกษานี้พบว่า ความชุกความผิดปกติของการกินในนักเรียนวัยรุ่นหญิงของพื้นที่รับผิดชอบของเขตสุขภาพที่ 8 พบ ร้อยละ 14.9 ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ ศิราดา จิตติวรรณ และ ปราโมทย์ สุกนิชัย⁸ ที่พบว่านักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อายุ 15-18 ปี ในจังหวัดปทุมธานี มีความผิดปกติของการกินร้อยละ 14.2 แต่ในการศึกษาของ ศิราดา จิตติวรรณ ประเมินโดยใช้ EAT-26 ที่จุดตัด 12 คะแนน และผลการศึกษาความ

ชุกของความผิดปกติของการกินในวัยรุ่นหญิงในการศึกษานี้สูงกว่าผลการศึกษาในช่วงระยะ 10 ปีที่ผ่านมาของ อาภาภรณ์ พึ่งยอด และ ปราโมทย์ สุกนิชัย⁶ ที่พบว่านักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ในกรุงเทพมหานคร มีความผิดปกติของการกินร้อยละ 10.74 (ประเมินโดย EAT-26, ≥ 20 คะแนน) แต่แตกต่างจากผลการศึกษาของ Pattanathaburt และคณะ⁷ พบว่านักศึกษามหาวิทยาลัยนเรศวร มีความผิดปกติของการกินร้อยละ 6.34 (ประเมินโดย EAT-26, ≥ 20 คะแนน) ความชุกที่แตกต่างกันอาจเนื่องจากกลุ่มประชากรในการศึกษามีช่วงอายุที่ต่างกัน ซึ่งจากรายงานการศึกษาของ Wood และคณะ² พบว่าการเกิดความผิดปกติของการกินในกลุ่มอายุ 16-20 ปี สูงกว่าเมื่อเทียบกับช่วงอายุ 11-15 ปี และ 21-24 ปี อย่างไรก็ตามจะเห็นว่าสถานการณ์ความผิดปกติของการกินในนักเรียนวัยรุ่นหญิงมีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้นจากอดีตที่ผ่านมา ในการคัดกรองความผิดปกติของการกินจากข้อคำถาม 26 ข้อ ต้องสอบถามถึงพฤติกรรมกลืนน้ำหนักร้อยละ 6 เดือนที่ผ่านมา

ด้วย เพื่อส่งต่อให้เชี่ยวชาญวินิจฉัยความผิดปกติการกิน⁴ จากการศึกษาพบว่านักเรียนที่ประเมินแล้วมีความเสี่ยงของความผิดปกติของการกิน นักเรียนวัยรุ่นหญิงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการลดน้ำหนักในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา โดยพฤติกรรมที่พบมาก ได้แก่ นักเรียนกินอาหารปริมาณมาก ๆ แล้วรู้สึกว่ายากเกินไป ไม่ได้ มีพฤติกรรมใช้ยาระบาย ยาลดน้ำหนัก หรือ ยาขับปัสสาวะ เพื่อคุมน้ำหนักหรือรูปร่าง ซึ่งนักเรียนที่มีพฤติกรรมเหล่านี้อาจนำไปสู่การเป็นโรค Bulimia และ Anorexia ได้ บุคคลใกล้ชิดนักเรียนควรต้องสังเกตและการติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมและควรมีการให้ความรู้แนะนำวิธีการลดน้ำหนักที่ถูกต้องแก่นักเรียน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของการกิน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของการกินของนักเรียนวัยรุ่นหญิงที่ศึกษาได้แก่ เศรษฐฐานะของครอบครัวนักเรียน โดยพบว่า กลุ่มที่รายได้ของผู้ปกครองมากกว่า 15,000 บาท/เดือน มีโอกาสเสี่ยงต่อความผิดปกติของการกินเป็น 2.5 เท่าของกลุ่มที่มีรายได้ได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15,000 บาท/เดือน อาจเนื่องจากกลุ่มที่มีรายได้สูงมีความเป็นอยู่ที่สะดวกสบาย ได้รับอาหารเพียงพอ แต่เป็นสังคมที่มีลักษณะให้ความสำคัญกับรูปลักษณ์ หน้าตา ค่านิยมในการแต่งตัว และมีทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องรูปร่างผอมบางเป็นมาตรฐานร่วมกันของสังคม สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้มีการควบคุมน้ำหนักมากเกินไป¹⁸ สอดคล้องกับรายงานการศึกษาของ Pike และคณะ³ ที่พบว่าส่วนใหญ่ความผิดปกติของการกินเกิดในกลุ่มวัยรุ่นหญิงที่มีฐานะดี แต่ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากผลการศึกษาของ อาภาภรณ์ พึงยอด และ ปราโมทย์ สุขนิษฐ์⁶ ที่พบว่าความผิดปกติของการกินของนักเรียนหญิงพบมากในกลุ่มที่ครอบครัวมีรายได้ต่ำ

การรับรู้รูปร่างของตนเองกับภาวะโภชนาการ พบว่า นักเรียนหญิงที่รับรู้รูปร่างของตนเองอ้วนกว่าภาวะโภชนาการที่เป็นจริง มีโอกาสเสี่ยงต่อความผิดปกติของการกินเป็น 1.9 เท่า ของ

นักเรียนหญิงที่รับรู้รูปร่างตรงกับภาวะโภชนาการ อาจเป็นผลมาจากของปัจจัยด้านการรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ พบว่า นักเรียนหญิงต้องการมีรูปร่างเหมือนดารา นางแบบ หรือนักแสดง ที่รับรู้ตามสื่อสังคมออนไลน์ หนังสือแฟชั่น หรือละคร รวมไปถึงการรับรู้ที่ว่ารูปร่างผอมคือรูปร่างที่สวยงาม จนนำไปสู่การนำรูปร่างของตนเองไปเปรียบเทียบกับกับเพื่อนหรือดาราที่ตนเองชื่นชอบ ทำให้เกิดความไม่พอใจในรูปร่างของตนเอง¹⁹ สอดคล้องกับการศึกษาของ Keski-Rahkonen และ Linda Mustelin²⁰ พบว่า ความไม่พึงพอใจในรูปร่างตนเองของวัยรุ่น เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความผิดปกติของการกิน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Matthiasdottir และคณะ¹⁸ ที่พบว่า ครึ่งหนึ่งของเพศหญิงมักไม่พอใจน้ำหนักตัวของตัวเอง และมีความต้องการลดน้ำหนักถึงแม้จะมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติตามเกณฑ์ BMI และยังพบว่า ความไม่พึงพอใจในรูปร่างของตนเองมีความต้องการหาวิธีการลดน้ำหนัก 1.4 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่มีความพึงพอใจ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Wang และคณะ²¹ ที่พบว่า เพศหญิงต้องการมีรูปร่างผอมกว่ารูปร่างของตนเองในปัจจุบัน เกิดการเปรียบเทียบรูปร่างและมีรูปร่างในอุดมคติคือต้องมีน้ำหนักตัวน้อยและรูปร่างเล็ก และมีทัศนคติเกี่ยวกับน้ำหนักตัวน้อยและรูปร่างเล็กจะเป็นจุดสนใจของผู้ชาย จึงนำมาสู่ควบคุมน้ำหนักตัวจนส่งผลให้เกิดความผิดปกติของการกิน

ในด้านความภาคภูมิใจในตนเอง พบว่า นักเรียนวัยรุ่นหญิงที่มีระดับความภาคภูมิใจในตนเองระดับต่ำ-ปานกลาง มีโอกาสเสี่ยงต่อความผิดปกติของการกินเป็น 7.6 เท่าของนักเรียนหญิงที่มีความภาคภูมิใจในตนเองสูง บุคคลจะรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองได้ก็ต่อเมื่อยอมรับตนเองได้ โดยที่การรับรู้ของบุคคลตามที่เขารับรู้สอดคล้องกับตนในอุดมคติหรือตามที่ตนเองคาดหวังทั้งในด้านความรู้สึกเจตคติ ความเชื่อในเอกลักษณ์ และคุณค่า ความศรัทธาในตนเอง รวมทั้งการรับรู้สัมพันธภาพของตนเองกับบุคคลอื่น²² เมื่อเด็กมีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองจะส่งผลให้เด็ก

มีความมั่นใจ และสามารถทำหน้าที่หรือปฏิบัติกิจกรรมได้ดีเท่ากับเพื่อนคนอื่น ๆ มีความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่าเท่ากับคนอื่น เกิดความพึงพอใจและยอมรับตนเองเป็นอยู่ในปัจจุบัน รวมไปถึงความพึงพอใจในรูปร่าง หน้าตา จึงทำให้กลุ่มที่มีความภาคภูมิใจในตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อความผิดปกติของการกินน้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Alfoukha และคณะ²³ และการศึกษาของ Gan และคณะ²⁴ ที่พบว่า ผู้ที่มีความเสี่ยงของความผิดปกติของการกินมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ ซึ่งความภาคภูมิใจในตนเองมีความเชื่อมโยงกับความผิดปกติของการกินในกลุ่มวัยรุ่นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจนำไปสู่ความ ปรับตัว การรับรู้รูปร่าง และเกิดกังวลและความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ ทำให้เกิดการควบคุมน้ำหนักจนเป็นความผิดปกติของการกิน

ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีความเสี่ยงระดับปานกลาง-สูง มีโอกาสเสี่ยงต่อความผิดปกติของการกินเป็น 2.6 เท่า ของกลุ่มที่มีความเสี่ยงระดับต่ำ และผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า ข้อที่มีนักเรียนปฏิบัติบ่อยครั้งมากกว่าข้ออื่น ๆ ได้แก่ ผู้ปกครองหรือบุคคลในครอบครัวมีความคาดหวังมากกับผลการเรียนของนักเรียน ผู้ปกครองหรือบุคคลในครอบครัวให้นักเรียนทำในสิ่งที่เขาอยากให้เป็นหรือสิ่งที่เขาคาดหวัง สอดคล้องกับ ศิริไชย หงส์สงวนศรี ที่กล่าวว่าลักษณะทางครอบครัวที่มีลักษณะเจ้าระเบียบและมีการควบคุมมากเกินไปโดยพ่อกับแม่มีความคาดหวังสูง แต่ขาดความใส่ใจต่อความรู้สึก ขาดความใส่ใจในความต้องการที่แท้จริงของลูก มีความสัมพันธ์กับการเป็นผู้ป่วย Anorexia nervosa²⁵

ปัจจัยด้านเพื่อนที่มีความเสี่ยงระดับปานกลาง-สูง มีโอกาสเสี่ยงต่อความผิดปกติของการกินเป็น 4.6 เท่า ของกลุ่มที่มีความเสี่ยงระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Alfoukha และคณะ²³ ที่พบว่า อิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดความเสี่ยงความผิดปกติของการกินในกลุ่ม

นักเรียนหญิงมัธยมปลาย ของประเทศจอร์แดน เนื่องจากช่วงวัยรุ่นเป็นช่วงสำคัญในการปรับตัวเข้ากับเพื่อน มีความต้องการเข้ากลุ่มกับเพื่อนเพื่อมีกิจกรรมทางสังคมร่วมกัน มีต้องการให้เพื่อนยอมรับในความสามารถและเห็นความสำคัญของตน ดังนั้นกลุ่มเพื่อนจึงมีอิทธิพลต่อวัยรุ่นอย่างมาก เมื่อเพื่อนบอกว่ารูปร่างผอมคือรูปร่างที่สวยงาม หรือ บอกว่าการยอมรับเข้ากลุ่มด้วยเหตุผลเรื่องรูปร่าง สิ่งเหล่านี้จึงส่งผลต่อการเกิดความผิดปกติของการกิน โดยเพื่อนจะมีอิทธิพลต่อเด็กวัยรุ่นทั้งในด้านทัศนคติ ค่านิยมและพฤติกรรมโดยทั่ว ๆ ไป²⁶

ปัจจัยด้านการรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ พบว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงระดับปานกลาง-สูง มีโอกาสเสี่ยงต่อความผิดปกติของการกินเป็น 8.8 เท่า ของกลุ่มที่มีความเสี่ยงระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการที่วัยรุ่นไทยมีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสาร ค่านิยมเกี่ยวกับการกินอาหาร ค่านิยมเกี่ยวกับเรื่องรูปร่างที่ผอมบางจากสื่อช่องทางต่างๆ และเทคโนโลยีที่ทันสมัยและเปิดกว้างมากขึ้นในปัจจุบัน นักเรียนบางส่วน ให้ความสำคัญกับจำนวนการกดไลค์ ภาพถ่ายหรือโพสรูปโปรไฟล์ในสื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งเห็นได้ว่าสื่อต่าง ๆ ส่งผลต่อความคิดและทัศนคติของวัยรุ่นในการรับค่านิยมเรื่องรูปร่างผอมบางมาเป็นมาตรฐานร่วมกันของสังคม นำไปสู่ความไม่พึงพอใจในรูปร่าง²⁷ จนส่งผลให้นักเรียนเหล่านี้ต้องการให้มีรูปร่างผอมบาง เพื่อให้ถ่ายรูปแล้วสวยงาม และอาจส่งผลให้มีการควบคุมน้ำหนักมากเกินไปสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิราดา จิตติวรรณ และ ปราโมทย์ สุกนิชัย⁸ ที่พบว่าภาวะติดเฟสบุ๊คเพิ่มโอกาสการมีทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติ 2.75 เท่า และการเปรียบเทียบภาพถ่ายตัวเองกับภาพของเพื่อนในสื่อเป็นประจำ เพิ่มโอกาสการมีทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติ 5.75 เท่า ซึ่งปัจจุบันสื่อมีอิทธิพลต่อการกำหนดค่านิยมของวัยรุ่น เพราะมีการเข้าถึงได้ง่ายเมื่อเทียบกับในอดีตที่ผ่านมา โดยเฉพาะสื่อสังคมออนไลน์ที่มีอิทธิพลมากในปัจจุบัน ทั้งนี้การใช้สังคม

ออนไลน์ของวัยรุ่นสร้างค่านิยมการลอกเลียนแบบและตามกระแส ส่งผลกระทบต่อความไม่พึงพอใจรูปลักษณ์ร่างกายของวัยรุ่นโดยเฉพาะวัยรุ่นหญิงได้ มีรายงานการศึกษาพบว่า คารานางแบบที่ปรากฏในนิตยสารมีอิทธิพลต่อการรับรู้รูปร่างในอุดมคติ และภาพเหล่านี้ทำให้เกิดความต้องการที่จะลดน้ำหนัก การดูโทรทัศน์ในของวัยเด็กมีความสัมพันธ์กับความต้องการที่จะมีรูปร่างผอมเมื่ออายุมากขึ้นอีกด้วย²⁸

สรุปผล

นักเรียนวัยรุ่นหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมีความเสี่ยงของผิดปกติของการกินในอัตราที่มากกว่าในการศึกษาที่ผ่านมา การรับรู้ว่าคุณมีรูปร่างอ้วน ความภาคภูมิใจตนเองต่ำ กลุ่มที่มีความเสี่ยงระดับปานกลาง-สูงในด้านครอบครัว ด้านเพื่อน และการรับข้อมูลข่าวสาร เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของการกิน ดังนั้นโรงเรียนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของวัยรุ่นควรมีการเฝ้าระวังสถานการณ์ความเสี่ยงของความผิดปกติของการกินของนักเรียนเป็นระยะ ๆ และควรจัดกิจกรรมส่งเสริมให้นักเรียนเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ รวมถึงการมีค่านิยมที่ถูกต้องเกี่ยวกับรูปร่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในนักเรียนหญิงจากครอบครัวที่มีรายได้สูง เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดความผิดปกติของการกินในระดับรุนแรงต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงเรียน คณะครูของโรงเรียนที่ศึกษา ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลในโรงเรียน และขอขอบคุณนักเรียนกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการตอบแบบสอบถาม

เอกสารอ้างอิง

1. ธนทัต แซ่เล้า, กัญญารัตน์ พุทธธรรม, วรัญญา เตชะสุธาวาร, ธนิต วิจิตรกุล. โรคความผิดปกติในการกินในช่วงวัยรุ่นจากมุมมองนักกำหนดอาหาร. วารสารโภชนาบำบัด. 2563;28(1):40-56.
2. Wood S, Marchant A, Allsopp M, Wilkinson K, Bethel J, Jones H, et al. Epidemiology of eating disorders in primary care in children and young people: a Clinical Practice Research Datalink study in England. BMJ Open. 2019 Aug 1;9(8):e026691.
3. Pike KM, Hoek HW, Dunne PE. Cultural trends and eating disorders. Current Opinion in Psychiatry [Internet]. 2014;27(6). Available from: https://journals.lww.com/co-psychiatry/Fulltext/2014/11000/Cultural_trends_and_eating_disorders.10.aspx
4. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. Psychological Medicine. 2009/07/09 ed. 1982;12(4): 871-878.
5. จิตวิ แก้วพรสวรรค์, พรจิรา ปรีวัชรากุล, วันรวิ พิมพ์รัตน์. การศึกษาความแม่นยำของแบบประเมิน Eating Attitudes Test-26 (EAT-26) ฉบับภาษาไทยในหญิงไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2556;58(3): 83-96.
6. อาภาภรณ์ พึ่งยอด, ปราโมทย์ สุทธิชัย. ความชุกและทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติในนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาในกรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2554;56(2):149-158.

7. Pattanathaburt P, Somrongthong R, Thianthai C. Prevalence of disordered eating behaviors, body image dissatisfaction, and associated factors among Thai female undergraduate students. null. 2013 May 1;51(3):151–160.
8. ศิราดา จิตติวรรณ, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะติดเฟสบุ๊คกับทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติของ นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดปทุมธานี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2560;62(2):117–128.
9. อารี บินทปัญญา, อรพินทร์ ชูชม, ฐาศุภร์ จันประเสริฐ. ผลกระทบและแนวทางการป้องกันพฤติกรรมการกินผิดปกติในมุมมองทางพฤติกรรมศาสตร์ Impact and Prevention Guidelines for Eating Disorders from Behavioral Science Perspectives. วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา. 2562;11(2):3.
10. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. ข้อมูลสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาทั่วประเทศ [Internet]. 2563 [cited 2020 Oct 30]. Available from: https://data.bopp-obec.info/emis/area_school.php
11. กนกวรรณ พวงประยงค์, สานิตย์ หนูนิล. สังคมชนบทไทยสมัยใหม่กับปัจจัยกำหนดวิถีการดำเนินชีวิต. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์. 2018;44(2):34–64.
12. พงศ์เดช สารการ. ชีวิตสถิติพื้นฐานและการวิเคราะห์ข้อมูล : STATA10. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2558.
13. Wongpakaran T, Wongpakaran N. A comparison of reliability and construct validity between the original and revised versions of the Rosenberg Self-Esteem Scale. Psychiatry Investig. 2012/01/25 ed. 2012 Mar;9(1):54–8.
14. Best JW. Research In Education 3rded; Englewood Cliff. 1995;
15. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. คู่มือการใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-19 ปี. นนทบุรี: ทีเอส อินเตอร์พรีนท์ จำกัด; 2564.
16. วนิตา วาติเจริญ, รังสรรค์ เลิศในสัตย์, สมบัติทิพทรัพย์. ระเบียบวิธีวิจัยจากแนวคิดทฤษฎีสู่ภาคปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดดูเคชั่น จำกัดมหาชน, 2560.
17. สุมัทนา กลางคาร, วรพจน์ พรหมสัตยพรต. หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์-สารคามเปเปอร์, 2553.
18. Matthiasdottir E, Jonsson SH, Kristjansson AL. Body weight dissatisfaction in the Icelandic adult population: a normative discontent? European Journal of Public Health. 2012 Feb 1;22(1):116–121.
19. เบญจา มุกตพันธุ์. โภชนาการสำหรับคนวัยต่างๆ. มหาวิทยาลัยขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2542.
20. Keski-Rahkonen, Linda Mustelin. Epidemiology of eating disorders in Europe : prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. Wolters Kluwer Health. 2016;29(6): 340-345.
21. Wang K, Liang R, Ma Z, Chen J, Cheung EF, Roalf DR, et al. Body image attitude among Chinese college students. PsyCh journal. 2018;7(1):31–40.

22. Coopersmith S. Coopersmith Self-esteem Inventories: SEI. Consulting Psychologists Press; 1981.
23. Alfoukha MM, Hamdan-Mansour AM, Banihani MA. Social and Psychological Factors Related to Risk of Eating Disorders Among High School Girls. The Journal of School Nursing. 2017 Oct 26;35(3): 169-177.
24. Gan WY, Mohamad N, Law LS. Factors associated with binge eating behavior among Malaysian adolescents. Nutrients. 2018;10(1):66.
25. ศิริไชย หงษ์สงวนศรี. ความผิดปกติในการกิน. ใน: มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิช, จิตเวช ศาสตร์รามธิบดี ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
26. ประไพวรรณ ภูมิวิมลสาร. วัยเด็กและวัยรุ่น. ใน: โยธิน ศันสนยุทธ, จิตวิทยา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ; 2533.
27. Keery H, van den Berg P, Thompson JK. An evaluation of the Tripartite Influence Model of body dissatisfaction and eating disturbance with adolescent girls. Body Image. 2004 Sep 1;1(3):237–251.
28. Ata RN, Ludden AB, Lally MM. The Effects of Gender and Family, Friend, and Media Influences on Eating Behaviors and Body Image During Adolescence. Journal of Youth and Adolescence. 2007 Nov 1;36(8): 1024-1037.

Received: 27 Sep 2021, Revised: 21 Oct 2021

Accepted: 30 Oct 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

มาตรการความปลอดภัยในโรงเรียน เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจราจรโดยการมีส่วนร่วมของ
ชุมชน โรงเรียนเสนางคณิศร อำเภอเสนางคณิศร จังหวัดอำนาจเจริญศุภฤทัย ไชยมาตย์¹, จักรพงษ์ พระสุรัตน์²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษามาตรการความปลอดภัยในโรงเรียน เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจราจรโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงเรียนเสนางคณิศร อำเภอเสนางคณิศร จังหวัดอำนาจเจริญ ทำการศึกษาในประชากรนักเรียนที่เข้าศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียน จำนวน 115 คน มีผู้ร่วมดำเนินการวิจัย คัดเลือกจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในโรงเรียนและชุมชน จำนวน 48 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงเรียน/ครู 2 คน แกนนำนักเรียน 12 คน ผู้ปกครองนักเรียน 12 คน ผู้นำชุมชน 14 คน เจ้าหน้าที่ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2 คน ตำรวจ 2 คน และช่างซ่อมจักรยานยนต์ 2 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติ T-TEST ผลการวิจัยพบว่า 1) ได้มาตรการความปลอดภัยด้านจราจรโรงเรียนเสนางคณิศรโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ร่วมวิจัยเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยทุกกิจกรรม ตั้งแต่ร่วมรับฟัง ร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ และร่วมสรุปประเมินผล ซึ่งทำให้เกิดแนวทางที่เหมาะสมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรในโรงเรียนและชุมชน 2) ผลของมาตรการความปลอดภัยในโรงเรียน เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจราจรโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน หลังดำเนินการพบว่า มีนักเรียนอาสาสมัครจราจรประจำถนนจุดเสี่ยงในโรงเรียนและชุมชนทำหน้าที่กวดขันวินัยจราจรของนักเรียน นักเรียนขับซิ่งรถจักรยานยนต์สวมหมวกนิรภัยร้อยละ 100.0 ไม่มีนักเรียนซึ่งเป็นเด็กและเยาวชนเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร ผลลัพธ์หลังการประยุกต์ใช้รูปแบบนี้พบว่า ผลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านกฎหมายจราจรและพฤติกรรมหรือปัจจัยเสี่ยงในการขับขี่ที่เกิดจามนุษย์มากกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อเสนอแนะการวิจัย การนำมาตราความปลอดภัยในโรงเรียนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนไปใช้นั้น ควรศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาในพื้นที่ เนื่องจากบริบทของแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน ซึ่งเป็นปัจจัยของความสำเร็จ

คำสำคัญ : มาตรการความปลอดภัยในโรงเรียน อุบัติเหตุจราจร การมีส่วนร่วมของชุมชน¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเสนางคณิศร จังหวัดอำนาจเจริญ² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเสนางคณิศร จังหวัดอำนาจเจริญ

* Corresponding author: benja@kku.ac.th

Original Article

Safety Measures in Schools to Prevent Traffic Accidents by Engaging Communities, Senangkhanikhom School, Senangkhanikhom District, Amnat Charoen Province.

Dusdee Chaimart^{1,*}, Jackrapong Prasurat²

Abstract

This action research aimed to study safety measures in schools to prevent traffic accidents by engaging communities, Senangkhanikhom school, Senangkhanikhom district, Amnat Charoen province. A study was conducted on a population of 115 students who rode motorcycles to school. Selected from stakeholders 48 people, including 2 school directors/teachers, 12 student leaders, 12 student parents, 14 community leaders, 2 local Administrative Disaster Prevention and Mitigation officials, and 2 public health workers. 2 police officers and 2 motorcycle mechanics. The research instruments consisted of questionnaires, group conversation logs, and participatory observation. Qualitative Data Analysis by Content Analysis. The quantitative data analysis by using T-TEST statistics showed that 1) the traffic safety measures of Senangkhanikhom School were obtained through the participation of the community. Research participants take part in all research activities. since the listening Participate in opinions, share plans, participate in actions, and participate in evaluation results. This provides an appropriate approach to prevent traffic accidents in schools and communities. 2) Effects of school safety measures to prevent traffic accidents through community participation. After the operation, it was found that There are students who volunteer for traffic on risky roads in schools and communities to strict discipline on the traffic of students. 100 percent of students who ride motorcycles wear helmets. 0 No children or youth students died in traffic accidents. After applying this model, it was found that the difference of mean scores on traffic law knowledge and behavior or risk factors in driving that caused human sneezing were statistically significantly higher than before. research recommendations Implementing school safety measures through community involvement should study the situation and problem conditions in the area Because the context of each area is different. which is a factor of success

Keyword: Safety Measures in Schools, Traffic Accidents, Engaging Communities

บทนำ

การใช้รถเป็นพาหนะในการคมนาคมขนส่งมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้คนในยุคปัจจุบัน การใช้รถในการคมนาคมขนส่งมีความเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติเหตุจราจรเช่นกัน ประเทศไทยได้รับผลกระทบจากอุบัติเหตุจราจรอย่างมาก ปัญหาการตายจากอุบัติเหตุจราจรเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย รัฐบาลเห็นถึงความสำคัญจนยกให้เป็นวาระแห่งชาติ โดยกำหนดให้ทุกภาคส่วนดำเนินโครงการทศวรรษความปลอดภัยทางถนน ในปี 2554-2563¹ จากการบูรณาการข้อมูลการตาย 3 ฐาน ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถจำกัด พบว่าในระยะเวลา 9 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 – พ.ศ. 2562 มีเด็กและเยาวชนตายจากอุบัติเหตุทางถนน 26,126 คน เฉลี่ยปีละ 2,902 คน เมื่อวิเคราะห์อนุกรมเวลา Time series ในช่วง 10 ปี ต่อจากนี้ (ปี 2564-2573) ถ้าประมาณการการตายจากอุบัติเหตุทางถนนจะมีเด็กและเยาวชนตายเพิ่มอีก 37,321 คน หรือเฉลี่ยปีละ 3,732 คน เมื่อวิเคราะห์หาสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรกลุ่มเด็กและเยาวชน พบว่ายังมีช่องว่างของมาตรการการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตที่เฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชนอยู่ และยังไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างตรงประเด็นตามสาเหตุปัจจัยต่าง ๆ เนื่องจากมีหลายสาเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้ปกครองจำเป็นต้องซื้อรถจักรยานยนต์ให้บุตรหลานเพื่อใช้ขับขี่ไปโรงเรียน การเป็นนักขี่มือใหม่ที่ยังไม่มีใบอนุญาตขับขี่ การมีพฤติกรรมขับขี่ที่ไม่ปลอดภัย การไม่สามารถบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวดกับกลุ่มเด็กและเยาวชนได้อย่างจริงจัง เป็นต้น²

จากการศึกษาสถานที่พบการเสียชีวิตอำเภอเสนางคนิคม ระหว่างปี 2559-2563 พบว่าสถานที่พบการเสียชีวิตสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เขตตำบลเสนางคนิคม ไร่สีสุก และโพนทอง จำนวน 8, 4 และ 3 ราย

อำเภอเสนางคนิคมมีอัตราการตายของผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรต่อแสนประชากร 3 ปีย้อนหลัง (ปี 2561-2563) ได้แก่ 7.40, 17.09 และ 12.20 จะเห็นได้ว่าปี 2562 มีอัตราการตายสูงสุด คือ 17.09 รองลงมาคือ ปี 2563 อัตราตาย 12.20 ซึ่งอัตราการตายของผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรยังไม่ลดลงเท่าที่ควร³ โรงเรียนเสนางคนิคม ซึ่งเป็นโรงเรียนมัธยมประจำอำเภอ มีนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมาโรงเรียนมากถึง 115 คน การเดินทางระหว่างบ้านและโรงเรียนมักเกิดอุบัติเหตุจราจรบ่อยครั้ง โรงเรียนเสนางคนิคมได้ให้คำแนะนำแก่นักเรียนเกี่ยวกับการขับขี่ด้วยความระมัดระวังและสวมหมวกนิรภัยชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมาโรงเรียน แต่ยังคงพบนักเรียนขับขี่เร็วและไม่สวมหมวกนิรภัย นักเรียนส่วนใหญ่ฝึกหัดขับขี่เอง ไม่มีใบอนุญาตขับขี่ นักเรียนบางรายดัดแปลงรถของตนเองและขับขี่เร็ว ผู้ปกครองนักเรียนบางรายจำเป็นต้องซื้อรถจักรยานยนต์ให้บุตรหลานขับขี่ไปโรงเรียน ผู้ปกครองส่วนใหญ่คิดว่าความปลอดภัยของนักเรียนระหว่างการเดินทางเป็นความรับผิดชอบของครูฝ่ายเดียว โรงเรียนและชุมชนยังไม่มีมาตรการร่วมกันในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร ปัญหาอุบัติเหตุจราจรจึงยังไม่สามารถป้องกันและแก้ไขได้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงต้องปรับปรุงแก้ไขและพัฒนากระบวนการดำเนินงานอย่างเร่งด่วน โดยการแสวงหาเทคนิคหรือวิธีการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเข้ามาช่วย ซึ่งในปัจจุบันเทคนิคหรือกระบวนการเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่เหมาะสมกับยุคสมัยและสถานการณ์ที่มีความหลากหลายของชุมชน เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องยั่งยืน ด้วยการกระตุ้นให้ชุมชนได้เกิดความคิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและอยากมีส่วนร่วมในการพัฒนาบริการต่าง ๆ ตามแนวทาง และขั้นตอนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่ ก.พ.ร. ได้เสนอแนะไว้ 5 ระดับ ได้แก่ 1) การร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร 2) การร่วมปรึกษาหารือ 3) การร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ 4) การร่วมดำเนินการ และ 5) การร่วมตรวจสอบและ

ประเมินผล⁴ โรงเรียนและชุมชนควรเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ปัญหาอุบัติเหตุจราจรร่วมกัน

จากปัญหาผู้ปกครองและนักเรียนยังมีพฤติกรรมการขับขี่ที่ไม่ปลอดภัย การเกิดอุบัติเหตุจราจรในชุมชนและโรงเรียน ประกอบกับโรงเรียนและชุมชนยังไม่มีแนวทางหรือมาตรการร่วมกันในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร ผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงทำการศึกษาวิจัยมาตรการความปลอดภัยในโรงเรียนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจราจรโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโรงเรียนเสนางคณิคม อำเภอสนางคณิคม จังหวัดอำนาจเจริญ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบปฏิบัติ (Practical Action Research) โดยกำหนดขั้นตอนการวิจัยเป็นวงรอบ P-A-O-R spiral Cycle

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาในประชากร นักเรียนโรงเรียนเสนางคณิคม ที่ขับซิ่งรถจักรยานยนต์มาโรงเรียน จำนวน 115 คน

การหาแนวทางหรือมาตรการในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในโรงเรียนและชุมชน จำนวน 48 คน กำหนดเงื่อนไขคุณสมบัติของกลุ่มเป้าหมายที่จะถูกเลือกมาศึกษา โดยมีเกณฑ์คัดเข้า และเกณฑ์คัดออก คือ

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

- 1) แขนงนักเรียนจากโรงเรียนเสนางคณิคม 12 คน
- 2) ผู้ปกครองนักเรียนโรงเรียนเสนางคณิคม 12 คน
- 3) ผู้นำชุมชนที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ตลอดระยะเวลาทำการศึกษาวิจัย 14 คน
- 4) ผู้อำนวยการโรงเรียน/ครู โรงเรียนเสนางคณิคม 2 คน
- 5) เจ้าหน้าที่ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น 2 คน
- 6) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2 คน
- 7) ตำรวจ สภ.เสนางคณิคม 2 คน

8) ช่างซ่อมจักรยานยนต์ในพื้นที่ตำบลเสนางคณิคม 2 คน

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ ผู้ที่มีอาการป่วยซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการร่วมกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสอบถามการวิจัย จำนวน 1 ชุด แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม และแนวทางสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี ทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดของการวิจัย

จริยธรรมในการวิจัย ผู้วิจัยตระหนักและให้ความสำคัญเกี่ยวกับสิทธิส่วนบุคคล ความเป็นคุณค่า และศักดิ์ศรีของผู้เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง เพื่อป้องกันมิให้เกิดผลเสียหายแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

ขั้นวางแผน (Planning) จัดกิจกรรมประชุมวางแผนและจัดทำแผนปฏิบัติการ เพื่อให้เกิดมาตรการความปลอดภัยในโรงเรียนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจราจรโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโรงเรียนเสนางคณิคม ซึ่งกำหนดให้ผู้ปกครองต้องรับผิดชอบการเสียภาษีและต่อพรบ.ประจำปี รวมถึงดูแลรถจักรยานยนต์ของบุตรหลานที่ขับเข้ามาโรงเรียนให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน มีนักเรียนอาสาจราจรประจำจุดเสี่ยงในโรงเรียนและชุมชนเพื่อกวาดขันวินัยจราจรนักเรียน นักเรียนขับซิ่งรถจักรยานยนต์สวมหมวกนิรภัย 100 % โรงเรียนจัดโครงการอบรมทักษะคิดการเอาชีวิตรอดปลอดภัยบนท้องถนนแก่นักเรียน

ขั้นปฏิบัติ (Action) นำเอามาตรการความปลอดภัยในโรงเรียน มาปฏิบัติในพื้นที่ โดยจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรในโรงเรียนและชุมชน ซึ่งผลการดำเนินงานได้จากการจดบันทึก การบันทึกเสียง การบันทึกภาพถ่าย การสัมภาษณ์ การสังเกตระหว่างดำเนินการ และการประชุมถอดบทเรียน

สามารถสรุปผลภาพรวมได้ดังนี้ **โครงการอบรมทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอดปลอดภัยทางถนน** เกิดการขับเคลื่อนการแก้ปัญหาอุบัติเหตุจราจรโดยใช้แนวคิด Swiss cheese model⁵ และมนุษย์ปัจจัย (Human factor)⁶ มีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาการตายในกลุ่มเด็กและเยาวชนภาพรวมของ อำเภอทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพจากการสอบสวนเชิงลึกการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและ เยาวชน

กิจกรรมที่ 2 Swiss cheese ที่ 1 การพัฒนาองค์การ โดยการขับเคลื่อนกลไกการทำงาน ชุมชนและโรงเรียน โดยนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตในกลุ่มเด็กและเยาวชน และข้อมูลจากการสอบสวน เพื่อให้เกิดการวางแผนงาน กิจกรรมเป้าหมาย และติดตาม ประเมินผล

กิจกรรมที่ 3 Swiss cheese ที่ 2 การกำกับดูแลที่ไม่ปลอดภัย โดยนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตในกลุ่มเด็กและเยาวชนและข้อมูลจากการสอบสวน ในกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องในการกำกับดูแล ได้แก่ ผู้บริหารโรงเรียน ครู ตำรวจ ผู้ปกครอง และอื่นๆ และร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา และปรับทัศนคติโดยการให้ความรู้ “ทักษะคิด การเอาชีวิตรอดปลอดภัยจากท้องถนน” และออกแบบกิจกรรมการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

กิจกรรมที่ 4 Swiss cheese ที่ 3 สภาพเงื่อนไขที่ไม่ปลอดภัย โดยการร่วมกันออกแบบ มาตรการการแก้ไขปัญหในเด็กและเยาวชน โดยการกำหนดมาตรการเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถบนถนน ตัวอย่างเช่น การสวมหมวกนิรภัย การกำหนดบทลงโทษกรณีทำผิดกฎจราจรโดยร่วมกันระหว่างโรงเรียนกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ การกำหนดให้ผู้มีใบอนุญาตขับขี่เท่านั้นที่ขี่จักรยานยนต์มาโรงเรียนได้ การกำหนดอายุผู้ขับขี่จักรยานยนต์มาโรงเรียน

กิจกรรมที่ 5 Swiss cheese ที่ 4 การกระทำที่ไม่ปลอดภัย มีการฝึกอบรมให้ความรู้ ทักษะชีวิต ปรับ

ทัศนคติ และการประเมินความเสี่ยงในการใช้รถใช้ถนนตามแนวทางมนุษย์ปัจจัย (Human factor) และ ใช้เทคนิคการประเมินความเสี่ยง (Situation Awareness & SHELL Model) ในกลุ่มเด็กและเยาวชน เป้าหมายพร้อมทั้งประเมินก่อนและหลังการเรียนรู้ 6.

กิจกรรมที่ 6 สรุปผลและประเมินผล การขับเคลื่อนโครงการการแก้ปัญหการตายในกลุ่มเด็ก และเยาวชนที่ใช้รถจักรยานยนต์และประเมินผลจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตในระดับหมู่บ้าน

ขั้นสังเกต (Observation) ผู้วิจัยได้ประเมินความรู้เกี่ยวกับกฎจราจรและพฤติกรรมหรือปัจจัยที่มีผลต่อการขับขี่ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามประเด็นการศึกษาดังนี้

ลักษณะทางประชากร กลุ่มนักเรียนที่ขับขี่รถจักรยานยนต์มาโรงเรียนโรงเรียนเสนางคณิศรทั้งสิ้นจำนวน 115 คน อายุ 10-19 ปี เป็นเพศชาย 73 คน หญิง 42 คน ระดับชั้นมัธยมต้น 55 คน มัธยมปลาย 60 คน ใช้รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะเดินทางมาโรงเรียน 115 คน ขับรถจักรยานยนต์มาเอง 84 คน ผู้ปกครองขับมาส่ง 81 คน เมื่อขับขี่รถจักรยานยนต์สวมหมวกนิรภัยทุกครั้ง 39 คน สวมหมวกนิรภัยบางครั้ง 57 คน ไม่สวมหมวกนิรภัย 19 คน ไม่มีใบอนุญาตขับขี่ 115 คน ประสบการณ์การขับขี่ 4-5 ปี 8 คน 6-10 ปี 59 คน มากกว่า 10 ปี 48 คน เคยประสบอุบัติเหตุ 111 คน ไม่เคยประสบอุบัติเหตุ 4 คน

การเปรียบเทียบร้อยละของระดับความรู้ด้านกฎหมายจราจรก่อนและหลังดำเนินการของนักเรียนที่ขับขี่รถจักรยานยนต์มาโรงเรียน โรงเรียนเสนางคณิศร พบว่า ก่อนดำเนินการนักเรียนที่ขับขี่รถจักรยานยนต์มาโรงเรียน โรงเรียนเสนางคณิศร มีความรู้ด้านกฎหมายจราจรระดับน้อย จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 7 มีความรู้ด้านกฎหมายจราจรระดับปานกลาง จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 20 มีความรู้ด้านกฎหมายจราจรระดับมาก จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 73 หลังดำเนินการ

พบว่า นักเรียนมีความรู้ด้านกฎหมายจราจรระดับมาก จำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 100 แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบร้อยละของระดับความรู้ด้านกฎหมายจราจรก่อนและหลังดำเนินการของนักเรียนที่ขับขี่รถจักรยานยนต์มาโรงเรียน โรงเรียนเสนางคณิศร

ความรู้ด้านกฎหมายจราจร	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย	8	7.0	0	0
ระดับปานกลาง	23	20.0	0	0
ระดับมาก	84	73.0	115	100

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ด้านกฎหมายจราจรก่อนและหลังดำเนินการของนักเรียนที่ขับขี่รถจักรยานยนต์มาโรงเรียน โรงเรียนเสนางคณิศร พบว่า หลังดำเนินการนักเรียนที่ขับขี่รถจักรยานยนต์มาโรงเรียน โรงเรียนเสนางคณิศร มีความรู้ด้านกฎหมายจราจรมากกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.66 และ 16.53 แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ด้านกฎหมายจราจรก่อนและหลังดำเนินการของนักเรียนที่ขับขี่รถจักรยานยนต์มาโรงเรียน โรงเรียนเสนางคณิศร

ความรู้ด้านกฎหมายจราจร	N	Mean	SD	t	p-value
ก่อนดำเนินการ	115	16.5304	4.91743	7.449	<0.05
หลังดำเนินการ	115	19.6609	.93553		

การเปรียบเทียบร้อยละของพฤติกรรมหรือปัจจัยเสี่ยงในการขับขี่ระดับปานกลาง จำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 100 หลังดำเนินการ มีพฤติกรรมหรือปัจจัยเสี่ยงในการขับขี่ระดับน้อย จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 13.9 มีพฤติกรรมหรือปัจจัยเสี่ยงในการขับขี่ระดับปานกลาง จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 86.1 แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบร้อยละของพฤติกรรมหรือปัจจัยเสี่ยงในการขับขี่ก่อนและหลังดำเนินการของนักเรียนที่ขับขี่รถจักรยานยนต์มาโรงเรียน โรงเรียนเสนางคณิศร

ระดับพฤติกรรมการขับขี่	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย	0	0	16	13.9
ระดับปานกลาง	115	100	99	86.1
ระดับมาก	0	0	0	0

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมหรือปัจจัยเสี่ยงในกาขับขี่ก่อนและหลังดำเนินการของนักเรียนที่ขับขี่รถจักรยานยนต์มาโรงเรียน โรงเรียนเสนางคณิศร พบว่า หลังดำเนินการนักเรียนที่ขับขี่รถจักรยานยนต์มาโรงเรียน โรงเรียนเสนางคณิศร มี

พฤติกรรมหรือปัจจัยเสี่ยงในการขับขี่น้อยกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.54 และ 29.34 แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมหรือปัจจัยเสี่ยงในกาขับขี่ก่อนและหลังดำเนินการของนักเรียนที่ขับขี่รถจักรยานยนต์มาโรงเรียน โรงเรียนเสนางคณิศร

ความรู้ด้านกฎหมายจราจร	N	Mean	SD	p-value
ก่อนดำเนินการ	115	23.5478	2.38505	<0.05
หลังดำเนินการ	115	29.3478	1.94234	

ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

สรุปผลการดำเนินงาน การดำเนินการมาตรการความปลอดภัยในโรงเรียนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจราจรโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ก่อนพัฒนา พบว่าโรงเรียนและชุมชนไม่ทราบสถานการณ์ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร นักเรียนและประชาชนยังมีพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้รถจักรยานยนต์ ถนนจุดเสี่ยงในโรงเรียนและในชุมชนยังไม่ได้มีการดูแลที่ชัดเจน ชุมชนมีการดำเนินการความปลอดภัยทางถนนในเฉพาะช่วงที่มีการรณรงค์ คือ เทศกาลปีใหม่ และและเทศกาลสงกรานต์ ไม่มีการวางแผนป้องกันและควบคุมไว้ล่วงหน้า ทางโรงเรียนมีความต้องการให้ชุมชนให้ความร่วมมือ และร่วมแก้ไขปัญหาย่างจริงจัง

ระหว่างดำเนินการ โดยดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ พบว่า ประชาชนเกิดความตื่นตัวในการมีส่วนร่วมในการป้องกันปัญหาอุบัติเหตุทางถนน โดยเข้ามามีส่วนในกิจกรรมและขั้นตอนตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการและกระบวนการมีส่วนร่วม ได้จัดกิจกรรมตามที่ได้อำนาจไว้ 1 โครงการ จนก่อให้เกิดมาตรการ

ร่วมกันของโรงเรียนและชุมชน และได้้นำมาตรการมาใช้ทั้งในโรงเรียนและชุมชน

หลังดำเนินการพบว่า กลุ่มเป้าหมายทราบสถานการณ์ของการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร มีองค์ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายจราจร และทักษะคิดการเอาชีวิตรอดปลอดภัยบนท้องถนน มีการวางแผนการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุจราจรล่วงหน้า เกิดมาตรการความปลอดภัยในโรงเรียน เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจราจร โรงเรียนเสนางคณิศร โรงเรียนกำหนดให้ผู้ปกครองต้องดูแลรถจักรยานยนต์ที่บุตรหลานที่ขับขี่มาโรงเรียนให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน เสียภาษีและต่อ พรบ.รถจักรยานยนต์ประจำปีให้เรียบร้อยก่อนขับขี่มาโรงเรียน มีนักเรียนอาสาจราจรประจำจุดเสี่ยงในโรงเรียนและชุมชน โดยเจ้าหน้าที่ตำรวจเป็นผู้ดูแล นักเรียนขับขี่รถจักรยานยนต์สวมหมวกนิรภัย 100 % ถนนจุดเสี่ยงในชุมชนได้รับการดูแลแก้ไขจากเทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่ มีการดำเนินการตามโครงการ เกิดความตระหนักและให้ความร่วมมือในการดำเนินงานตามกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ การดำเนินการโดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการจากทุกภาคส่วน การทำความเข้าใจในรายละเอียดของโครงการ การสื่อสารที่มี

ประสิทธิภาพส่งผลต่อการนำมามาตรการไปใช้ในโรงเรียนและชุมชน เป็น กระบวนการที่สำคัญ เมื่อประสานกับการดำเนินการด้านทุน ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพและงบประมาณอื่น ๆ ด้านคน ทั้งภาคประชาชน ภาครัฐ และด้านความรู้ ได้แก่ ความรู้ด้านความปลอดภัย ทักษะคิดต่างๆ ถือได้ว่าเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของการนำมาตรการไปใช้ในชุมชน

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

ด้านความรู้เกี่ยวกับกฎจราจรของนักเรียน พบว่า นักเรียนโรงเรียนสนางคนิคม ที่ขับขี่รถจักรยานยนต์มาโรงเรียนมีความรู้เพิ่มขึ้นจากการดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.00 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.66

ด้านพฤติกรรมหรือปัจจัยที่มีผลต่อการขับขี่ของนักเรียน พบว่าหลังดำเนินการนักเรียนโรงเรียนสนางคนิคมที่ขับขี่รถจักรยานยนต์มาโรงเรียน มีพฤติกรรมหรือปัจจัยเสี่ยงในการขับขี่ยานยนต์น้อยกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.54 และ 29.34

ผลการวิจัยหลังเสร็จสิ้นโครงการมาตรการความปลอดภัยในโรงเรียน เพื่อป้องกันป้องกันอุบัติเหตุจราจร โรงเรียนสนางคนิคม ตามขั้นตอนการดำเนินงานที่ได้กำหนดไว้ได้แก่ การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เจาะลึก การอบรมให้ความรู้ การจัดกระบวนการ การวางแผนแบบมีส่วนร่วมและการนำแผนงานโครงการที่ได้ร่วมกันกำหนดขึ้นไปปฏิบัติ ให้เกิดผลปรากฏชัดเจนพบว่า นักเรียนกลุ่มเป้าหมายในชุมชน ได้เข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ซึ่งดูได้จากการสะท้อนความรู้สึกในการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ และจากการสังเกต โดยเริ่มจากการค้นหาปัญหา การวิเคราะห์ปัญหา การกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาและรวมถึงการดำเนินการแก้ไขปัญห ส่งผลให้เกิดผลเป็นรูปธรรม ซึ่งการมีส่วน

ร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน นับเป็นการสร้างโอกาสให้เกิดการเรียนรู้

กิจกรรมดังกล่าวทำให้ผู้ร่วมวิจัยมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สภาพปัญหาและตัดสินใจมีส่วนร่วมในการวางแผนตั้งแต่เริ่มต้นจนครบกระบวนการทั้งหมด จึงทำให้เกิดการเรียนรู้ขั้นสูงสุด ตามแนวคิดเกี่ยวกับกรวยประสบการณ์ (Cone of Experience) ของเอดการ์ เดลีย์⁷ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางและขั้นตอนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ ก.พ.ร. ได้เสนอแนะไว้ 5 ระดับ ได้แก่ 1) การร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร 2) การร่วมปรึกษาหารือ 3) การร่วมคิดร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ 4) การร่วมดำเนินการ และ 5) การร่วมตรวจสอบและประเมินผล⁴ เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology Of Participatory: TOP) เป็นเทคนิคหนึ่ง ที่สถาบันพระปกเกล้า ได้ทำการพัฒนาขึ้นและแนะนำให้ใช้ในการสร้างเสริมกระบวนการกลุ่ม ที่ผ่านการทดสอบและปรับปรุงให้ดีขึ้นจากวิธีการเดิม ๆ มีผู้นำมาใช้ในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน จนประสบผลสำเร็จมาแล้วหลายพื้นที่ เนื่องจากเป็นเทคนิคที่มีวิธีการหรือขั้นตอนในการกระตุ้นให้ชุมชนได้เกิดความคิด ความรู้สึก มีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นในมุมมองที่หลากหลาย ได้อย่างอิสระ โดยไม่เป็นการเผชิญหน้ากัน ทำให้เกิดปัญญารู้แจ้ง โดยองค์รวมของชุมชนอย่างลึกซึ้ง ทำให้ได้มติ หรือข้อสรุปเกี่ยวกับการกระทำที่ชัดเจน ซึ่งผ่านการตีความกระบวนการไตร่ตรอง และการตัดสินใจร่วมกัน ซึ่งน่าจะมีความเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ ปานชีวา ณหนองคาย⁸ ที่ทำการศึกษาค้นคว้าพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี โดยใช้กระบวนการตามเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (TOP) ได้แก่ การแก้ปัญหา การประชุมเชิงปฏิบัติการ และการจัดทำแผนปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกระบวนการระดม

สมอง และมีความคิดริเริ่ม เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างแท้จริง ก่อให้เกิดแนวทางและร่วมการดำเนินงานตามที่กำหนด รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์และมีส่วนร่วมในการประเมินผล ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของศักรินทร์ ทองภุทธร⁹ ทำการศึกษาประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วม ในการพัฒนามาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology Of Participation : TOP) ของสถาบันพระปกเกล้า มาใช้ในการศึกษาร่วมกับกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน ผลจากการวิจัย ทำให้ได้รูปแบบการพัฒนามาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจ กำหนดเป็นนโยบายหรือแนวทางในการดำเนินการพัฒนา ศูนย์สุขภาพชุมชน ที่เป็นต้นแบบของการบริการด้านสุขภาพที่ได้มาตรฐานแก่ประชาชน สามารถนำไปใช้กับพื้นที่อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพรวมทั้ง เป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างชุมชนกับศูนย์สุขภาพชุมชน อันจะนำไปสู่การจัดการความรู้เพื่อการพัฒนาการบริการสุขภาพแก่ประชาชนที่มีมาตรฐานอย่างยั่งยืนร่วมกัน

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยในครั้งนี้

การใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมในขั้นการวางแผนและจัดทำแผน (Planning) ซึ่งมีผลต่อกระบวนการคิดและการมีส่วนร่วมของผู้ร่วมวิจัย ผู้วิจัยไม่ควรเอาความคิดของตนเองไปขึ้นให้ผู้ร่วมวิจัยปฏิบัติตาม ผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินการอาจไม่ต่อเนื่องและยั่งยืน เพราะไม่ใช่ปัญหาหรือความต้องการที่แท้จริงของผู้ร่วมวิจัย

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

การนำรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนไปใช้ควรศึกษาสภาพปัญหาของชุมชน ภายใต้เงื่อนไขบริบทสังคม และวัฒนธรรมของชุมชน เนื่องจากบริบทของแต่ละชุมชน มีความแตกต่างกัน ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งของความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. หยุดอุบัติเหตุบนถนนทั่วโลก. [อินเทอร์เน็ต]. 2564.
Retrive form:
<https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/tonkit31.pdf>
2. ปัญญ์ จันทรพาณิชย์ และคณะ. หยุดเด็กและเยาวชนไทยตายจากอุบัติเหตุทางถนน นโยบายสาธารณะ public policy กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
3. โรงพยาบาลเสนางศนิคม. ระบบรายงานข้อมูลการตายจากอุบัติเหตุจราจร TEA unit. อำนาจเจริญ; 2563
4. วิรติ ปานศิลา และคณะ. (2551). รูปแบบการพัฒนาสุขภาพะผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้านในการบริโภคอาหารของชาวอีสาน. มหาวิทยาลัยสารคาม, 2551.
5. Perneger TV. The Swiss cheese model of safety incidents: are there holes in the metaphor?. BMC Health Serv Res. 2005;5:71. Published 2005 Nov 9. doi:10.1186/1472-6963-5-71
6. The Role of Human Factors in Improving Aviation Safety; [อินเทอร์เน็ต]. 2563. Retrive form:

- http://www.boeing.com/commercial/aeromagazine/aero_08/h
7. Dale, E. (1969). Audio-Visual Methods in Teaching (3rd ed., p. 108). Holt, Rinehart & Winston, New York: Dryden Press.
https://www.researchgate.net/figure/283011989_fig1_Figure-2-Edgar-Dale-Audio-Visual-Methods-in-Teaching-3rd-Edition-Holt-Rinehart-and
8. ปานชีวา ณ หนองคาย. การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานี. ปรินญาณินพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย มหาสารคาม; 2551.
9. ศักรินทร์ ทองภูธรณ์. ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐาน ศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอเมือง จังหวัด มหาสารคาม. (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร มหาบัณฑิต). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัย มหาสารคาม; 2553.

Received: 5 Nov 2021, Revised: 6 Nov 2021

Accepted: 10 Nov 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความคาดหวังต่อสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ที่พึงประสงค์ของนักวิชาการสาธารณสุข

ศศิวรรณ ทศนเอี่ยม¹, นภาพร อินสิน^{1*}, วิบูลย์สุข ตาลกุล¹, กาญจนา วงษ์สวัสดิ์²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) สมรรถนะปัจจุบันและความคาดหวังต่อสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ที่พึงประสงค์ของนักวิชาการสาธารณสุข และ 2) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสมรรถนะปัจจุบันและสมรรถนะที่คาดหวังต่อสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ที่พึงประสงค์ของนักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข หรือเจ้าพนักงานสาธารณสุข ที่มีคำสั่งให้ปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขในเขตพื้นที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครและมีประสบการณ์การทำงานด้านสาธารณสุขอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 300 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ ค่าความต้องการจำเป็นโดยใช้ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสมรรถนะปัจจุบันและสมรรถนะที่คาดหวัง ผลการวิจัย พบว่า สมรรถนะปัจจุบันทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ความคาดหวังต่อสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ที่พึงประสงค์ทุกด้านอยู่ในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ระหว่างสมรรถนะปัจจุบันและสมรรถนะที่คาดหวังรายด้าน พบว่า ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ด้านการสื่อสาร และด้านความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างสมรรถนะปัจจุบันและสมรรถนะที่คาดหวังมากที่สุด เท่ากับ 1.15 (95%CI 1.07-1.24) 1.13 (95%CI 1.03-1.18) และ 1.12 (95%CI 1.04-1.20) ตามลำดับ ดังนั้นการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขควรพัฒนาสมรรถนะด้านการรู้เท่าทันสื่อ การสื่อสาร ความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรมเพื่อรองรับมาตรการของสาธารณสุขในพื้นที่ชุมชนที่เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงในศตวรรษที่ 21

คำสำคัญ สมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ความคาดหวัง นักวิชาการสาธารณสุข

¹ อาจารย์ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

* Corresponding author: numporn@snru.ac.th

Original Article

Expectations of Desired Competency in the 21st Century among Public Health Technical Officer

Sasiwan Tassana-iem¹, Numporn Insin^{1*}, Wiboonsuk Talkul¹, Kanjana Vongsawat²

Abstract

This descriptive research aimed to study the current competency and expectations of desired competency in the 21st century among public health technical officer and 2) Comparison of mean difference between current competency and expectations of desired competency in the 21st century among public health technical officer. 300 samples were public health technical officer or public health officer who orders to perform duties in the position of a public health technical officer and had at least 1 year of working experiences in public health in the area of the Sakon Nakhon provincial public health office. The samples were selected by using a systematic random sampling. Data were collected by using a questionnaire developed by the researchers from the literature review. Data were analyzed by using statistics, mean, standard deviation, percentage, and the difference between the mean score between current and expected competencies. The results showed that the current competency had all aspects were moderately level. The expectations of desired competency in the 21st century had all aspects were high level. Considering the difference between current and expected competencies, the highest mean difference was the media literacy, communication, and creativity and innovation which revealed 1.15 (95%CI 1.07-1.24), 1.13 (95%CI 1.03-1.18), and 1.12 (95%CI 1.04-1.20) respectively. Therefore, the media literacy, communication, and creativity and innovation competencies should be improved among health manpower to support measures of public health in community areas to respond to the changes in the 21st century.

Keywords: competency in the 21st century, expectations, public health technical officer

¹Lecturer, Program of Health Science, Sakon Nakhon Rajabhat University

²Assistant professor, Program of Health Science, Sakon Nakhon Rajabhat University

* Corresponding author: numporn@snru.ac.th

บทนำ

การปรับเปลี่ยนทางสังคมที่เกิดขึ้นในศตวรรษที่ 21 เป็นยุคที่มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรม และระบบบริการสุขภาพ มีการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence; AI) เป็นเทคโนโลยีที่ช่วยมนุษย์ในการดำเนินชีวิตและการทำงานในยุคดิจิทัลทั้งในภาคการผลิตและการบริการทำให้ประชาชนเข้าถึงแหล่งข้อมูลและบริการสะดวกมากขึ้นจึงมีความคาดหวังสูงต่อบริการในระบบสุขภาพ¹ การพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขจึงเป็นส่วนสำคัญที่จะขับเคลื่อนระบบสุขภาพเพื่อจะส่งมอบบริการสุขภาพตอบสนองต่อความความคาดหวัง และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างก้าวกระโดด เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความมั่นใจในชีวิตความพึงพอใจและประทับใจ²

นักวิชาการสาธารณสุขเป็นวิชาชีพหนึ่งด้านสุขภาพที่มีบทบาทลดความเสี่ยงในการเจ็บป่วยและการเกิดโรคด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค รวมทั้งการอนามัยสิ่งแวดล้อม อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่สมบูรณ์อย่างยั่งยืนของประชาชนตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุข พ.ศ. 2556³ นอกจากนี้การเกิดโรคภัยต่าง ๆ ทั้งการระบาดของโรคอุบัติใหม่ อุตุนิยมวิทยา ที่ทำให้บุคลากรสุขภาพต้องปรับตัวให้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง ทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 จึงเป็นเป้าหมายหนึ่งในยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561 – 2580⁴ ซึ่งประกอบด้วยทักษะการเรียนรู้และสร้างนวัตกรรมใหม่ (Learning and Innovation Skills) เช่น หนึ่งฝึกฝน พัฒนาตัวเองเรียนให้เกิดทักษะ เรียนโดยการปฏิบัติ (Learning By Doing) การคิดวิเคราะห์เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหา มีความคิดสร้างสรรค์ มีทักษะในการสื่อสาร และทักษะแห่งความร่วมมือ การรู้เท่าทันดิจิทัล ได้แก่ การสื่อสาร สารสนเทศ และการรู้เท่าทันสื่อ (Communications, Information and Media Literacy) และทักษะชีวิตและอาชีพ (Life and Career Skills) เช่น ทักษะการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

ทักษะทางสังคม การมองโลกในแง่ดี การควบคุมอารมณ์ การทำประโยชน์เพื่อผู้อื่น มีภาวะผู้นำ⁵ ที่จะช่วยพัฒนาและยกระดับทรัพยากรมนุษย์ที่ดี เก่ง มีคุณภาพ เป็นคนที่มีศักยภาพสูงและมีทักษะชีวิตเพื่อการประกอบอาชีพพร้อมขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศไปข้างหน้าได้อย่างเต็มศักยภาพ⁴

จากการศึกษาที่มีมาก่อนพบว่าสมรรถนะ คือคุณลักษณะของบุคคลเกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานมีการศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งสอดคล้องกับสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนที่กำหนดให้นักวิชาการสาธารณสุขต้องมีความรู้และสมรรถนะหลัก 5 ด้านประกอบไปด้วย 1) ด้านการมุ่งสัมฤทธิ์ 2) ด้านการบริการที่ดี 3) ด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ 4) ด้านการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม และ 5) ด้านการทำงานเป็นทีม ด้านการคิดวิเคราะห์และด้านการสร้างสัมพันธภาพ^{6,7} นอกจากนี้มีการศึกษาตัวชี้วัดสมรรถนะและการพัฒนานักวิชาการสาธารณสุข ซึ่งมี 5 องค์ประกอบหลัก คือ 1) ทักษะสำคัญในงานสาธารณสุขชุมชน ได้แก่ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การเฝ้าระวังและการควบคุมโรค ด้านบำบัดรักษาเบื้องต้น ด้านสุขภาพและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 2) ความสามารถในการแก้ปัญหาสาธารณสุขในชุมชน ได้แก่ วิเคราะห์และประมวลปัญหาสาธารณสุข วินิจฉัยปัญหาสาธารณสุข วางแผนงานและประเมินผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขชุมชน 3) คุณลักษณะเชิงวิชาการ ได้แก่ ด้านการวิจัยและการพัฒนานวัตกรรมสุขภาพ ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ ระบบคิดการเชิงสุขภาพและการสื่อสารด้านสุขภาพ 4) การบริหารจัดการงานสาธารณสุขชุมชน ได้แก่ ภาวะผู้นำและการพัฒนาภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม การสัมพันธภาพและเครือข่าย และ 5) ทักษะชีวิต ได้แก่ การพัฒนาตนเองเชิงวิชาชีพ การเป็นผู้นำด้านสุขภาพ วัฒนธรรม คุณธรรมจริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ^{8,9} สอดคล้องกับขอบเขตการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน³

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นพบว่าการปรับเปลี่ยนทางสังคมในศตวรรษที่ 21 ที่มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี นักวิชาการสาธารณสุขต้องปรับตัวให้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงโดยพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 เพื่อสอดคล้องตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561 – 2580 แต่จากการศึกษาสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ของนักวิชาชีพการสาธารณสุขเพื่อให้รู้ถึงระดับสมรรถนะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 ที่มีอยู่ และสมรรถนะที่ควรส่งเสริมศักยภาพตามความคาดหวังของนักวิชาการสาธารณสุขยังมีอยู่อย่างจำกัด จากเหตุผลดังกล่าวงานวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นการศึกษาสมรรถนะปัจจุบันและความคาดหวังต่อสมรรถนะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 ที่พึงประสงค์ของนักวิชาการสาธารณสุข เพื่อนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสร้างกรอบการพัฒนาและการจัดการศึกษาที่จะสามารถพัฒนาสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ที่พึงประสงค์ของนักวิชาการสาธารณสุขได้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของโลก รวมถึงได้ข้อเสนอต่อการพัฒนาหลักสูตรให้แก่ผู้เรียนในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ที่จะผลิตบัณฑิตให้พร้อมกับการทำงานด้านสาธารณสุขในศตวรรษที่ 21

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสมรรถนะปัจจุบันของนักวิชาการสาธารณสุขในศตวรรษที่ 21
2. เพื่อศึกษาความคาดหวังต่อสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ที่พึงประสงค์ของนักวิชาการสาธารณสุข
3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างสมรรถนะปัจจุบันและความคาดหวังต่อสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ที่พึงประสงค์ของนักวิชาการสาธารณสุข

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึง มีนาคม พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข หรือเจ้าพนักงานสาธารณสุขที่มีคำสั่งให้ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ในเขตพื้นที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครและมีประสบการณ์การทำงานด้านสาธารณสุขอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 950 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยเปิดตารางขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie & Morgan¹⁰ ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดตัวอย่าง 274 คน และเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูลจึงเพิ่ม 10% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 301 คน ได้รับแบบสอบถามคืน 300 คน คิดเป็นร้อยละ 99.7 การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอนโดยการสุ่มเลือก 9 อำเภอ จากทั้งหมด 18 อำเภอ จากนั้นสุ่มเลือกแบบเป็นระบบโดยนำรายชื่อทั้งหมดในเขตที่สุ่มได้มาเรียงต่อกันแบ่งสัดส่วนตามขนาดของประชากร โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข หรือเจ้าพนักงานสาธารณสุข ที่มีคำสั่งให้ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ในเขตพื้นที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครและมีประสบการณ์การทำงานด้านสาธารณสุขอย่างน้อย 1 ปี ยินดีร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ย้ายที่อยู่หรือที่ทำงาน หรือมีความเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามสมรรถนะปัจจุบันและความคาดหวังต่อสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ที่พึงประสงค์ของนักวิชาการสาธารณสุข ครอบคลุมสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 3 ด้าน ได้แก่ 1) การเรียนรู้และนวัตกรรม 25 ข้อ 2) การรู้เท่าทันดิจิทัล 14 ข้อ และ 3) อาชีพและชีวิต 21 ข้อ ซึ่งลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด จำนวน 60 ข้อ เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยตามแนวคิดของ John W. Best¹¹ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1 – 5 แบ่งเป็น 3 ระดับได้แก่ สมรรถนะควร

พัฒนา (คะแนนเฉลี่ย 1.0 - 2.3) สมรรถนะปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.4 - 3.7) และสมรรถนะสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.8 - 5.0)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความเที่ยงตามเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถามสมรรถนะปัจจุบันและความคาดหวังต่อสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ที่พึงประสงค์ของนักวิชาการสาธารณสุขด้วยวิธีหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ของแบบสอบถาม (IOC: Index of Item Objective Congruence) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้ค่าเท่ากับ 0.96 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาร์ค (Cronbach's alpha coefficient) แบบสอบถามสมรรถนะปัจจุบัน ได้เท่ากับ 0.98 และแบบสอบถามสมรรถนะที่คาดหวัง ได้เท่ากับ 0.99

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การศึกษาเอกสาร สังเคราะห์สมรรถนะที่พึงประสงค์ในศตวรรษที่ 21 ของนักวิชาการสาธารณสุขที่เป็นสมรรถนะที่จำเป็น

2. ส่งหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล และเอกสารชี้แจงขอเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง ไปยังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดสกลนครทางไปรษณีย์

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารคำชี้แจงเข้าใจแล้ว ยินยอมโดยความสมัครใจจึงตอบแบบสอบถามแล้ว จึงส่งเอกสารกลับมาให้ผู้วิจัยทางไปรษณีย์

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย จำแนกตามสมรรถนะปัจจุบันและความคาดหวังต่อสมรรถนะนักวิชาการสาธารณสุขในศตวรรษที่ 21 ที่พึงประสงค์รายด้าน (n = 300)

สมรรถนะในศตวรรษที่ 21	สมรรถนะปัจจุบัน			สมรรถนะที่คาดหวัง			Mean difference (95%CI)
	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ	
1. การเรียนรู้และนวัตกรรม	3.32	0.73	ปานกลาง	4.42	0.57	สูง	1.10 (1.03-1.18)
1.1 การคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา	3.33	0.73	ปานกลาง	4.42	0.59	สูง	1.08 (1.01-1.15)

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร เลขที่รับรอง 018/2563 ลงวันที่ 3 กันยายน พ.ศ. 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และสถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ ค่าความต้องการจำเป็นโดยใช้ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสมรรถนะปัจจุบันและสมรรถนะที่คาดหวัง และสถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

ลักษณะทางประชากร พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75.3 ส่วนใหญ่อายุต่ำกว่า 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 69.3 อายุเฉลี่ย 34.7 ปี (SD = 7.94) ส่วนใหญ่ทำงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คิดเป็นร้อยละ 65.7 ปี มีประสบการณ์การทำงานด้านสาธารณสุข น้อยกว่าเท่ากับ 10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.7 ประสบการณ์การทำงานด้านสาธารณสุขเฉลี่ย 11.9 ปี (SD = 8.4)

สมรรถนะในศตวรรษที่ 21	สมรรถนะปัจจุบัน			สมรรถนะที่คาดหวัง			Mean difference (95%CI)
	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ	
1.2 การสื่อสาร	3.30	0.77	ปานกลาง	4.43	0.58	สูง	1.13 (1.03-1.18)
1.3 การทำงานร่วมกับผู้อื่น	3.40	0.76	ปานกลาง	4.44	0.59	สูง	1.04 (0.97-1.11)
1.4 ความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม	3.27	0.79	ปานกลาง	4.39	0.64	สูง	1.12 (1.04-1.20)
2. การรู้เท่าทันดิจิทัล	3.33	0.76	ปานกลาง	4.41	0.60	สูง	1.07 (1.00- 1.15)
2.1 การรู้เท่าทันสารสนเทศ	3.56	0.76	ปานกลาง	4.41	0.61	สูง	1.05 (0.98-1.13)
2.2 การรู้เท่าทันสื่อ	3.26	0.81	ปานกลาง	4.41	0.63	สูง	1.15 (1.07-1.24)
2.3 เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร	3.36	0.81	ปานกลาง	4.40	0.63	สูง	1.04 (0.96-1.12)
3. อาชีพและชีวิต	3.33	0.72	ปานกลาง	4.39	0.59	สูง	1.06 (0.99-1.13)
3.1 ความยืดหยุ่นและ ความสามารถในการปรับตัว	3.39	0.89	ปานกลาง	4.46	0.65	สูง	1.07 (0.98-1.16)
3.2 ความคิดริเริ่มและการกำกับ ตนเอง	3.28	0.79	ปานกลาง	4.38	0.62	สูง	1.09 (1.01-1.17)
3.3 การปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และข้ามวัฒนธรรม	3.38	0.72	ปานกลาง	4.37	0.60	สูง	0.99 (0.91-1.07)
3.4 การมีผลงานและความ รับผิดชอบตรวจสอบได้	3.42	0.81	ปานกลาง	4.38	0.69	สูง	0.97 (0.87-1.05)
3.5 ภาวะผู้นำและความ รับผิดชอบ	3.29	0.75	ปานกลาง	4.40	0.63	สูง	1.10 (1.02-1.18)

* SD หมายถึง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สมรรถนะปัจจุบันของนักวิชาการสาธารณสุข ในศตวรรษที่ 21

จากตาราง 1 พบว่า สมรรถนะปัจจุบัน 3 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยด้านการเรียนรู้และนวัตกรรม 3.32 (SD = 0.73) ด้านการรู้เท่าทันดิจิทัล 3.33 (SD = 0.76) และด้านทักษะชีวิตและอาชีพ 3.33 (SD = 0.72) โดยสมรรถนะปัจจุบันรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การรู้ทันสารสนเทศ 3.56 (SD = 0.76) การมีผลงานและความรับผิดชอบตรวจสอบได้ 3.42 (SD = 0.81) และการทำงานร่วมกับผู้อื่น 3.40

(SD = 0.76) สมรรถนะปัจจุบันรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การรู้เท่าทันสื่อ 3.26 (SD = 0.81) ความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม 3.27 (SD = 0.79) และความคิดริเริ่มและการกำกับตนเอง 3.28 (SD = 0.79)

ความคาดหวังต่อสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ที่พึงประสงค์ของนักวิชาการสาธารณสุข

จากตาราง 1 พบว่า ความคาดหวังต่อสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ที่พึงประสงค์ 3 ด้านอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยด้านการเรียนรู้และนวัตกรรม 4.42 (SD =

0.57) ด้านการรู้เท่าทันดิจิทัล 4.41 (SD = 0.60) และด้านทักษะชีวิตและอาชีพ 4.39 (SD = 0.59) โดยสมรรถนะที่คาดหวังรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ความยืดหยุ่นและความสามารถในการปรับตัว 4.46 (SD = 0.65) การทำงานร่วมกับผู้อื่น 4.44 (SD = 0.59) และการสื่อสาร 4.43 (SD = 0.58) คาดหวังรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและข้ามวัฒนธรรม 4.37 (SD = 0.60) ความคิดริเริ่มและการกำกับตนเอง 4.38 (SD = 0.62) และการมีผลงานและความรับผิดชอบตรวจสอบได้ 4.38 (SD = 0.69)

ความแตกต่างระหว่างสมรรถนะปัจจุบันและความคาดหวังต่อสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ที่พึงประสงค์ของนักวิชาการสาธารณสุข

จากตาราง 1 พบว่า สมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ด้านการเรียนรู้และนวัตกรรม มีค่าความต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างสมรรถนะปัจจุบันและสมรรถนะที่ความคาดหวังมากที่สุด เท่ากับ 1.10 (95%CI 1.03-1.18) รองลงมาคือด้านการรู้เท่าทันดิจิทัล 1.07 (95%CI 1.00-1.15)

เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบที่มีค่าความต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างสมรรถนะปัจจุบันและสมรรถนะที่ความคาดหวังมากที่สุด 3 สมรรถนะแรก คือ สมรรถนะด้านการรู้เท่าทันสื่อ ค่าความแตกต่างเท่ากับ 1.15 (95%CI 1.07-1.24) รองลงมาคือสมรรถนะด้านการสื่อสาร ค่าความแตกต่างเท่ากับ 1.13 (95%CI 1.03-

1.18) โดยพบว่า 1) สมรรถนะด้านการรู้เท่าทันสื่อ ที่มีค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างสมรรถนะปัจจุบันและสมรรถนะที่ความคาดหวังมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ สามารถใช้สื่อให้เกิดประโยชน์ด้านสาธารณสุข 1.23 (95%CI 1.12-1.34) สามารถวิเคราะห์สื่อ การตีความเนื้อหาของสื่อ การประเมินค่าและเข้าใจผลกระทบของสื่อ 1.18 (95%CI 1.07-1.29) และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนได้ 1.14 (95%CI 1.05-1.23) ดังแสดงในตาราง 3 2) สมรรถนะด้านการสื่อสารที่มีค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างสมรรถนะปัจจุบันและสมรรถนะที่ความคาดหวังมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ สามารถพูดในที่ชุมชนเพื่อการสื่อสารสุขภาพได้ 1.27 (95%CI 1.15-1.38) สามารถเลือกรูปแบบการศึกษาที่เหมาะสมกับปัญหาสาธารณสุขได้ 1.26 (95%CI 1.16-1.36) สามารถเลือกและใช้สื่อที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายได้ 1.19 (95%CI 1.09-1.30) ดังแสดงในตาราง 2 และ 3) สมรรถนะด้านความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรมที่มีค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างสมรรถนะปัจจุบันและสมรรถนะที่ความคาดหวังมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ สามารถพัฒนาบุคคลหรือพื้นที่ต้นแบบด้านสุขภาพได้ 1.23 (95%CI 1.13-1.33) สามารถออกแบบกิจกรรมการพัฒนาคูณภาพได้ 1.11 (95%CI 1.02-1.21) และสามารถจัดกระบวนการจัดการความเสี่ยงต่อสุขภาพได้ 1.10 (95%CI 1.00-1.20) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามสมรรถนะปัจจุบันและความคาดหวังต่อสมรรถนะนักวิชาการสาธารณสุขในศตวรรษที่ 21 ที่พึงประสงค์ด้านการสื่อสาร (n = 300)

สมรรถนะในศตวรรษที่ 21	สมรรถนะปัจจุบัน			สมรรถนะที่คาดหวัง			Mean difference (95%CI)
	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ	
ด้านการสื่อสาร	3.30	0.77	ปานกลาง	4.43	0.58	สูง	1.13 (1.03-1.18)
1. สามารถพูดในที่ชุมชนเพื่อการสื่อสารสุขภาพได้	3.22	0.94	ปานกลาง	4.49	0.67	สูง	1.27 (1.15-1.38)

สมรรถนะในศตวรรษที่ 21	สมรรถนะปัจจุบัน			สมรรถนะที่คาดหวัง			Mean difference (95%CI)
	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ	
2. สามารถเลือกและใช้สื่อที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายได้	3.27	0.87	ปานกลาง	4.47	0.67	สูง	1.19 (1.09-1.30)
3. สามารถผลิตสื่อที่มีคุณภาพสำหรับใช้ในการสื่อสารสุขภาพได้	3.24	0.90	ปานกลาง	4.34	0.70	สูง	1.10 (0.99-1.21)
4. สามารถสร้างความตระหนักและโน้มน้าวให้กลุ่มเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้	3.33	0.86	ปานกลาง	4.47	0.66	สูง	1.14 (1.03-1.24)
5. สามารถติดตามประเมินผลทักษะหรือพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายได้	3.39	0.89	ปานกลาง	4.39	0.69	สูง	1.00 (0.89-1.10)
6. สามารถเลือกรูปแบบการศึกษาที่เหมาะสมกับปัญหาสาธารณสุขได้	3.23	0.85	ปานกลาง	4.48	0.69	สูง	1.26 (1.16-1.36)
7. สามารถให้คำแนะนำระดับบุคคล เพื่อให้มีสุขภาพอนามัยดี และมีความปลอดภัยในการทำงานได้	3.39	0.90	ปานกลาง	4.46	0.70	สูง	1.07 (0.98-1.17)
8. สามารถสื่อสารความเสี่ยงต่อสุขภาพ เพื่อได้รับความร่วมมือในการดำเนินงาน	3.32	0.92	ปานกลาง	4.42	0.72	สูง	1.10 (1.00-1.19)
9. สามารถอบรมให้ความรู้การเตรียมการรองรับอุบัติภัย การจัดการฉุกเฉินได้	3.25	0.93	ปานกลาง	4.38	0.73	สูง	1.12 (1.02-1.22)
10. สามารถให้คำปรึกษาในการป้องกันและแก้ไขปัญหาปัญหาสาธารณสุขได้ในทุกระดับ	3.39	0.91	ปานกลาง	4.45	0.71	สูง	1.06 (0.96-1.15)
11. สามารถให้คำปรึกษาการปรับปรุงสถานที่ให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของผู้อยู่อาศัย และผู้ปฏิบัติงาน	3.28	0.93	ปานกลาง	4.43	0.72	สูง	1.15 (1.04-1.25)

* SD หมายถึง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามสมรรถนะปัจจุบันและความคาดหวังต่อสมรรถนะนักวิชาการสาธารณสุขในศตวรรษที่ 21 ที่พึงประสงค์ด้านการรู้ทันสื่อ (n = 300)

สมรรถนะในศตวรรษที่ 21	สมรรถนะปัจจุบัน			สมรรถนะที่คาดหวัง			Mean difference (95%CI)
	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ	
ด้านการรู้ทันสื่อ	3.26	0.81	ปานกลาง	4.41	0.63	สูง	1.15 (1.07-1.24)
1. สามารถสื่อสารและใช้ข้อมูลในการตัดสินใจในการรักษาและปรับปรุงสุขภาพ	3.39	0.96	ปานกลาง	4.45	0.71	สูง	1.06 (0.96-1.16)

สมรรถนะในศตวรรษที่ 21	สมรรถนะปัจจุบัน			สมรรถนะที่คาดหวัง			Mean difference (95%CI)
	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ	
2. สามารถวิเคราะห์สื่อ การตีความเนื้อหาของสื่อ การประเมินค่าและเข้าใจผลกระทบของสื่อ	3.10	0.96	ปานกลาง	4.29	0.83	สูง	1.18 (1.07-1.29)
3. สามารถใช้สื่อให้เกิดประโยชน์ด้านสาธารณสุข	3.19	0.91	ปานกลาง	4.42	0.71	สูง	1.23 (1.12-1.34)
4. สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนได้	3.35	0.83	ปานกลาง	4.49	0.64	สูง	1.14 (1.05-1.23)

* SD หมายถึง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามสมรรถนะปัจจุบันและความคาดหวังต่อสมรรถนะนักวิชาการสาธารณสุขในศตวรรษที่ 21 ที่พึงประสงค์ด้านความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม (n = 300)

สมรรถนะในศตวรรษที่ 21	สมรรถนะปัจจุบัน			สมรรถนะที่คาดหวัง			Mean difference (95%CI)
	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ	
ด้านความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม	3.27	0.79	ปานกลาง	4.39	0.64	สูง	1.12 (1.04-1.20)
1. สามารถสร้างทางเลือกวิธีแก้ปัญหาและความเป็นไปได้ใหม่ ๆ	3.30	0.96	ปานกลาง	4.38	0.73	สูง	1.08 (0.98-1.18)
2. สามารถแสดงความคิดที่มีประโยชน์และเหมาะสมเพื่อที่จะใช้ในการแก้ไขปัญหา และเพิ่มประสิทธิภาพงาน	3.29	0.98	ปานกลาง	4.38	0.75	สูง	1.09 (0.98-1.19)
3. สามารถออกแบบกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพได้	3.28	0.90	ปานกลาง	4.39	0.74	สูง	1.11 (1.02-1.21)
4. สามารถจัดกระบวนการจัดการความเสี่ยงต่อสุขภาพได้	3.27	0.91	ปานกลาง	4.37	0.74	สูง	1.10 (1.00-1.20)
5. สามารถพัฒนาบุคคลหรือพื้นที่ต้นแบบด้านสุขภาพได้	3.22	0.89	ปานกลาง	4.45	0.69	สูง	1.23 (1.13-1.33)

* SD หมายถึง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

สมรรถนะในศตวรรษ 21 ของนักวิชาการสาธารณสุข ประกอบด้วย 3 ด้านหลัก ได้แก่ การเรียนรู้และนวัตกรรม ด้านการรู้เท่าทันดิจิทัล และด้านทักษะชีวิตและอาชีพ จากผลการวิจัยพบว่า นักวิชาการสาธารณสุขมีสมรรถนะปัจจุบันทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยสมรรถนะด้านการรู้ทันสารสนเทศ การมีผลงานและความรับผิดชอบตรวจสอบได้ และการทำงานร่วมกับผู้อื่น มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ส่วนสมรรถนะด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การรู้เท่าทันสื่อ ความคิดสร้างสรรค์ และนวัตกรรม และความคิดริเริ่มและการกำกับตนเอง เนื่องจากนักวิชาการสาธารณสุขมีบทบาทสื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนเกิดความรู้ ความเข้าใจ และปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคตามกรอบมาตรฐานวิชาชีพในพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุข พ.ศ. 2556³ และจากสถานการณ์ของโลกที่มีการระบาดของโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ ตลอดจนภัยพิบัติเกิดขึ้นบ่อยครั้ง ล้วนมีความเกี่ยวข้องกับบทบาทของนักวิชาการสาธารณสุขที่ต้องใช้สื่อสารกับประชาชนทั้งสิ้น จึงมีการกล่าวถึงความจำเป็นของทักษะการสื่อสารความเสี่ยง (Risk communication) ในบุคลากรทางการแพทย์ ที่จะต้องให้ข้อมูลต่าง ๆ เพื่อการตัดสินใจของประชาชน โดยเฉพาะในช่วง ปี พ.ศ. 2562 เป็นต้นมา ที่มีการระบาดของ COVID-19¹² ทำให้นักวิชาการสาธารณสุขมีการใช้สารสนเทศได้มากขึ้นโดยมีการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของปริญา จิตอร่าม⁸ ที่พบว่าด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ ระบบคิดการเชิงสุขภาพและการสื่อสารด้านสุขภาพ การทำงานเป็นทีมเป็นองค์ประกอบตัวชี้วัดหนึ่งของสมรรถนะนักวิชาการสาธารณสุข

ความคาดหวังต่อสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ที่พึงประสงค์ของนักวิชาการสาธารณสุข พบว่าสมรรถนะทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบกับ

ค่าความต้องการจำเป็นโดยใช้ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสมรรถนะปัจจุบันและสมรรถนะที่คาดหวังต่อสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ที่พึงประสงค์ของนักวิชาการสาธารณสุข พบว่าด้านการเรียนรู้และนวัตกรรม และการรู้เท่าทันดิจิทัลเป็นสมรรถนะที่นักวิชาการสาธารณสุขคาดหวังมากที่สุด เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า สมรรถนะการรู้เท่าทันสื่อ การสื่อสารความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรมมีค่าความต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างสมรรถนะปัจจุบันและสมรรถนะที่ความคาดหวังมากที่สุด ซึ่งการรู้เท่าทันสื่อมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างสูงที่สุดจากทุกองค์ประกอบ โดยนักวิชาการสาธารณสุขคาดหวังความสามารถใช้สื่อให้เกิดประโยชน์ด้านสาธารณสุข สามารถวิเคราะห์สื่อ การตีความเนื้อหาของสื่อ การประเมินค่าและเข้าใจผลกระทบของสื่อ และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนได้ สอดคล้องกับ Hannah Covert et al.¹³ ที่พบว่าสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพชุมชนต้องมีสมรรถนะ การประเมินข้อมูลด้านสุขภาพทั้งระดับบุคคลและชุมชนได้ การปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชน การสื่อสารต้องมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพแก่ชุมชนได้ เคารพในความหลากหลายด้านสุขภาพของบุคคลและชุมชน มีความเป็นมืออาชีพ และมีความสามารถในการจัดการควบคุมโรค เนื่องจากนักวิชาการสาธารณสุขเป็นวิชาชีพที่กระทำการสาธารณสุขต่อบุคคลครอบครัว ชุมชน และอนามัยสิ่งแวดล้อม การส่งเสริมการเรียนรู้ การแนะนำและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การควบคุมโรค การบำบัดโรคเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ ต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยการผสมผสานต่อเนื่อง และเชื่อมโยงเป็นองค์รวม เป็นกรอบมาตรฐานวิชาชีพข้อหนึ่งในพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุข พ.ศ. 2556³ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และการสื่อสารเป็นทักษะด้านสุขภาพสำหรับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพในศตวรรษที่ 21 (Global Health Competencies for 21st Century Health Professionals)⁹ การสื่อสารใน

ศตวรรษที่ 21 ผู้สื่อสารต้องสามารถเลือกใช้วิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพโดยคำนึงถึงผลกระทบที่มีต่อตนเอง ทักษะสื่อสาร ได้แก่ การสื่อสารอย่างชัดเจน สามารถถ่ายทอดความคิดและความคิดอย่างมีประสิทธิภาพโดยใช้วาจา การเขียน และอวัจนภาษา เลือกใช้การสื่อสารที่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการสื่อสาร เช่น การแจ้งคำสั่ง กระตุ้นและชักชวน สามารถสื่อสารในรูปแบบและบริบทที่หลากหลาย การเป็นผู้ฟังอย่างตั้งใจและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการใช้สื่อและเทคโนโลยีที่หลากหลาย¹⁴ ซึ่งจากการเก็บข้อมูลจากผู้ปฏิบัติงานสะท้อนเกี่ยวกับทักษะการสื่อสารที่เป็นปัญหา และอุปสรรคต่องานด้านสาธารณสุข ได้แก่ การเลือกใช้สื่อไม่เหมาะสมกับบริบท เช่น นำเสนอด้วยการใช้การแสดงผลภาพนิ่ง PowerPoint และเนื้อหาที่จะให้ความรู้หรือสื่อสารแก่ประชาชนใช้คำศัพท์เฉพาะ ศัพท์เทคนิค ทำให้ประชาชนไม่เข้าใจ รวมทั้งการเลือกสื่อไม่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย แหล่งข้อมูลข่าวที่ขาดความน่าเชื่อถือทำให้ผู้รับสารเข้าใจผิด โดยนักสาธารณสุขมีความคาดหวังที่ต้องการพัฒนาสมรรถนะ ได้แก่ พุดในที่ชุมชนเพื่อการสื่อสารสุขภาพ การเลือกและใช้สื่อที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และสร้างความตระหนักและโน้มน้าวให้กลุ่มเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ ซึ่งการสื่อสารวิธีต่าง ๆ เป็นการให้ความรู้ด้านสุขภาพที่มุ่งสู่เป้าหมายเหล่านี้ยังคงเป็นเครื่องมือพื้นฐานในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค¹⁵ สอดคล้องกับการศึกษาของคณะอนุกรรมการวิจัยและพัฒนามาตรฐานวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน¹⁶ ที่พบว่าสมรรถนะด้านการสื่อสาร เป็นองค์ประกอบหนึ่งของมาตรฐานวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนที่พึงประสงค์ของสังคม และสอดคล้องกับกรม ธรรมนูญ¹⁷ ที่ศึกษากรอบสมรรถนะการรู้สารสนเทศด้านสุขภาพของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในประเทศไทย พบว่า การสื่อสารเป็นสมรรถนะที่สำคัญและเป็นองค์ประกอบของการรู้สารสนเทศด้านสุขภาพที่นักวิชาการ

สาธารณสุขควรมีสมรรถนะเกี่ยวกับวิธีการสื่อสารภายในชุมชน ใช้ความเข้าใจชุมชน เพื่อเผยแพร่สารสนเทศด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นแบ่งปันข้อมูล เพื่อเผยแพร่สารสนเทศด้านสุขภาพที่สร้างขึ้น

นอกจากนี้สมรรถนะด้านความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรมเป็นสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ที่พึงประสงค์ของนักวิชาการสาธารณสุขที่มีความคาดหวังรองลงมาจากการสื่อสาร โดยนักวิชาการสาธารณสุขคาดหวังถึงความสามารถพัฒนาบุคคลหรือพื้นที่ต้นแบบด้านสุขภาพได้ สามารถออกแบบกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพได้ และสามารถจัดกระบวนการจัดการความเสี่ยงต่อสุขภาพได้ ซึ่งตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2563³ ผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนมีบทบาทสำคัญในการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานเพื่อนำไปพัฒนาคุณภาพการให้บริการวางแผนในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนผู้มารับบริการโดยให้ผู้รับบริการครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชนและดูแลตนเอง สอดคล้องกับสุนทรียรัตน์ ทองไสย¹⁸ ที่พบว่าสมรรถนะความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรมเป็นความสามารถส่วนบุคคลที่เกิดจากการจินตนาการทางความคิดที่แตกต่างจากความคิดเดิมหรือสิ่งใหม่ที่สร้างสรรค์ เพื่อการพัฒนาให้เกิดผลผลิตใหม่และเกิดประโยชน์มากขึ้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาและเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานมากขึ้น และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการบริการด้านการรักษาพยาบาลก่อให้เกิดความคุ้มค่าคุ้มทุนส่งผลให้การพัฒนาาระบบสุขภาพมีความเข้มแข็งมากขึ้น สอดคล้องกับรัตนบรรณาธรรม¹⁹ ที่พบว่าพฤติกรรมสร้างนวัตกรรม การประดิษฐ์คิดค้นวิธีการทำงานเพื่อนำมาทดแทนการแก้ไขปัญหาเดิมหรือปัญหาใหม่ที่จะเกิดขึ้นเป็นสิ่งจำเป็นในปัจจุบันเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการสร้างเสริมสมรรถนะของข้าราชการ รวมถึงการสร้าง

สภาพแวดล้อมต่อการพัฒนาและขับเคลื่อนไปสู่องค์กร
นวัตกรรม

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรพัฒนาให้
นักวิชาการสาธารณสุขมีสมรรถนะที่พึงประสงค์ด้าน
การสื่อสารสุขภาพ และสมรรถนะความคิดสร้างสรรค์
และนวัตกรรมโดยเชื่อมโยงการพัฒนาสมรรถนะให้เข้า
กับงานประจำตามบทบาทวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน

2. สถาบันการศึกษาที่เปิดสอนหลักสูตร
ด้านสาธารณสุข สามารถนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูล
พื้นฐานในการพัฒนาหลักสูตรให้บัณฑิตมีสมรรถนะใน
ศตวรรษที่ 21 ที่พึงประสงค์ หรือเป็นหลักสูตรระยะ
สั้นเพื่อพัฒนาสมรรถนะสื่อสารสุขภาพ และสมรรถนะ
ความคิดสร้างสรรค์เป็นการเพิ่มทักษะใหม่ (up-skill)
หรือทักษะใหม่ที่จำเป็น (re-skill) ให้แก่นักวิชาการ
สาธารณสุขเพื่อเพิ่มความสามารถในการทำงาน

3. การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาเปรียบเทียบ
ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ประสิทธิภาพการ
ทำงาน กับสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ของนักวิชาการ
สาธารณสุข เพื่อนำข้อมูลไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานใน
การออกแบบแนวทางการพัฒนาสมรรถนะโดย
พิจารณาปัจจัยและความแตกต่างที่เกี่ยวข้องกับ
สมรรถนะ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานการวิจัยแห่งชาติที่
สนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัยประจำปีงบประมาณ
2563 แก่งานวิจัยนี้ ขอขอบคุณ สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดสกลนคร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง
ในจังหวัดสกลนคร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลทุกแห่ง ที่ร่วมให้ข้อมูลเพื่อพัฒนาพัฒนา
สมรรถนะนักวิชาการสาธารณสุขในศตวรรษที่ 21 ที่
พึงประสงค์ซึ่งทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. อติญาณ์ ศรีเกษตรริน, ดาราวรรณ รองเมือง และ
รุ่งนภา จันทรา. “การศึกษาพยาบาลในศตวรรษที่
21: สมรรถนะและบทบาทของอาจารย์พยาบาล”.
วารสารพยาบาลทหารบก. 20(1): 12-20; 1
มกราคม - เมษายน , 2562.
2. เยาวเรศ สมทรัพย์ และ อชฌา วารีย์. “แบรนด์
พยาบาลไทยในศตวรรษที่ 21: ความท้าทายต่อ
วิชาชีพพยาบาล”.วารสารพยาบาลสงขลา
นครินทร์. 39(3): 169 – 178; กรกฎาคม –
กันยายน, 2562.
3. พระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน
พุทธศักราช 2556. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 130
ตอนที่ 118 ก. หน้า 19, (ลงวันที่ 16 ธันวาคม
2556).
4. Partnership for 21st Century Learning. P21
Framework definitions. [cited 2020 Feb
26]. Available from <http://www.p21.org>.
2015.
5. ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561 – 2580. ราชกิจจา
นุเบกษา. เล่มที่ 135, ตอนที่ 82 ก (ลงวันที่ 13
ตุลาคม 2561).
6. ปรีทัศน์ เจริญช่าง, สุวัฒนา เกิดม่วง และ สุรินทร์
กลัมพากร. “สมรรถนะวิชาชีพการสาธารณสุข
ชุมชนของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน
หน่วยบริการปฐมภูมิไทย”. วารสารพยาบาล
กระทรวงสาธารณสุข.26(1) :40-51; มกราคม –
เมษายน, 2559.
7. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. คู่มือ
การกำหนดความรู้ ความสามารถ ทักษะ และ
สมรรถนะสำหรับตำแหน่ง. กรุงเทพฯ: บริษัท
ประชุมช่างจำกัด. 2553.

8. ปริญญ์ จิตอร่าม. “การพัฒนาตัวชี้วัดสมรรถนะการแก้ปัญหาและการพัฒนาสาธารณสุขชุมชนของนักสาธารณสุขชุมชน”. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 6(1): 84 – 99; มกราคม–มีนาคม, 2563
9. Kristen Jogerst, Brian Callender, Virginia Adams, Jessica Evert, and Elise Fields. “Identifying Interprofessional Global Health Competencies for 21st- Century Health Professionals”. *Annals of Global Health*. 81(2): 239 – 247, March – April, 2015.
10. Krejcie, R. V., and Morgan, D. W. “Determining Sample Size for Research Activities” *Educational and Psychological Measurement*. 30, 607 – 610, 1970.
11. Best W. John. *Research in Education*. Boston MA. : Allyn and Bacon, 1997.
12. Elissa M. Abrams, and Matthew Greenhawt. “Risk Communication During COVID-19”. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 8(6): 1791–1794, June 2020.
13. Hannah. H. Covert,a Mya Sherman,a Daniel Le,b and Maureen Y. Lichtveld. “Environmental health risk relationships, responsibility, and sources of information among Vietnamese Americans in coastal Mississippi”. *Health Risk Soc*. 22(5-6): 362–376. October, 2020.
14. Trilling, B., & Fadel, C. “21st century skills: Learning for life in our times”. San Francisco, CA: John Wiley & Sons, 2009.
15. D. Nutbeam. “Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century”. *Health Promotion International*. 5(2): 259 – 267. 2000.
16. คณะอนุกรรมการวิจัยและพัฒนามาตรฐานวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน. การพัฒนามาตรฐานวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนที่พึงประสงค์ของสังคม. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์. นนทบุรี: สภาการสาธารณสุขชุมชน; 2563. 193 หน้า.
17. ภัทร ธรรม, สมพร พุทธิพิทักษ์ผล, นิตยา เพ็ญศิริ นภา, อารีย์ ชื่นวัฒนา. “การพัฒนารอบสมรรถนะการรู้สารสนเทศด้านสุขภาพของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในประเทศไทย”. *วารสารควบคุมโรค*. 42(1): 67 – 78. มกราคม – มีนาคม, 2559.
18. สุนทรีภรณ์ ทองไสย. “พยาบาลกับการพัฒนาความคิดสร้างสรรค์”. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*. 27(1): 112 – 119. กันยายน 2558 - กุมภาพันธ์, 2559.
19. รัตนา บรรณาธรรม. “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างนวัตกรรมของข้าราชการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร”. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 28(5): 915 – 924. กันยายน – ตุลาคม, 2562.

Received: 19 Sep 2021, Revised: 14 Dec 2021

Accepted: 19 Dec 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาจารีตบุญเดือนหกของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาวในราชอาณาจักรไทย และสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

สาธิต สว่างแสง¹, ทองอินทร์ ไหวติ², สิงหา จันทริยวงศ์³

บทคัดย่อ

การศึกษาจารีตบุญเดือนหกของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของราชอาณาจักรไทยและในสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาจารีตประเพณีของบุญเดือนหกเพื่อฟื้นฟูวัฒนธรรมและหมู่บ้านสาธารณสุขแบบอย่าง ในราชอาณาจักรไทยและสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ใช้การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา ตามแนวทางคลิฟฟอร์ด เกียร์ซ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการสัมภาษณ์เจาะลึก คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจงจากผู้นำชุมชน ปราชญ์ชาวบ้านและประชาชนทั่วไป ในจังหวัดยโสธร ราชอาณาจักรไทย จำนวน 25 คน และแขวงสะหวันนะเขต สปป.ลาว 25 คน ระยะเวลาดำเนินการ ปี พ.ศ. 2561-2564 ผลการศึกษา พบว่า บั้งไฟ เป็นประเพณีที่สืบทอดกันมาตั้งแต่สมัยโบราณ ซึ่งเป็นเหตุปัจจัยปรับเปลี่ยนขนบธรรมเนียมในบุญเดือนหก ทั้งพิธีกรรมและจิตวิญญาณมีปฏิสัมพันธ์กับคติชนวิทยาในงานวิจัยนี้เรียกว่า จารีตเดือนหกหรือฮีตเดือนหก ประกอบด้วย กฎธรรมชาติที่สัมพันธ์เกี่ยวเนื่องหรือทับปัจจัยตา กฎธรรมชาติที่สมดุลกันและกฎธรรมชาติที่เป็นคู่ปรับกัน ซึ่งเชื่อมโยงระหว่างอุดมคติกับจิตวิญญาณ (วิญญาณ) แสดงเชิงประจักษ์การเกี่ยวเนื่องของเหตุปัจจัยระหว่างดิน น้ำ ไฟ ลม อากาศ พืช หน่อ ฝ่น พืชและจิตวิญญาณ เป็นจุดเวลาของการเริ่มต้นใช้ชีวิตสอดคล้องกฎธรรมชาติ (นิยาม5) ส่วนการฟื้นฟูระบบนิเวศทางวัฒนธรรม การผลิตอาหารและยาเพื่อการสาธารณสุขควรยึดถือหลักธรรมะในอังกูตตรนิกายว่า กรรมเป็นเหมือนนาข้าว วิญญาณเป็นเหมือนเมล็ดข้าวเปลือก ตัณหาเป็นเหมือนยางในเมล็ดข้าว กล่าวคือ 1) ชุมชนที่ประกอบกรรมดีด้วยศีลบริสุทธิ์ในฮีตเดือนหก ฝ่นฟ้าอากาศอำนวย ฝ่นนา เมล็ดข้าวคือจิตวิญญาณที่เจริญงอกงาม 2) พืชและฝ่นมีนัยสำคัญต่อชุมชนเกษตรกรรม ควรสร้างกระแสความนิยมให้วัดเป็นศูนย์กลางกิจกรรมฮีตคอง ควรใช้ตัวชี้วัดหมู่บ้านศีล 5 เพิ่มประสิทธิภาพการปกครอง และการสาธารณสุขควรฟื้นฟูอาหารพื้นบ้านบางอย่างให้ชุมชนบริโภคเพื่อสุขภาพที่ดี

คำสำคัญ : จารีตบุญเดือนหก การสาธารณสุข บุญบั้งไฟ กลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว

¹ นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนามิติภาค (สาธารณสุขชุมชน) มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

^{2,3} คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

* Corresponding author: Speciality35@gmail.com

Original Article

A Study of the Sixth Month Mores of the Tai Lao Ethnic Group in the Kingdom of Thailand and the Lao People's Democratic Republic.

Sathit Sawangsaeng¹, Thongin Waidee², Singha Juntriwong³

Abstract

This research entitled study of the sixth month mores of Thi-Lao ethnic groups in the Kingdom of Thailand and Lao People's Democratic Republic (Lao PDR) aimed to study the sixth month mores for rehabilitating cultural ecologies and public health village models in the Kingdom of Thailand and Lao PDR. This research used the ethnographic research methodology according to Clifford Geertz. The data were collected using: 1) participatory observation. 2) In-depth interviews in both Thai people in Northeastern Thailand and Lao people in Lao PDR. The target groups were selected by purposive sampling from village leaders, local wisdom experts general people in Yasothon province in the Kingdom of Thailand with the total of 25 people, and in Savannakhet province in Lao PDR with the total number of 25 people, during 2018 – 2021.

The results found that Bangfai (Thai firework) is an invention created for the causal factors of physical laws change in the sixth month in both biological laws and the psychic laws relating to folklore. In this research, they were overall called the sixth month mores or the sixth month Heet, including natural law relating to Idappaccayata ethics (specific conditionality ethics), balanced natural law and natural law of opponent. The sixth month mores is connected to physical laws and psychic laws (spirit), empirically showed the causal factors among soil, water, fire, wind, air, sky, cloud, fog, rain, plant and spirit, the time point of embarking life related to natural laws (the five aspects of natural law). The rehabilitation of cultural ecologies, food and medicine productions for public health should rely on Buddhist moral principles in Anguttara Nikaya defining that karma is like rice field, spirit is like paddy, desire is like rice lactescent. These meant that 1) communities having goodness with sincere precepts in the sixth month mores infer to good atmosphere and rice fields, which rice is like growth rice, and 2) sky and rain are important to agricultural communities. Also, there should be the value trend for posing the temples being the activities centers of Heet Kong using the indicator of the 5 precept village in order to raise governing efficiency. For public health, the should be the rehabilitation of healthy local foods for communities having good health.

Keyword : The Sixth Month Mores, Public Health, Bun Bang Fai, Tai Lao Ethnic Group.

บทนำ

จารีตเดือนหก หรือประเพณีบุญบั้งไฟ มีความเป็นมาอันยาวนาน ซึ่งเชื่อกันว่ากลุ่มชาติพันธุ์ไทในบริเวณอุษาคเนย์ เป็นสังคมเกษตรกรรมที่เก่าแก่ที่สุดของโลก มีวิวัฒนาการของความเชื่อพิธีกรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม และสืบทอดวิถีชีวิตด้านการเกษตรที่สำคัญที่สุดจากบรรพกาลสู่ปัจจุบัน¹ บั้งไฟเป็นภูมิปัญญาเทคโนโลยีก่อนประวัติศาสตร์ของกลุ่มชาติพันธุ์ไท ซึ่งคิดค้นขึ้นมาไม่ต่ำกว่า 5,000 ปีแล้ว โดยมีความเชื่อว่าเป็นการบูชาแถนหรือพระอินทร์ในพิธีกรรมขอฝน จนถึงพุทธกาลที่พระพุทธศาสนาเผยแผ่เข้ามาและมีความเจริญรุ่งเรืองในภูมิภาคกลุ่มน้ำแม่โขง² จึงเกิดเป็น ฮีตสิบสอง หรือประเพณีที่ปฏิบัติตามเดือนทางจันทรคติทั้งสิบสองเดือน งานบุญ ชาวอีสานให้ความสำคัญกับประเพณีฮีตสิบสองเป็นอย่างมาก และยึดถือปฏิบัติมาอย่างสม่ำเสมอ ฮีตเดือนหกหรือบุญบั้งไฟ มีความเชื่อตามตำนานพระยาคันคาก และตำนานผาแดงนางไอ่³

ตามความเชื่อดั้งเดิมนั้น เชื่อว่า มีโลกมนุษย์ โลกเทวดาและโลกบาดาล มนุษย์อยู่ภายใต้อิทธิพลของเทวดา ซึ่งเรียกว่า แถน หรือ พญาแถน ถือว่า ฝน ฟ้า ลม แดด เป็นอิทธิพลของแถน หากทำให้แถนโปรดปรานมนุษย์ก็มีความสุข ดังนั้น จึงมีพิธีบูชาแถนด้วยการจุดบั้งไฟ เป็นวิธีที่จะส่งสัญญาณไปยังพญาแถน “ฮีตหนึ่งนั้นพอถึงเดือนหกให้ฮัดสงฆ์ เฮ็ดบั้งไฟ ถวายแถนเมืองฟ้าอย่าได้ละเบี่ยงบาย ต่ำปลายเมือหน้า จงพากันทำแห้วคองฮีตเก่า เอาบุญไฟเรื่อย ๆ บ่ลดหย่อนอย่าเสีย” เมื่อถึงเดือนหก เป็นช่วงที่ต้องเริ่มต้นการทำนา ชาวบ้านจะมีประเพณีบั้งไฟเป็นการขอให้พญาแถนบันดาลให้ฝน แรก ชาวบ้านจะร่วมกันทำบุญ มีการประกวดประชันทั้งขบวนแห่และการเฝ้าบั้งไฟ ซึ่งเป็นบั้งไฟที่ตกแต่งอย่างงดงาม จากนั้นวันต่อมาจะเป็นการจุดบั้งไฟประชันกัน บั้งไฟของหมู่บ้านใดจุดไม่ขึ้น ชาวบ้านหมู่บ้านนั้นจะถูกโยนลงโคลนเป็นการทำโทษ และจะมีการแข่งฟ้อนกันอย่างสนุกสนาน³

ปัจจุบันมีการจัดงานจารีตบุญเดือนหกหรือประเพณีบุญบั้งไฟ ในหลายจังหวัดของราชอาณาจักรไทย ตามการตั้งถิ่นฐานของชาติพันธุ์ไทลาว ถือเป็นเทศกาลท่องเที่ยวของชาวไทยและนักท่องเที่ยวต่างชาติ ที่ทำให้เกิดการหมุนเวียนในระบบเศรษฐกิจ สร้างรายได้ให้กับท้องถิ่นที่จัดงานประเพณีบุญบั้งไฟเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะจังหวัดยโสธร ที่ได้รับการสนับสนุนให้ประเพณีบุญบั้งไฟเป็นการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมที่สำคัญของจังหวัด ก่อให้เกิดการเติบโตทางเศรษฐกิจเฉพาะในช่วงเดือนหกเป็นอย่างมาก ในธุรกิจการบริการต่าง ๆ เช่น โรงแรม บริษัทนำเที่ยว การขายของที่ระลึก การจำหน่ายอาหาร และยังเกิดธุรกิจ การจำหน่ายบั้งไฟ การให้เช่ารถเฝ้าบั้งไฟ การรับจ้างจัดรำเซิ้งในขบวนแห่ นอกจากนั้นยังมีการรับเหมาจัดงานประเพณีบุญบั้งไฟของบริษัทขนาดใหญ่ ประเพณีบุญบั้งไฟจึงกลายเป็นเพียงเทศกาลที่ดำเนินไปด้วยการทำธุรกิจ ประเภทธุรกิจอบายมุข มีธุรกิจการแข่งขันและการพนันเป็นธุรกิจนำขบวน เบี่ยงเบนเป้าหมายสู่ธุรกิจ 3S (Sex, Scandal, Sport) ที่มีคู่อริหลายคู่ผลัดกันแพ้ชนะและล้มละลาย เสื่อมเสียสุขภาพทั้งทางจิตและกาย เป็นอุปสรรคต่อการอนามัยและสาธารณสุข ไม่ได้อยู่ในจารีตประเพณีและความเชื่อดั้งเดิมเพื่อการขอฝน อุทิศสมบุญของผลผลิตทางเกษตรกรรมและอาหาร-ยา เพื่อเรียนรู้ข้อธรรมด้วยกฎธรรมชาติ (นิยามยตา) องค์ความรู้ในเวทีวิทยาเชิงพุทธและการประกอบสัมมาอาชีพ จึงเท่ากับลบล้างภูมิปัญญาประเพณีบั้งไฟ ขณะเดียวกันเทศกาลประเพณีบุญบั้งไฟกลายเป็นเทศกาลแห่งอบายมุข มีการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เล่นการพนัน การแสดงเพื่อยั่วยุกามารมณ์ และสนุกสนานมากเกินไป เป็นการทำลายสุขภาพโดยไม่รู้ตัว

ในอาณาบริเวณการจุดบั้งไฟนั้น หากมีการป้องกันเขม่าควันและให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการและผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งสามารถอธิบายว่า หลังจากเขม่าควันปกคลุมชั้นบรรยากาศอยู่ ไม่เกิน 3 ชั่วโมง ฟ้าและฝนก็จะตกลงมาชะล้างฝุ่นละอองให้อากาศบริเวณนั้นสะอาด

และนำมาซึ่งช่วงเวลาที่ยิจกรรมส่งเสริมสุขภาพควรเริ่มต้นอีกครั้ง

จาริตบุญเดือนหก ตามฮีตสิบสองนี้มักจะโยนอยู่กับประเพณีในพุทธศาสนาด้วย ได้แก่ การบวชพระ และการฮตสงฆ์ซึ่งเป็นการแสดงความเคารพและเฉลิมฉลองฐานันดรของสงฆ์ เขว่งเวียงจันทน์ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป.ลาว) นั่นถือว่า บุญบั้งไฟเป็นประเพณีในศาสนาพุทธ คือ มีการจัดงานในวันวิสาขบูชา และมีคำอธิบายว่าบั้งไฟเกิดมาจากเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพุทธประวัติ⁴

จาริตบุญบั้งไฟเป็นฮีตที่ควรอนุรักษ์ไว้ เพราะเป็นวัฒนธรรมเอกลักษณ์ของท้องถิ่น ส่งเสริมความสมานฉันท์ สร้างเสริมพลังจิต บำรุงขวัญ ปลุกฝังนิสัยการแบ่งปันที่สืบทอดกันมา แต่ปัจจุบัน ความเชื่อในการทำบุญบั้งไฟลดลง เพราะขัดแย้งกับความคิดสมัยใหม่ เป็นว่าความเชื่อความเป็นมาของบั้งไฟเป็นเรื่องงมงาย อีกทั้งนำการพนัน การยึดถือผลประโยชน์ของการประกวดมากเกินไป จะนำไปสู่การเสียทรัพย์สิน ความหมายในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงานเกิดความบาดหมางในสังคม เป็นเหตุให้จาริตบุญเดือนหกเสื่อมสูญได้

จากที่ผู้วิจัยไปสำรวจพื้นที่ในการศึกษาเบื้องต้น คือ หมู่บ้านรักษาศีล 5 ในราชอาณาจักรไทย และหมู่บ้านสาธารณสุขแบบอย่าง ใน สปป.ลาว เห็นว่าหมู่บ้านเหล่านี้ มีความเชื่อ เป้าหมายการจัดงานประเพณีบุญบั้งไฟที่ชัดเจน สามารถประกอบพิธี โดยไม่มีธุรกิจสีเทา คือ ไม่มีการพนัน ยาเสพติด การบริการทางเพศแอบแฝง มีความพอเพียงในการประกอบธุรกิจในพื้นที่ ทำให้มีรายได้สม่ำเสมอตลอดปีไม่ใช่ว่าเฉพาะมีรายได้จากประเพณีบุญบั้งไฟเท่านั้น หากยังมีการรักษาระบบนิเวศไว้เป็นอย่างดี ประกอบอาชีพการเกษตรพอเพียง มีการรักษาฮีตคองอย่างเคร่งครัด จึงเป็นสถานที่ท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมที่สร้างรายได้ตลอดปี ประชาชนมีความรู้ในทาน ศีล ภาวนา

ระบบนิเวศในพุทธศาสนา⁵ แบ่งเป็น 1) ระบบนิเวศทางธรรมชาติ ประกอบด้วย ระบบนิเวศทางธรรมชาติที่ไม่มีชีวิต ได้แก่ อุตุนิยาม และระบบนิเวศทาง

ธรรมชาติที่มีชีวิต ได้แก่ พืชนิยามและจิตนิยาม 2) ระบบนิเวศทางวัฒนธรรม คือ ระบบนิเวศทางวัฒนธรรมที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม

บั้งไฟเป็นประติมากรรมที่มนุษย์สร้างขึ้น ให้เป็นเหตุปัจจัยปรับเปลี่ยนนิยาม⁵ หรือกฎธรรมชาติ อันครอบคลุมทุกสิ่งทุกอย่าง กล่าวคือ อุตุนิยาม (physical laws) หรือกฎธรรมชาติเกี่ยวกับปรากฏการณ์ธรรมชาติ เช่น อุณหภูมิ ดิน ฟ้า อากาศ สิ่งแวดล้อมในเดือนหก และเป็นระบบนิเวศทางธรรมชาติ คือ พืชนิยาม (biological laws) หรือกฎธรรมชาติที่เกี่ยวกับพันธุกรรม กระบวนการถ่ายทอดข้อมูลของสิ่งมีชีวิตทั้งพืช สัตว์ เชื้อโรค ผ่านการสืบพันธุ์ และจิตนิยาม (psychic law) หรือกฎธรรมชาติเกี่ยวกับการทำงานของจิต เจตสิก ปฏิสัมพันธ์กับจิตวิทยา ในการศึกษาเรื่องราวทางวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ ไทลาวที่มีเอกลักษณ์ร่วมกัน ในงานวิจัยนี้เรียกว่า จาริตเดือนหก หรือฮีตเดือนหก⁶ ได้แก่ 1) กฎธรรมชาติที่สัมพันธ์เกี่ยวเนื่องหรือห่อหุ้มปัจจัยตาของดิน น้ำ ลม ไฟ อากาศและวิญญาณ 2) กฎธรรมชาติที่สมดุลกัน 3) กฎธรรมชาติที่เป็นคู่ปรับกัน ในอังกุตรนิกาย⁷ แสดงว่า กรรมเป็นเหมือนนาข้าว วิญญาณเป็นเหมือนเมล็ดข้าวเปลือก ต้นหาเป็นเหมือนยางในเมล็ดข้าว

จากการสำรวจเบื้องต้น พบว่า สปป.ลาว ยังคงอนุรักษ์จาริตเดือนหกไว้ได้อย่างดี สร้างคุณค่าสุขภาพทางจิตและสุขภาพทางกายแก่คนลาวอย่างถ้วนหน้า อีกทั้งยังประโยชน์ต่อการผลิตพืชและสัตว์เพื่อการอาหารอย่างอุดมสมบูรณ์และส่งออกมายังราชอาณาจักรไทย จึงสมควรศึกษาจาริตบุญเดือนหกของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของราชอาณาจักรไทย และ สปป.ลาว โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาจาริตประเพณีของบุญเดือนหกเพื่อฟื้นฟูนิเวศวิทยาวัฒนธรรมและหมู่บ้านสาธารณสุขแบบอย่าง ในราชอาณาจักรไทย และ สปป.ลาว

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการศึกษา “จารีตบุญเดือนหก” ใช้การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา (Ethnographic research) ตามแนวทางคลิฟฟอร์ด เกียร์ซ⁸ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

- 1) สังเกตแบบมีส่วนร่วม
- 2) สัมภาษณ์เจาะลึก (Indepth Interview) ทั้งคนไทยอีสานและคนลาวใน สปป.ลาว โดยสัมภาษณ์ สังเกต กลุ่มเป้าหมายซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจงจาก ผู้นำชุมชน นักปราชญ์ชาวบ้าน ภูมิปัญญาชาวบ้าน ประชาชนทั่วไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนท้องถิ่นพื้นที่วิจัย ในจังหวัดยโสธร ราชอาณาจักรไทย จำนวน 25 คน และแขวงสะหวันนะเขต สปป. ลาว 25 คน ระยะเวลาดำเนินการ ปี 2561-2564

ผลการวิจัย

จากการศึกษาเกี่ยวกับจารีตเดือนหกหรือบุญบั้งไฟ พบว่า บุญบั้งไฟ เป็นประเพณีที่มนุษย์สร้างขึ้นให้เป็นเหตุปัจจัยปรับเปลี่ยนอุตุนิยามในเดือนหก และเป็นระบบนิเวศทางธรรมชาติและจิตนิยาม ปฏิสัมพันธ์กับคติชนวิทยา ในงานวิจัยนี้เรียกรวมว่า จารีตเดือนหกหรือฮีตเดือนหก ได้แก่

1. กฎธรรมชาติที่สัมพันธ์เกี่ยวเนื่องหรืออิทธิพลปัจจัยตาของ ดิน น้ำ ลม ไฟ อากาศและวิญญาณ
2. กฎธรรมชาติที่สมดุลกัน
3. กฎธรรมชาติที่เป็นคู่ปรับกัน

การฟื้นฟูระบบนิเวศในพุทธศาสนา ของหมู่บ้านศีล 5 ในราชอาณาจักรไทย ระบบนิเวศในพุทธศาสนา แบ่งเป็น

1. ระบบนิเวศทางธรรมชาติ ได้แก่
 - 1.1 ระบบนิเวศทางธรรมชาติที่ไม่มีชีวิต ได้แก่ อุตุนิยาม
 - 1.2 ระบบนิเวศทางธรรมชาติที่มีชีวิต ได้แก่ พืชนิยามและจิตนิยาม

2. ระบบนิเวศทางวัฒนธรรม ได้แก่ ระบบนิเวศทางวัฒนธรรมที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม

การผลิตอาหารและยาเพื่อการสาธารณสุข ในราชอาณาจักรไทยควรยึดถือหลักธรรมะ ในอังคตตริปิฎก ธรรมเป็นเหมือนนาข้าว วิญญาณเป็นเหมือนเมล็ดข้าวเปลือก ตัณหาเป็นเหมือนยางในเมล็ดข้าว กล่าวคือ

- 1) ชุมชนที่ประกอบกรรมดีด้วยศีลบริสุทธิ์ในฮีตเดือนหก ฝนฟ้าอากาศอำนวย ผืนนา เมล็ดข้าว คือ จิตวิญญาณที่เจริญงอกงาม

ฮีตเดือนหก เริ่มต้นปักดำนาข้าว เดือนเจ็ดเป็นต้นมา ชาวนาถือศีล 8 ในพรรษา ปฏิบัติธรรม 3 เดือนเพื่อชำระจิตวิญญาณให้สะอาด เมื่อจิตวิญญาณของชุมชนสงบ สะอาด สว่าง มีผลให้การหมุนเวียนต่อเนื่องของนิเวศวิทยาวัฒนธรรม อุดมสมบูรณ์ในเดือนหก ฝนแรกของบุญบั้งไฟสร้างชีวิตใหม่แก่พืชและสัตว์นานาชนิดจากเดือนหกถึงเดือนสิบสอง ผืนนาอุดมด้วยพืชผักและโปรตีน (สัตว์น้ำ) ในนา อาหารสดตามฤดูกาล สามารถใช้แทนยาทั้งป้องกันโรคและบำรุงสุขภาพ วัฒนธรรมสุขภาพโดยปฏิบัติตนตามฮีตคอง (จารีต-ครรลอง) ที่ถอดแบบแผนตามครรลองศีล 5 ทำให้แข็งแรง เจ็บป่วยน้อย ความอุดมสมบูรณ์ของอาหารจากเรือกสวนไร่นา อันเนื่องจากการรักษาฮีตเดือนหก จึงมีคุณค่าแก่สุขภาพชุมชน

ฮีตเดือนหก มีนัยสำคัญแก่ชุมชนเพราะมีการชุมนุมของคนจำนวนมาก จึงควรเคร่งครัดในจารีตและการสาธารณสุข ควรยกสถานะปราชญ์ท้องถิ่นในวิชาการแพทย์พื้นบ้านทุกประเภท เพราะบุคคลเหล่านี้เป็นได้ทั้งพระ-หมอ-ครู การสาธารณสุขที่ดีควรสร้างกระแสนิยม “ศีล5” ควบคู่กับ “ธรรมะ” คือ ธรรมชาติ เพราะมีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพชุมชน ทำให้ชุมชนมีสุขภาพกายและจิตแข็งแรง มีความสามัคคีและสันติสุขถ้วนหน้า

การสาธารณสุขเพื่อป้องกันโรคติดต่อ นั้น ส่วนราชการควรสื่อสารร่วมกับวัดในบุญประเพณีสิบสองเดือนหรือ ฮีตสิบสอง ครอบครัวยุคควรส่งเสริมสุขภาพ ตามจารีตกินปลาเป็นหลัก กินผักเป็นยา กินกล้วยน้ำว้าบำรุงร่างกาย

2) ฟ่ำ และ ฝน มี นัย สำคัญ ต่อ ชุมชน เกษตรกรรม จึงมีประเพณีขอฝนในฮีตเดือนหก ซึ่งเชื่อมโยงระหว่างอุตุนิยามกับจิตุนิยาม (วิญญาณ) การอบรมบ่มเพาะจิตวิญญาณด้วยศีล 5 จึงเป็นการปรับเปลี่ยน DNA ของพินิยามในบุคคล หรือการป้องกันรักษา แกไขโรครกรรม จิตวิญญาณที่อบรมและปฏิบัติตามศีล 5 จึงเป็นจิตวิญญาณเหนือสัตว์เดรัจฉาน ที่ละอายต่อบาปละเว้นชั่วได้อัตโนมัติ

ดิน น้ำ ไฟ ลม อากาศและวิญญาณ คือ ธาตุ 6 ที่เกี่ยวเนื่องและหมุนเวียนเป็นระบบนิเวศภายในกายและนอกกาย ซึ่งเรียกรวมว่า คติชนบุญบั้งไฟหรือ บุญเดือนหก เมื่อชุมชนใดไม่มีศีลครบ 5 ข้อ และไม่เชื่อกฎธรรมชาติดิน น้ำ ไฟ ลม อากาศ วิญญาณ) มีผลต่อการดำเนินการสาธารณสุข คนในชุมชนจึงเจ็บป่วยง่ายโรคติดต่อจึงระบาดรุนแรง

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

บุญประเพณีเดือนหก แสดงเชิงประจักษ์การเกี่ยวเนื่องของเหตุปัจจัยระหว่าง ดิน น้ำ ไฟ ลม อากาศ ฟ่ำ เมฆ หมอก ฝน พืช และจิตวิญญาณ เทคโนโลยีบั้งไฟจึงเป็นจุดเวลาของการเริ่มต้นใช้ชีวิตสอดคล้องกฎธรรมชาติ (นิยาม 5) นอกจากอุตุนิยาม พินิยามและจิตุนิยามแล้ว กรรมนิยามและไตรลักษณ์นิยามมีผลต่อการสาธารณสุข ชุมชนที่ประกอบกรรมดีด้วยศีลบริสุทธินี้ฮีตเดือนหก ฝนฟ้าอากาศอำนวย ผืนนา เมล็ดข้าว คือ จิตวิญญาณที่เจริญงอกงาม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พระอธิการปันแก้ว อินทปญโญ (วัฑโโล)⁹ ที่กล่าวว่าแม้พระพุทธศาสนาจะมีแนวคิดเรื่องอุตุนิยาม กฎธรรมชาติอันเป็นความแน่นอนตามธรรมดาที่เกี่ยวข้องกับอุณหภูมิความร้อน ฝน ฟ่ำ และสภาพภูมิอากาศ แต่ก็ไม่ปฏิเสธว่าเทวดาก็เป็นผู้สามารถลดบันดาลให้เกิดฝนตกต้องตามฤดูกาล พระไตรปิฎกก็ได้กล่าวถึง สาเหตุที่ทำให้

ฝนไม่ตกว่ามีสาเหตุมาจากการที่มนุษย์ไม่ประพฤติอยู่ในธรรม เป็นเหตุปัจจัยส่งผลให้ดวงจันทร์และดวงอาทิตย์โคจรไปไม่สม่ำเสมอ ฤดูและปีก็หมุนเวียนไปไม่สม่ำเสมอเหล่าเทวดา ชัดเคืองใจจึงทำให้ฝนไม่ตกต้องตามฤดูกาล นอกจากนี้บุญบั้งไฟแทนศาสน์เชิงประจักษ์ของพุทธศาสนาว่า นรกสวรรค์/กรรม/ชาติหน้าชาติหน้ามีจริง ไม่ควรประพฤติดศีล 5 หลังฮีตเดือนหก ควรสร้างกระแสนิยมให้รวมฮีต ซ้ำฮะ (ฮีตเดือนเจ็ด) มีกลุ่มจิตอาสา ชำระล้างวัด สถานที่ราชการและบ้านที่อยู่อาศัย ควรสร้างกระแสนิยมให้วัดเป็นศูนย์กลางกิจกรรมฮีตคองใช้ตัวชีวัดหมู่บ้านศีล 5 เพิ่มประสิทธิภาพการปกครอง การสาธารณสุขควรฟื้นฟูอาหารพื้นบ้านบางอย่างเพื่อให้ชุมชนบริโภคเพื่อสุขภาพที่ดี

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คณะกรรมการที่ปรึกษา ผศ.ดร.ทองอินทร์ ใหวดี ผศ.ดร.สิงหา จันทริยวงศ์ ที่แนะนำตรวจสอบแก้ไขให้คำแนะนำ ขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ รศ.ดร.อัญญา ภานุรัตน์ ผู้ให้คำปรึกษาชี้แนะแนวทางการดำเนินการวิจัย ตรวจสอบแก้ไขบทความ และขอขอบคุณบุคคลผู้เกี่ยวข้องทุกท่านอันมีอาภรณ์นามได้หมด ณ ที่นี้ ซึ่งมีส่วนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สุภาณี ชงไชย. ความเชื่อและจักรวาลทัศน์ฟ้า-ขวัญ-เมือง มีความสัมพันธ์ต่อภูมิเทคโนโลยีเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทในอนุภูมิภาคกลุ่มแม่น้ำโขง[วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต]. สุรินทร์: มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์, 2555.
2. มูลนิธิสารานุกรมวัฒนธรรมไทย. สารานุกรมวัฒนธรรมไทย ภาคอีสาน. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสารานุกรมวัฒนธรรมไทย ธนาคารไทยพาณิชย์, 2542.

3. สำนักวัฒนธรรม มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ฐานข้อมูล
ฮีต 12 คอง 14.[อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น:
ศูนย์ศิลปวัฒนธรรม มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2559
[เข้าถึงเมื่อ 16 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก
https://cac.kku.ac.th/heet12_kong14/main_heet12.html.
4. รัชชัย ขยันทำ. “วัฒนธรรมความเชื่อที่มีต่อประเพณี
บั้งไฟของคนอีสาน.” วารสารปรัชญาปริทรรศน์.
23(2): 89-99; กรกฎาคม-ธันวาคม, 2561.
5. พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต). พจนานุกรมพุทธ
ศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม. พิมพ์ครั้งที่ 34.
กรุงเทพฯ: เอส.อาร์. พรินติ้งแมสโปรดักส์, 2559.
6. อัจฉรา ภาณุรัตน์. ภูมิปัญญาและชาติพันธุ์วรรณนา.
สุรินทร์: รุ่งธนเกียรติออฟเซ็ท, 2556.
7. มูลนิธิมหามกุฏราชวิทยาลัยในพระบรมราชูปถัมภ์.
พระไตรปิฎกและอรรถกถาแปล:พระสุตตันตปิฎก อัง
คุตตรนิกาย เอกนิบาต-ทุกนิบาต ภาค 1 เล่ม 2.
กรุงเทพฯ: มูลนิธิมหามกุฏราชวิทยาลัยในพระบรม
ราชูปถัมภ์, 2552.
8. Clifford, G. The Interpretation of Cultures.
New York: Basic book, 1973.

Received: 8 Dec 2021, Revised: 2 Feb 2022

Accepted: 17 Feb 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
ภาวะข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอ อำเภอยางชุมน้อย
จังหวัดเขมราฐ

ณรงค์วิชญ์ คำรังษี 1* สมชาย จาตุศรี 2

บทคัดย่อ

โรคข้อเข่าเสื่อมนับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากมีผลเสียโดยตรงต่อสุขภาพ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดเขมราฐ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้คือผู้ดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมและผู้สูงอายุที่มีอายุที่ได้รับคัดกรองว่าเป็นผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการคัดเลือกตามสะดวก (Convenience sampling) จำนวน 34 คู่ จะได้เข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วยกิจกรรมการบรรยาย การสาธิต การฝึกปฏิบัติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 3.44 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) คะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 6.47 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ามีระดับคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 9.86 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และมีระดับความเจ็บปวดข้อเข่าลดลง ร้อยละ 4.07 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

คำสำคัญ : โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อม

1* นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

2 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

* Corresponding author: narongwit7865@gmail.com

*Original Article***The Effect of Self-Efficacy Skill Osteoarthritis Care Program of Caregiver at po Health Promotion Hospital, Wiangkaen District, Chiangrai Province.****Narongwit Khamrangsri*1 , Somchai Jadsri2****Abstract**

Osteoarthritis is an important public health problem. Due to the effective effect on health. The purpose of this research is to study the results of the program of self-efficacy on the care skills of the caregiver. Elderly osteoarthritis Po Sub District Health Promotion Hospital WiangKaen District Chiang Rai province in which the group. Example in this study Is the elderly caregiver, osteoarthritis and the elderly who have been screened as a person Knee Sample selection by convenience sampling. The number 34 will participate in the program of self-efficacy on the care skills of the elderly administrator. Knee Consisting of lecture activities, practice demonstration Collect data using Data analysis query with Paired T-Test statistics.

The results showed that after joining the elderly administrator program, there is more average score. Before joining the program 3.44, the score has statistically significant ($p < 0.001$). Elderly knee versators are higher than before joining the 6.47 program. Statistical significance ($p < 0.001$) And the elderly, osteoarthritis after joining the program Found that the quality of life is better than before joining the 9.86 program is statistically significant ($p < 0.001$) and has a lower knee pain level.4.07 percent with statistical significance ($p < 0.001$)

Keywords: self-efficacy program on the care skills of the elderly, osteoarthritis

1 * Master of Public Health, School of Medicine, University of Phayao

2 Assistant Prof. Dr. School of Public Health , University of Phayao

* Corresponding author: narongwit7865@gmail.com

บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis of knee) เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) คาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยกระดูกและข้อเพิ่มขึ้นจาก 400 ล้านคน ใน พ.ศ. 2551 เป็น 570 ล้านคน ใน พ.ศ. 2564 และสถิติผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในประเทศไทยปี พ.ศ. 2560 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทั้งประเทศ 30,167 คน และคิดเป็นอัตราส่วนต่อประชากร 100,000 คน ได้เท่ากับ 46.68 % การที่พบอุบัติการณ์ของการเพิ่มขึ้นจากโรคที่เกิดจากการเสื่อมสภาพของร่างกายตามวัยนั้นหากไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสมย่อมมีผลกระทบต่อผู้ที่ได้รับการเจ็บป่วย ครอบครัว ชุมชน สังคม รวมถึงระบบการแพทย์และการสาธารณสุขตามมาได้¹

การดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่บ้านนับว่าเป็นภาระที่หนัก เนื่องจากภาระผลกระทบจากโรคเรื้อรังหรือภาวะเจ็บป่วยต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในวัยผู้สูงอายุทำให้เกิดความต้องการที่พึ่งพิงและการดูแลโดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลจากครอบครัวซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ใกล้ชิดของผู้สูงอายุมากที่สุด ด้วยเหตุผลนี้สถาบันครอบครัวจึงเป็นสถาบันหลักในการดูแลผู้สูงอายุให้ได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม ดังนั้นจึงจำเป็นต้องเพิ่มขีดความสามารถด้านต่าง ๆ ให้กับครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากบุคคลในครอบครัวแล้ว ผู้ดูแลผู้สูงอายุอาจจะเป็นผู้ให้บริการหลักเป็นกำลังคนไม่เป็นทางการ ได้แก่ ญาติหรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ หรือ อสม. โดยการบริการนี้ต้องได้รับการสนับสนุนด้านเทคนิควิชาการจากบุคคลที่เกี่ยวข้องหลายวิชาชีพ²

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชนตำบลบ่ออำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งประชากรส่วนใหญ่

มีอาชีพหลักคือทำเกษตรกรรมที่ต้องตรากตรำทำงานหนัก จึงทำให้มีโอกาสเกิดภาวะข้อเข่าเสื่อมเร็วขึ้นได้ และเนื่องจากพื้นที่นี้เป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยได้ปฏิบัติงานอยู่ ทำให้พบเห็นปัญหาว่ากลุ่มผู้มารับบริการแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่ออำเภอยางชุมน้อยทั้งหมดที่มาใช้บริการมาด้วยอาการเกี่ยวกับการปวดกล้ามเนื้อ ปวดตามข้อ อาการหนึ่งที่พบมากคือ อาการปวดเข่า เข่าเสื่อม เข่าอักเสบ ทำให้การใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมีความลำบาก และเมื่อพิจารณาในภาพรวมทั้งอำเภอพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุส่วนใหญ่มากกว่า 50 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยแล้วว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมเพิ่มขึ้นในทุกๆปี จากการศึกษาสถานการณ์ล่าสุดจากโรคเรื้อรังที่พบในผู้สูงอายุที่มารับบริการงานแพทย์แผนไทยของกลุ่มงานแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลเวียงแก่น พบว่าปี 2561 มีผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมคิดเป็นร้อยละ 10.4 ปี 2562 ร้อยละ 10.5 ปี 2563 ร้อยละ 10.7 และล่าสุดปี 2564 ร้อยละ 10.9 ของประชากรที่มาใช้บริการแพทย์แผนไทยจากการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่เขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่ออำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวนมากในแต่ละปี³ ทำให้ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อม โดยใช้รูปแบบการเสริมสมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของแบนดูราประกอบด้วย 4 ประการ ดังนี้ 1.การพูดชักจูง 2.การได้เห็นแบบหรือประสบการณ์ของ 3.ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วย 4.การกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ โดยผู้วิจัยจะให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมได้ฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าให้กับผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมและบรรยายภาคการเรียนรู้จะผ่านคลาย เป็นกันเอง เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมได้พูดระบายความรู้สึกรู้สึกได้และพูดให้กำลังใจ และผู้วิจัยชี้แจงว่าคนในกลุ่มนี้ต้องไม่นำสิ่งที่รับรู้กันในกลุ่มไปเปิดเผย และการใช้โทรศัพท์ติดตามเพื่อพูดคุยซักถามถึงปัญหาและ

อุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมที่บ้านและมีผู้วิจัยคอยติดตามผลของโปรแกรมเพื่อช่วยในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่บ้าน และช่วยขยายพัฒนาเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม

วัตถุประสงค์งานวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังของผู้ดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังของผู้ดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
4. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนการประเมินอาการปวดข้อของผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

วิธีการดำเนินการวิจัย(Methods)

รูปแบบงานวิจัย (Research design) เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research design) แบบ 1 กลุ่มวัดผล 2 ครั้ง (One group Pretest-Posttest Design)

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมและผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีที่ได้รับคัดกรองว่าเป็นผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อมตามแบบประเมิน Oxford Knee score ในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดย หาขนาดอิทธิพล (Effect size) โดยมีการนำค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความแตกต่างของประชากร 2 กลุ่มมาคำนวณ

$$\text{Effect size (d)} = \frac{|m1-m2|}{\alpha}$$

d แทน ขนาดอิทธิพล (Effect size) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

m1 แทน ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

m2 แทน ค่าเฉลี่ยของกลุ่มเปรียบเทียบ

α แทน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

การหาค่ากลางของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(Cohen)

$$\alpha = \frac{\sqrt{\alpha^2 1 - \alpha^2 2}}{2}$$

α 1 แทน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง

α 2 แทน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มเปรียบเทียบ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาที่ใกล้เคียงกันคืองานวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองในการป้องกันอาการหอบหืดในเด็กของ พวงทิพย์ วัฒนะ⁴ เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนหลัง ใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 15 คน ได้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองแล้วนำมาคำนวณหา ค่า ขนาดอิทธิพล (Effect size) โดยการแทนค่าในสูตร ได้ผลดังนี้

$$\text{ขนาดอิทธิพล} = \frac{117.9-102.9}{14.99} = 1.00$$

จากการคำนวณได้ค่าขนาดอิทธิพล มีค่ามากกว่า 0.80 ประเมินค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ จึงนำค่าขนาดอิทธิพล = 0.80 นำไปเปิดตารางประมาณค่าขนาดตัวอย่างของ Cohen(1998) กำหนดค่า $\alpha = .05$ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 20 คู่ แต่เนื่องจากกลุ่มประชากรนี้มีจำนวนจำกัดเพียง 34 คู่ ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ทั้งหมด 34 คู่เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการคัดเลือกตามสะดวก (Convenience sampling) จำนวน 34 คู่ ตามเกณฑ์การคัดเลือกคือ ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือกของผู้ดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม

1. เป็นผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมเป็นหลักอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่นที่อาศัยในครัวเรือนเดียวกันกับผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม
 2. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลพอ อำเภอยางน้ำเย็น จังหวัดเชียงรายอย่างน้อย 1 ปีและต้องได้รับการไว้วางใจจากผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม
 3. มีความสามารถในการรับรู้และสื่อสารได้ ไม่เคยเข้ารับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมมาก่อน และไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม
 4. สนใจและให้ความร่วมมือในการวิจัยโดยเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้นโครงการ
 5. เป็นสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม
 6. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมหรือเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพอ อำเภอยางน้ำเย็น จังหวัดเชียงราย
 7. อ่านเขียนและสื่อสารภาษาไทยไม่ได้
- เกณฑ์การคัดเลือกของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีที่ได้รับคัดกรองว่าเป็นผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อมตามแบบประเมิน Oxford Knee score
2. มีความสามารถในการรับรู้และสื่อสารได้
3. สนใจและให้ความร่วมมือในการวิจัยโดยเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้น
4. เป็นผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับผู้ดูแล
5. ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือตามหลักเกี่ยวกับข้อเข่าเสื่อม
6. ผู้ป่วยเสียชีวิตขณะอยู่ในระหว่างการศึกษาวิจัย

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขออนุญาตจากมหาวิทยาลัยถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพอเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการอนุญาตแล้วผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพอเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล
3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างหลังจากนั้นแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตในการให้ตอบแบบสอบถามพร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ เมื่อกลุ่มตัวอย่างอนุญาต ผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและอธิบายถึงวิธีการตอบคำถามและเปิดโอกาสให้ซักถาม หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และรวบรวมแบบสอบถามคืนทันที
4. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์
5. นำข้อมูลที่ได้มาคิดคะแนนและวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

แบ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 3 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบวัดความรู้และแบบสอบถามทักษะการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม มี 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครัวเรือน และการได้รับความรู้เรื่องข้อเข่าเสื่อมในรอบ 1 ปี

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้วิจัยสร้างจากการศึกษาตำรา และการ ทบทวนวรรณกรรม โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ อาการแสดง การรักษา การบรรเทาอาการ ปวดโดยการปรับเปลี่ยนท่าทาง อริยาบถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา เพื่อความแข็งแรงของข้อเข่า การควบคุมน้ำหนักตัว การประคบด้วยความร้อนและความเย็น การใช้ยาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นแบบเลือกตอบจำนวน 12 ข้อ (ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน) โดยมีการประเมินแบบอิงเกณฑ์ของบลูม (Bloom)⁵ มีช่วง คะแนน 0-12 คะแนนค่าความเชื่อมั่นโดยวิธี Kruder-Richardson (KR-20) = 0.68 กำหนดเป็น 3 ระดับ ได้แก่

ระดับสูง

คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ช่วงคะแนนที่ 9-12

ระดับปานกลาง

คะแนนร้อยละ 60-79 ช่วงคะแนนที่ 5-8

ระดับต่ำ

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ช่วงคะแนนที่ 1-4

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ใช้แบบประเมินมาตรา

ส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ประยุกต์จากแบบสอบถามของฐิติมา อินทร์เนตร⁷ และจากการทบทวนตำราและงานวิจัยอื่น มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อมีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

ทำได้ถูกต้อง 2 คะแนน

ทำได้ถูกต้องบางส่วน 1 คะแนน

ทำไม่ได้ 0 คะแนน

ผลรวมของคะแนนทักษะระหว่าง 10-20 คะแนน (คะแนนสูง) หมายถึงการมีทักษะดี ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมค่าความเชื่อมั่นโดยวิธี Kuder-Richardson (KR-20) = 0.78

ชุดที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของคำว่าคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ได้ทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือ WHOQOL-BREF โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาทดสอบความเข้าใจภาษากับคนที่มีพื้นฐานแตกต่างกันนำมาปรับปรุงข้อที่เป็นปัญหาแล้วทดสอบซ้ำ ทำเช่นนี้อยู่ 3 รอบ การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL - 100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ⁸ โดยแบบสอบถามชุดนี้เป็นแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำนวน 26 ข้อ คำถามทางบวก 23 ข้อและคำถามทางลบ 3 ข้อ แบ่งเป็นรายด้านคือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย 7 ข้อ, คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ 6 ข้อ, คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม 3 ข้อ, คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม 8 ข้อ, และคุณภาพชีวิตโดยรวม 2 ข้อ

เกณฑ์การแบ่งคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ แบ่งได้ดังนี้

คะแนน 26-60 แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61-95 แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ

คะแนน 96-130 ถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ชุดที่ 3 แบบประเมินอาการของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ใช้แบบสอบถาม modified WOMAC ฉบับภาษาไทย เป็นการประเมินอาการของผู้ป่วยโรคข้อเสื่อม ประกอบด้วยคำถาม 3 ส่วน คือ คำถามระดับความปวด ระดับอาการข้อฝืด และระดับความสามารถในการใช้งานข้อ เป็นแบบประเมินที่นิยมใช้วัดผลการรักษาข้อเข่า ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนประกอบด้วย อาการปวดข้อ (pain dimension) อาการข้อฝืดข้อตึง (stiffness dimension) และการใช้งานข้อ (function dimension) โดยแต่ละส่วนมีคะแนนเต็ม 10 คะแนน คะแนนยิ่งมาก บ่งถึงอาการปวดมาก ตึงมาก ใช้งานข้อได้น้อยมิติทั้ง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม สร้างขึ้นมาจากการศึกษาดำรง เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของแบนดูรา⁹ ประกอบด้วย 4 แนวทาง ดังนี้

- 1.การพูดชักจูง โดยผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ผ่านสื่อวีดิทัศน์ โดยชี้ให้เห็นผลดีและประโยชน์ของการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าของผู้ป่วยด้วยวิธีที่ถูกต้องและเหมาะสม
- 2.การได้เห็นแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น โดยในกิจกรรมจะเป็นการให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเล่าประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่ผ่านมาของตัวเอง พร้อมกับให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมดูวิธีการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่ถูกต้องจากสื่อวีดิทัศน์
- 3.ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมได้นึกถึงประสบการณ์ที่เคยได้ช่วยเหลือผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่ผ่านมาแล้วประสบผลสำเร็จหากไม่มีอาจเป็นกิจกรรมที่สำเร็จด้านอื่น ๆ หรือกิจกรรมที่เคยทำแล้วภาคภูมิใจในตนเอง

4.การกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ โดยผู้วิจัยจะให้ผู้ดูแลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมได้ฝึกปฏิบัติการการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าให้กับผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม และบรรยากาศการเรียนรู้จะผ่อนคลาย เป็นกันเอง เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมได้พูดระบายความรู้สึกได้และพูดให้กำลังใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปโดยใช้ค่าความถี่และค่าร้อยละ

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้สถิติ Paired t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมของผู้ดูแลผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ส่วนที่ 4 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโดยใช้สถิติ Paired t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ส่วนที่ 5 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอาการปวดของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโดยใช้สถิติ Paired t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ผลการวิจัย(Results)

แบ่งเป็น 5 ส่วน 1.ข้อมูลทั่วไป 2.ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับข้อเข่าเสื่อม 3.ข้อมูลทักษะการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม 4.ข้อมูลด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 5.ข้อมูลอาการปวดเข่าของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน	ร้อยละ
1.อายุ		
ต่ำกว่า 25 ปี	0	0
25-35 ปี	3	8.8
36-45 ปี	7	20.6
มากกว่า 45	24	70.6
รวม	34	100
2.เพศ		
ชาย	7	20.6
หญิง	27	79.4
รวม	34	100
3.สถานภาพสมรส		
โสด	5	14.7
คู่	21	61.8
หม้าย	2	5.9
หย่าร้าง / แยกกันอยู่	6	17.6
รวม	34	100
4.ศาสนา		
พุทธ	31	91.2
คริสต์	3	8.8
อิสลาม	0	0
อื่นๆ	0	0
รวม	34	100
5.การศึกษา		
ประถมศึกษา	12	35.3
มัธยมศึกษา	17	50
ปวส.ปวช.	5	14.7
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	0	0
รวม	34	100

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน	ร้อยละ
6.โรคประจำตัว		
มี	4	11.8
ไม่มี	30	88.2
รวม	34	100
7.ระยะเวลาการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม		
1 -2 ปี	9	26.5
3 ปี	2	5.9
มากกว่า 3 ปี	23	67.6
รวม	34	100
8.ท่านเคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม		
เคย	0	0
ไม่เคย	34	100
รวม	34	100
9.ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นสมาชิกในครอบครัว		
เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข	28	82.4
อื่นๆ	6	17.6
รวม	34	100

จากตารางที่ 1 ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปพบว่าส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 45 ปี คิดเป็นร้อยละ 70.6 รองลงมา คือ อายุในช่วง 36-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 20.6 อายุในช่วง 25- 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 8.8 ตามลำดับ เป็นเพศหญิง 27 คน คิดเป็นร้อยละ 79.4 และเพศชาย 7 คน คิดเป็นร้อยละ 20.6 ส่วนใหญ่มีสถานภาพมีคู่ 21 คน คิดเป็นร้อยละ 61.8 รองลงมาคืออยู่อย่างร้างแยกกันอยู่ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 17.6 สถานภาพโสด 5 คน คิดเป็นร้อยละ 14.7 และหม้าย 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.9 9 ตามลำดับ นับถือศาสนาพุทธ 31 คน คิดเป็นร้อยละ 91.2 รองลงมาคือ ศาสนาคริสต์ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 8.8 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ

ละ 50 รองลงมาคือ มัธยมศึกษา จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 35.3 ระดับปวส.ปวช. จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 14.7 ตามลำดับ ไม่มีโรคประจำตัวจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 88.2 และมีโรคประจำตัวอยู่จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 11.8 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 3 ปี จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 67.6 รองลงมาคือ ระยะเวลา 1ถึง 2 ปี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 26.5 และระยะเวลา 3 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.9 9 ตามลำดับ ผู้ตอบแบบสอบถาม ไม่เคยผ่านการเข้าร่วมการอบรมมาก่อนจำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 82.4 รองลงมาคือ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข 6 คน คิดเป็นร้อยละ 17.6

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับภาวะข้อเข่าเสื่อม

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ก่อนและหลังของผู้เข้าร่วมโปรแกรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ระดับคะแนนความรู้	Mean	Mean difference	SD	T	Df	P-value
- ก่อนเข้ารับโปรแกรม	6.97		1.62			
- หลังเข้ารับโปรแกรม	10.44	3.47	1.23	13.74	33	<0.01

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 6.97 และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 10.41 ซึ่ง

สรุปได้ว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีระดับความรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์คะแนนทักษะการปฏิบัติก่อนและหลังการอบรมของผู้เข้าร่วมโปรแกรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ระดับคะแนนการปฏิบัติ	Mean	Mean difference	SD	T	Df	P-value
- ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	5.79		1.81			
- หลังเข้าร่วมโปรแกรม	12.26	6.47	2.72	13.13	33	0.00

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของทักษะการปฏิบัติก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 5.79 และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยของทักษะ เท่ากับ 12.26 ซึ่งสรุป ได้ว่าหลังการเข้าร่วม

โปรแกรมมีระดับทักษะการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 6.47 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

ส่วนที่ 4 ข้อมูลคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม

ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต	Mean	Mean difference	SD	T	Df	P-value
- ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	87.17		10.44			
- หลังเข้าร่วมโปรแกรม	97.03	9.86	14.26	12.07	33	0.00

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 87.17 ซึ่งอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตเท่ากับ 97.03 ซึ่งอยู่ระดับการมีคุณภาพที่ดี ซึ่งสรุปได้ว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีระดับคุณภาพชีวิตดีขึ้น

กว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 9.86 คะแนน หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 7.59 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

ส่วนที่ 5 ข้อมูลการปวดของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยอาการปวดของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม

ค่าเฉลี่ยอาการปวดเข่า	Mean	Mean difference	SD	T	Df	P-value
- ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	6.03		1.95			
- หลังเข้าร่วมโปรแกรม	5.56	- 0.47	1.92	5.43	33	0.00

จากตารางที่ 5 พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการปวดก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 6.03 ซึ่งอยู่ระดับปวดมากพอสมควร และหลัง

การเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า มีค่าเฉลี่ยอาการปวดเท่ากับ 5.56 ซึ่งอยู่ระดับปวดปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย (Conclusion and Discussion)

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป พบว่าส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 45 ปี คิดเป็นร้อยละ 70.6 เป็นเพศหญิง 27 คน คิดเป็นร้อยละ 79.4 ส่วนใหญ่มีสถานภาพมีคู่ 21 คน คิดเป็นร้อยละ 61.8 นับถือศาสนาพุทธ 31 คน คิดเป็นร้อยละ 91.2 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 50 พบไม่มีโรคประจำตัวจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 88.2 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 3 ปี จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 67.6 ผู้ตอบแบบสอบถามทุกคนไม่เคยผ่านการเข้าร่วมการอบรมมาก่อน ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 82.4 รองลงมาคือ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข 6 คน

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องข้อเข่าเสื่อมของผู้ดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 6.97 และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 10.41 ซึ่งสรุปได้ว่าการเข้าร่วมโปรแกรมมีระดับความรู้สูง

กว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานในการศึกษา คือ ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมหลังการเข้าร่วมโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของทักษะการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม พบว่าคะแนนเฉลี่ยของทักษะการปฏิบัติก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 5.79 และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่ามีความรู้คะแนนเฉลี่ยของทักษะเท่ากับ 12.26 ซึ่งสรุปได้ว่าการเข้าร่วมโปรแกรมมีระดับทักษะการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 6.47 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานในการศึกษา คือ ทักษะการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมหลังการเข้าร่วมโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 87.17 ซึ่งอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่ามีความรู้คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตเท่ากับ 97.03 ซึ่งอยู่ระดับการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสรุปได้ว่าการเข้าร่วมโปรแกรมมีระดับคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 9.86 คะแนน หรือเพิ่มขึ้น

ร้อยละ 7.59 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานในการศึกษา คือโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมช่วยให้ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้น

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนการประเมินอาการปวดข้อของผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการปวดก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 6.03 ซึ่งอยู่ระดับปวดมากพอสมควร และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า มีค่าเฉลี่ยอาการปวดเท่ากับ 5.56 ซึ่งอยู่ระดับปวดปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานในการศึกษา คือโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมช่วยให้อาการเจ็บปวดของผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมปวดลดลง

การอภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไป พบว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมการวิจัยส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 45 ปี มีสถานภาพมีคู่สมรส ศาสนาพุทธ การศึกษาศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และผู้เข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 3 ปี ไม่เคยผ่านการเข้าร่วมการอบรมมาก่อน และส่วนใหญ่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย อาสาสมัครที่เข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ สอดคล้องกับการศึกษาของรัชวิเชียรประภา⁵ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสและยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาของปราณี เรียงถาวร⁶ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 46-50 ปี สถานภาพสมรสคู่ นับถือศาสนา

พุทธ ไม่เคยผ่านการอบรมเรื่องที่ศึกษามาก่อนการเข้าร่วมอบรม

ความรู้เกี่ยวกับภาวะข้อเข่าเสื่อม พบว่าความรู้ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลางและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับสูงเมื่อเปรียบเทียบกัน พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีระดับความรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานในการศึกษา คือระดับความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมหลังการเข้าร่วมโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กมลทิพย์ทิพย์สังวาลย์, นิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศ และประจวบแหลมหลัก¹⁰ ที่ได้ศึกษาผลโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแล้วพบว่าผลค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้หลังในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนสูงกว่าก่อนทดลอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ อิศราภรณ์ รัตนโกภรณ์¹¹ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลเท้าต่อการรับรู้สมรรถนะและพฤติกรรมในการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนรับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

ทักษะการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม พบว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยของทักษะเท่ากับ 5.79 และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยของทักษะเท่ากับ 12.26 ซึ่งมีระดับทักษะที่ดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกันพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีทักษะการปฏิบัติดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับ

การศึกษาของ อิศราภรณ์ รัตนโกมลทิน¹¹ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลเท้าต่อการรับรู้สมรรถนะและพฤติกรรมในการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองมีมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน สูงกว่าก่อนรับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนให้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบบดูร่าที่ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถพัฒนาให้เพิ่มขึ้นได้จากการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาณี แสงกระจ่าง¹² พบว่าโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่ง ตนทำให้อาการปวดเข่าลดลงและความสามารถทางกายในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ Erbahceci F¹³ และคณะที่พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าร่วมกับกายภาพบำบัด ระยะเวลา 4 สัปดาห์ มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น

อาการปวดของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม พบว่าอาการปวดข้อเข่าของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปวดมากพอสมควร และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า มีอาการปวดโดยรวมอยู่ในระดับปวดปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบกับพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีอาการปวดลดลง ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานในการศึกษา คือโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมช่วยให้อาการ การเจ็บปวดของผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาณี แสงกระจ่าง¹² พบว่าโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่ง ตนทำให้อาการปวดเข่าลดลง

และความสามารถทางกายในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Yilmaz H. และคณะ¹⁴ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายที่บ้านเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยมีความปวดลดลงและการเคลื่อนไหวข้อดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างสูงจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมชาย จาตศรี อาจารย์ที่ปรึกษา ที่กรุณาให้คำแนะนำปรึกษาตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างยิ่ง ผู้วิจัยตระหนักถึงความตั้งใจจริงและความทุ่มเทของอาจารย์ และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบ พระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย รวมถึงขอบคุณทุกท่านที่ให้ข้อมูลต่างๆ ที่เอื้อต่อการทำงานวิจัยและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม จนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยฉบับนี้จะมีประโยชน์ไม่มากนักน้อย หากมีข้อบกพร่อง ผู้วิจัยขอน้อมรับผิดชอบเพียงผู้เดียว และยินดีที่จะรับฟังคำแนะนำจากทุกท่านที่ได้เข้ามาศึกษาเพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนางานวิจัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. นงพิมล นิมิตรอนันท์, “สถานการณ์ทางระบาดวิทยาและการประเมินความเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อมในคนไทย” วารสารพยาบาลทหารบก ฉบับที่ 3 ปีที่ 15, 2557.
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, “รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2556

- สนับสนุนโดยกองทุนผู้สูงอายุ คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ".กรุงเทพฯ:บริษัท ที.คิว พี จำกัด, 2556.
3. กลุ่มงานแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลเวียงแก่น. "สถานการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมปี2560-6564" งานแพทย์แผนไทย กลุ่มงานแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย,2564.
 4. พวงทิพย์ วัฒนะ. "ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองในการป้องกันอาการหอบหืดในเด็ก" คณะพยาบาลศาสตร์ มหาลัษณ์ธรรมศาสตร์, 2561.
 5. ธวัช วิเชียรประภา, "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ" วิทยานิพนธ์หลักสูตร วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการจัดการระบบสุขภาพมหาวิทยาลัยทักษิณ จังหวัดพัทลุง, 2552.
 6. ปราณี เรือนถาวร. "ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข" สาขาวิชาเอกการพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556.
 7. จิตติมา อินทร์เนตร. "การพัฒนาสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง" วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตมหาวิทยาลัยมหิดล: 124-137, 2562.
 8. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ. "เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก100ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด" โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่, 2540.
 9. Bandura A. "Self-efficacy:The exercise of control" New York: W.H. Freeman, 1997.
 10. กมลทิพย์ ทิพย์สังวาลย์, นิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศ และประจวบ แหลมหลัก. "ศึกษาผลโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน" วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม. ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน, 2561.
 11. อิศราภรณ์ รัตนโกภรณ์. "ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลเท้าต่อการรับรู้สมรรถนะและพฤติกรรมในการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน" กลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลบุรีรัมย์, 2560.
 12. สุภาณี แสงกระจ่าง. "ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ น้ำหนักและภาวะสุขภาพในผู้เป็นข้อเข่าเสื่อม" วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต กรุงเทพฯ มหาวิทยาลัยรังสิต, 2557.
 13. Erbahceci F, Dursun E. 521 "effects of physiotherapy and rehabilitation program on muscle strength, quality of life, pain, stiffness, and physical function in women with knee osteoarthritis" Osteoarthritis Cartilage, 2008.

Received: 11 Dec 2021, Revised: 3 Jan 2022

Accepted: 7 Feb 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองและ
ผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยามัลลิกา อุตตะมา^{1*} สมชาย จาตุศรี²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรค มือเท้าปาก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 330 คน สุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากอยู่ในระดับสูงร้อยละ 96.40 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก ได้แก่ อายุ รายได้ต่อเดือน และทัศนคติต่อการป้องกันโรคมือเท้าปาก

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการศึกษาเพื่อจัดโปรแกรมการป้องกัน โรคมือเท้าปากโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ลดพฤติกรรมเสี่ยงและรับรู้ถึงผลกระทบจากโรคมือเท้าปากที่มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ : ปัจจัยทำนาย, พฤติกรรม, โรคมือเท้าปาก, ผู้ปกครอง, ผู้ดูแลเด็ก

^{1*}นักศึกษานิพนธ์โท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

* Corresponding author: pompam_6729@hotmail.com

Original Article

Predictors of Preventive Behaviors for Hand Foot Mouth Disease Among Parents and Caregivers in Child Development Centers in Chiang Kham District, Phayao Province.

Mallika Auttama^{1*}, Somchai Jadsri ²,

Abstract

The cross-sectional study aimed to study preventive behaviors for hand foot mouth disease and factors affecting preventive behaviors for hand foot mouth disease among 330 parents and caregivers in childcare centers in Chiang Kham District, Phayao Province by using stratified sampling. The research instrument was a questionnaire. The data was analyzed by using Descriptive Statistics consisted of frequency, percentage, mean, standard deviation, and Inference Statistics consisted of Pearson's Product Moment Correlation Coefficient, and Stepwise Multiple Regression Analysis.

The results revealed that the preventive behavior for hand foot mouth disease of the sample group was at the high level or 96.40 %. The factors including age, income, and attitude towards which were associated with preventive behaviors for hand foot mouth disease.

The result from this research can be used to apply for the organization of the educational program for the prevention of hand foot mouth disease with the involvement of parents and caregivers in childcare centers to reduce the risky behaviors and the awareness of the impacts of hand foot mouth disease effectively.

Keyword: Predictors, Behavior, Hand Foot Mouth Disease, Parents, Caregivers

^{1,*}Master of Public Health, School of Medicine, University of Phayao

² Assistant Prof. Dr. School of Public Health , University of Phayao

* Corresponding author: pompam_6729@hotmail.com

บทนำ

โรคมือเท้าปาก เป็นโรคติดต่อที่สำคัญทางสาธารณสุขโรคหนึ่ง มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อเอนเทอโรไวรัส สายพันธุ์ที่พบบ่อย ได้แก่ Cocksackieviruses A และ Enterovirus มักเกิดในเด็กเล็ก อาการทั่วไปไม่รุนแรง หายเองภายใน 7 – 10 วัน แต่รายที่มีอาการแทรกซ้อนรุนแรงจะเกิดภาวะปอดบวม น้ำเสียปนแล้น สมออักเสบ หัวใจล้มเหลวและเสียชีวิตได้ จากสถานการณ์โรคมือเท้าปาก ในประเทศไทย พบอัตราป่วยโรคมือเท้าปาก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2560 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (71.73, 102.14, 63.56, 122.05 และ 94.26 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ)² พบผู้ป่วยโรคมือเท้าปาก จำนวน 67,912 ราย อัตราป่วย 103.80 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 1 ราย กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 1 - 3 ปี ภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุดคือ ภาคเหนือ คิดเป็นอัตราป่วย 126.94 ต่อแสนประชากร จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด 5 อันดับแรกคือ จังหวัดจันทบุรี พะเยา เชียงใหม่ กรุงเทพมหานคร และเชียงราย¹

จังหวัดพะเยาเป็นจังหวัดหนึ่งที่พบปัญหาการระบาดของโรคมือเท้าปาก จากสถานการณ์โรค มือเท้าปาก (Hand Foot Mouth disease) ในปี 2561 พบผู้ป่วยสะสม จำนวน 909 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 191.44 ต่อแสนประชากร และปี 2562 พบจำนวนผู้ป่วย 799 ราย คิดเป็นอัตราป่วยสะสม 168.28 ต่อแสนประชากร ปัญหาโรคมือเท้าปากก็ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องมีการเฝ้าระวังโรคอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง เพื่อที่จะดำเนินการมาตรการป้องกันและควบคุมโรคได้อย่างรวดเร็วทันทั่วถึง ลดอัตราป่วยและการเสียชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเด็กเล็กที่เป็นกลุ่มเสี่ยง จากรายงานการระบาดมักเกิดขึ้นในสถานที่ที่มีเด็กเล็กอยู่รวมกันเป็นจำนวนมาก เช่น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยพบว่า มีเด็กเล็กป่วยด้วยโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 33 แห่ง ซึ่งกระจายอยู่

เกือบทุกตำบลของอำเภอเชียงคำ โดยคิดเป็นร้อยละ 80 ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้งหมดในพื้นที่เขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ในพื้นที่อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 33 แห่ง มีเด็กนักเรียนทั้งหมด 1,122 คน ในปี 2561 พบผู้ป่วยโรคมือเท้าปาก จำนวน 232 ราย และในปี 2562 พบผู้ป่วยโรคมือเท้าปาก จำนวน 114 ราย¹⁰

การจัดการกับปัญหาการระบาดของโรคมือเท้าปากในสถานเลี้ยงเด็ก สิ่งที่ต้องให้ความสนใจอย่างยิ่งคือ พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคของผู้ดูแลเด็ก ทั้งผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการและบุคคล ในครอบครัวของเด็ก ตลอดจนปัจจัยต่างๆ ที่จะชักนำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคที่ถูกต้อง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมทุกมิติของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคมือเท้าปากอย่างถูกต้อง⁶ พฤติกรรมที่เกิดในตัวบุคคลมีสาเหตุจากปัจจัยหลายอย่าง ทั้งที่เป็นปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกตัวบุคคลอันได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ทฤษฎี PRECEDE Model (Becker, 1974)¹² ที่ได้อธิบายแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลมาเป็นกรอบในการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา เพื่อนำผลการศึกษาวิจัยมาใช้ในการกำหนดรูปแบบ วางแผน และกำหนดกลวิธีที่เหมาะสมในการป้องกันโรคมือเท้าปาก และพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคมือเท้าปากอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ อันจะส่งผลให้การดำเนินงานการป้องกันโรคมือเท้าปากเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถลดอัตราป่วยด้วยโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตลอดจนใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคมือเท้าปากให้กับประชาชนในพื้นที่อื่นๆ ที่มีสภาพปัญหาของโรคคล้ายคลึงกันต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา
2. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา

สมมติฐานในการวิจัย

1. ปัจจัยนำ (เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก ทักษะการป้องกันโรคมือเท้าปาก) มีอิทธิพลและสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา
2. ปัจจัยเอื้อ (ความพอเพียงของทรัพยากรในการป้องกันโรคมือเท้าปาก) มีอิทธิพลและสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา
3. ปัจจัยเสริม (การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคมือเท้าปาก จากชุมชน หน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประวัติการเกิดเหตุโรคมือเท้าปาก และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก) มีอิทธิพลและสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา
4. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครอง

และผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยาได้

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็น Cross-sectional survey

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร ได้แก่ ผู้ปกครองของเด็กและผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา จำนวน 1,122 คน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 330 คน คำนวณจากสูตรแดเนียล ค.ศ. 2005 (Daniel WW.)¹¹ และขดเคยการได้รับแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) จากศูนย์เด็กเล็ก 33 แห่ง ๆ ละ 10 คน

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ (Independent Variable) คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม

- ปัจจัยนำ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก ทักษะการป้องกันโรคมือเท้าปาก

- ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความพอเพียงของทรัพยากรในการป้องกันโรคมือเท้าปากส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครอง และผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

- ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคมือเท้าปากจากชุมชน หน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประวัติการเกิดเหตุโรคมือเท้าปาก และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก

ตัวแปรตาม (Dependent Variable) คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครอง และผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามในการสำรวจปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก ได้แก่

- 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะของแบบสอบถาม เป็นแบบเลือกตอบ และเติมข้อความ จำนวน 9 ข้อ
- 1.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก ลักษณะแบบสอบถาม เป็นแบบเลือกตอบ เพียงคำตอบเดียว จำนวน 16 ข้อ
- 1.3 ทศนคติต่อโรคมือเท้าปาก ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเชิงบวกและเชิงลบ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ลักษณะข้อคำถามเป็นเชิงบวกทั้งหมด จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก แบบสอบถามมี 2 แบบ คือ ลักษณะเลือกตอบ จำนวน 2 ข้อ และเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 4 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือเท้าปาก มีเกณฑ์การให้คะแนนออกเป็น 4 ระดับ เป็นข้อความเชิงบวกทั้งหมด จำนวน 15 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC)

เท่ากับ 0.89-1 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) อยู่ในช่วงระหว่าง 0.62–0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นลำดับ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และ ขอความร่วมมือในการให้ข้อมูล โดยอธิบายถึงวิธีการตอบแบบสอบถามในแต่ละส่วน และสร้างความมั่นใจในการรักษาความลับของข้อมูล ผู้ที่ยินยอมให้ข้อมูลลงนามยินยอมไว้ เป็นลายลักษณ์อักษร
2. เก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำการแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างพร้อมกับซองจดหมาย โดยขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามภายใน 1 สัปดาห์ หลังจากตอบแบบสอบถามเสร็จกลุ่มตัวอย่างนำแบบสอบถามใส่ในซองจดหมาย ปิดผนึก และรวบรวมไว้ที่ครูผู้ดูแลเด็ก และผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บแบบสอบถามด้วยตัวเองจากครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแต่ละแห่ง
3. เมื่อได้รับแบบสอบถามคืนจากกลุ่มตัวอย่างแล้ว ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามที่ได้รับคืนทั้งหมด แล้วนำกลับมาให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์โดยการแจกแจงค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ

เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) โดยทดสอบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p -value < 0.05 และวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองของเด็กและผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา จังหวัดพะเยา เลขที่ 1.2/001/64 รับรองวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2564 ผู้วิจัยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิโดยตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลในการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย มีการให้ข้อมูลก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ปกปิดข้อมูลที่ไม่ต้องการเปิดเผย และสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ปกครองจำนวน 232 ราย (ร้อยละ 70.30) และเป็นผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 98 ราย (ร้อยละ 29.70) เป็นเพศหญิงจำนวน 276 ราย (ร้อยละ 83.64) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 – 40 ปี จำนวน 206 ราย (ร้อยละ 62.42) นับถือศาสนาพุทธจำนวน 321 ราย (ร้อยละ 97.27) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สมรสหรืออยู่เป็นคู่จำนวน 279 ราย (ร้อยละ 84.55) ระดับการศึกษาคือปริญญาตรีจำนวน 163 ราย (ร้อยละ 49.39) กลุ่มตัวอย่างประมาณหนึ่งในสามมีอาชีพรับจ้างจำนวน 116 ราย (ร้อยละ 35.15) มีรายได้ต่อเดือนในช่วง 5,000 – 10,000 บาท มากที่สุด (ร้อยละ 33.64) และพบว่า

ความสัมพันธ์กับเด็กแบบบิดา – มารดากับบุตร จำนวน 208 ราย (ร้อยละ 63.03) และผู้ดูแลศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกับเด็กเล็กจำนวน 88 ราย (ร้อยละ 26.67)

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปากระดับสูง จำนวน 293 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.79 และมีความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปากระดับปานกลางจำนวน 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.21 มีทัศนคติเกี่ยวกับโรคมือเท้าปากระดับสูงจำนวน 222 ราย คิดเป็นร้อยละ 67.27 และมีทัศนคติเกี่ยวกับโรคมือเท้าปากระดับปานกลางจำนวน 108 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.73 มีปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับโรคมือเท้าปากระดับสูงจำนวน 283 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.76 และมีปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับโรคมือเท้าปากระดับปานกลางจำนวน 47 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.24 มีปัจจัยเสริมเกี่ยวกับโรคมือเท้าปากระดับสูงจำนวน 326 ราย คิดเป็นร้อยละ 98.79 และมีปัจจัยเสริมเกี่ยวกับโรคมือเท้าปากระดับปานกลางจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.21 มีพฤติกรรมการป้องกันการโรคมือเท้าปากระดับสูงจำนวน 318 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.36 พฤติกรรมการป้องกันการโรคมือเท้าปากระดับปานกลางจำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.03 และมีพฤติกรรมการป้องกันการโรคมือเท้าปากระดับต่ำจำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.61

2. ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก ทักษะติดต่อโรคมือเท้าปาก ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก จำแนกตามระดับความรู้ ทักษะติดต่อโรคมือเท้าปาก ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก

ปัจจัย	จำนวน (คน) (N = 330)	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก		
ระดับสูง (13-16 คะแนน)	293	88.79
ระดับปานกลาง (10-12 คะแนน)	37	11.21
ทักษะติดต่อโรคมือเท้าปาก		
ระดับสูง (48-60 คะแนน)	222	67.27
ระดับปานกลาง (36-47 คะแนน)	108	32.73
ปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก		
ระดับสูง (40-50 คะแนน)	283	85.76
ระดับปานกลาง (30-39 คะแนน)	47	14.24
ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก		
ระดับสูง (16-20 คะแนน)	326	98.79
ระดับปานกลาง (30-39 คะแนน)	4	1.21
พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก		
ระดับสูง (48-60 คะแนน)	318	96.36
ระดับปานกลาง (30-39 คะแนน)	10	3.03
ระดับต่ำ (1-35 คะแนน)	2	0.61

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปากระดับสูง จำนวน 293 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.79 และมีความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปากระดับปานกลาง จำนวน 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.21 มีทักษะเกี่ยวกับโรคมือเท้าปากระดับสูง จำนวน 222 ราย คิดเป็นร้อยละ 67.27 และมีทักษะเกี่ยวกับโรคมือเท้าปากระดับปานกลาง จำนวน 108 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.73 มีปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับโรคมือเท้าปากระดับสูง จำนวน 283 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.76 และมีปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก

ระดับปานกลาง จำนวน 47 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.24 มีปัจจัยเสริมเกี่ยวกับโรคมือเท้าปากระดับสูง จำนวน 326 ราย คิดเป็นร้อยละ 98.79 และมีปัจจัยเสริมเกี่ยวกับโรคมือเท้าปากระดับปานกลาง จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.21 มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากระดับสูง จำนวน 318 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.36 พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากระดับปานกลาง จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.03 และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากระดับต่ำ จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.61

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก

ตาราง 2 สรุปค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน(Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ระหว่างตัวแปรอิสระกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก

ปัจจัย	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value
อายุ (ปี)	.151**	.006
รายได้ต่อเดือน(บาท)	.160**	.003
ความรู้โรคมือเท้าปาก	.054	.330
ทัศนคติต่อโรคมือเท้าปาก	-.114*	.039
ปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก	.027	.629
ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก	.041	.456

*Significant at p-value < 0.05, **Significant at p-value < 0.01

จากตาราง 2 พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ในระดับน้อย ($r = 0.151$, $p\text{-value} = 0.006$) , รายได้ต่อ เดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับน้อย ($r = 0.160$, $p\text{-value} = 0.003$) , ความรู้โรค มือเท้าปาก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก ($r = 0.054$, $p\text{-value} = 0.330$) , ทัศนคติต่อโรคมือเท้าปาก มี

ความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้า ปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับน้อย ($r = -0.114$, $p\text{-value} = 0.039$) , ปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับโรคมือเท้าปากไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก ($r = 0.027$, $p\text{-value} = 0.629$)และ ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับโรค มือเท้าปากไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค มือเท้าปาก ($r = 0.041$, $p\text{-value} = 0.456$)

4. ผลวิเคราะห์แบบตัวแปรเชิงซ้อน เพื่อหาความสัมพันธ์และปัจจัยคาดทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก

ตัวแปรทำนาย	b	SEb	Beta	t	Sig
อายุ (X1)	0.061	0.027	0.125	2.293	.023
รายได้ (X2)	7.072	0.000	0.149	2.748	.006
ทัศนคติ (X3)	-0.078	0.045	-0.094	-1.725	.085

Constant (α) = 58.028 $R = 0.231$ $R^2 = 0.053$ Adjust $R^2 = 0.045$ $F = 6.133$ $SE = 4.151$

จากตาราง 3 พบว่า ตัวแปรที่ร่วมกันทำนาย พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองและ ผู้ดูแลเด็ก ได้แก่ อายุ (X1) รายได้

(X2) และทัศนคติต่อโรคมือเท้าปาก (X3) อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

อภิปรายผลการวิจัย จากผลการศึกษาสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่าง (n=330) มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากในระดับสูง ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ละมัย สิริโรจน์⁵ ที่พบว่า การปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคมือเท้าและปากโดยรวม อยู่ในระดับสูง ในขณะที่ผลการศึกษาของ นิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศและคณะ³ รวมถึงพรพญา เตปินและคณะ⁴ พบว่า มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากการดูแลสุขภาพอนามัยของเด็ก ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ดูแลเรื่องการล้างมือหลังเล่นกลางแจ้งหรือ ทำกิจกรรมต่าง และก่อนรับประทานอาหาร ซึ่งพฤติกรรมการล้างมือให้สะอาดเป็นแนวทางการป้องกันโรคนี้ได้อย่างเหมาะสมที่สุด และจากข้อมูลรายประเด็นยังพบอีกว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเรื่อง การล้างมือให้สะอาด ก่อนและหลังเตรียมอาหารแก่เด็ก ตลอดจนการให้เด็กล้างมือสะอาดก่อนกินอาหาร อย่างสม่ำเสมอ ถือว่าเป็นพฤติกรรมที่ดีแล้วควรส่งเสริมให้ปฏิบัติที่ถูกต้องต่อไป และควรมีการจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ เช่น ก๊อกน้ำ สบู่หรือน้ำล้างมือที่เหมาะสมเพิ่มเติมสำหรับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

2. อภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานในการวิจัย

สมมติฐานข้อที่ 1 ปัจจัยนำ มีอิทธิพลและสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค มือเท้าปากของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก จากการทดสอบสมมติฐานพบว่า ปัจจัยนำบางตัวแปรเป็นปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก โดยสามารถอธิบายตัวแปรที่มีความสำคัญได้ดังนี้

อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กใน

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Inta C¹³ พบว่า เด็กที่มีอายุน้อยกว่า 2 ปี จะมีโอกาสเป็นโรคมือเท้าปากเป็น 6.35 เท่า เมื่อเทียบกับเด็กที่มีอายุมากกว่า 5 ปี (95% CI = 1.37–29.38) ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้ได้เก็บข้อมูลอายุของผู้ปกครอง และผู้ดูแลเด็กอย่างเดียวนั้น ทำให้เห็นถึงผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กที่มีอายุมากมีประสบการณ์มาก จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากได้ดี

รายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีรายได้ต่อเดือนมากขึ้น จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากเพิ่มมากขึ้น อาจจะเนื่องจากการผู้ที่มีรายได้ต่อเดือนมาก จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของลูก เรื่องการเตรียมอุปกรณ์ป้องกันโรคได้เพียงพอ เช่น การมีหน้ากากอนามัย, มีสบู่, และแอลกอฮอล์ล้างมือ ไว้สำหรับบุตรหลานและเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ความรู้โรคมือเท้าปาก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของ วิภาดา แสงนิมิตชัยกุลและคณะ⁶ นิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศและคณะ³ และพรพญา เตปินและคณะ⁴ ที่พบว่า ความรู้เรื่องโรคมือเท้าปาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรค และยังเป็นปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากได้ เนื่องจากผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กยังขาดความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการล้างมือ ในขณะที่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยการล้างมือสม่ำเสมอ แต่ยังไม่มีความเข้าใจว่า การล้างมือไม่ใช่การป้องกันที่ดีที่สุดสำหรับโรคมือเท้าปาก ซึ่งพิจารณาได้จากข้อความถามรายข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกในประเด็นนี้น้อยที่สุด

ทัศนคติต่อโรคมือเท้าปาก มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครอง

และผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีความคล้ายคลึงกับผลการศึกษานี้ของ นิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศและคณะ³ ที่พบว่าทัศนคติเกี่ยวกับโรคมือเท้าปากเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก และเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค มือเท้าปากได้

สมมติฐานข้อที่ 2 ปัจจัยเอื้อ มีอิทธิพลและสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก จากการทดสอบสมมติฐานพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก แตกต่างจากผลการศึกษาของ วิภาดา แสงนิมิตชัยกุลและคณะ⁶ ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดต่อโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กเล็กวัยก่อนอนุบาลและผู้ปกครอง โดยพบว่า การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการระบาดของโรคเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ เนื่องจากนี้ยังมีการศึกษาของ แสงดาว เกษตรสุนทรและคณะ⁷ พบว่าปัจจัยการรับรู้อำนาจในการคัดกรองและแรงจูงใจคล้ายตามกลุ่มอ้างอิงสามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือเท้าและปากของครูพี่เลี้ยงได้โดยผลการศึกษาครั้งนี้ปัจจัยเอื้อที่ส่งเสริมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากคือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้ปฏิบัติตามนโยบายและแนวทางการป้องกันโรคมือเท้าปากของกระทรวงสาธารณสุข และแตกต่างจากผลการศึกษาอื่น ๆ อาจเนื่องมาจากการมีอัตราส่วนระหว่างจำนวนครูกับจำนวนเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ไม่เหมาะสม หากเกิดการระบาดของโรคเกิดขึ้น ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กจึงแสดงความคิดเห็นต่อปัจจัยเอื้อในประเด็นนี้ว่าทำให้เกิดการระบาดของโรคมือเท้าปากได้ง่ายกว่าประเด็นอื่น ๆ เพราะบริบทของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในแต่ละพื้นที่ไม่เหมือนกัน จำนวนเด็กในความรับผิดชอบแตกต่างกัน ทำให้การมีปัจจัยเอื้อแตกต่างกันได้ เช่น ความเพียงพอของผู้ดูแล การ

เข้าถึงข้อมูลข่าวสารเมื่อเกิดโรคระบาด การสนับสนุนงบประมาณ อุปกรณ์ในการป้องกันโรค เป็นต้น

สมมติฐานข้อที่ 3 ปัจจัยเสริม มีอิทธิพลและสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค มือเท้าปากของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก จากการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก แตกต่างจากผลการศึกษาของ นิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศและคณะ³ ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก และสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากได้ และผลการศึกษาของ ดาว เวียงคำและคณะ⁸ พบว่า โดยการสนับสนุนทางสังคมของหน่วยงานที่ศูนย์เด็กเล็กสังกัด สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ เนื่องจากผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กมีความเข้าใจว่าหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่ในการป้องกันโรคมือเท้าปากเท่านั้น โดยขาดความตระหนักในเรื่องการให้ความร่วมมือในการควบคุมป้องกันโรค ซึ่งจากการพิจารณารายประเด็นพบว่า “ผู้ปกครอง/ครูผู้ดูแลเด็กร่วมมือกันดูแลสุขภาพอนามัยของเด็ก” มีการแสดงความเห็นด้วยน้อยในเรื่องนี้

สมมติฐานข้อที่ 4 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก ได้แก่ อายุ รายได้ และทัศนคติต่อการป้องกันโรคมือเท้าปาก สามารถร่วมกันอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้อย่างถูกต้อง ร้อยละ 4.5 ($\text{Adjusted } R^2 = 0.045$, $p\text{-value} < 0.001$) ในขณะที่การศึกษานี้ของ นิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศและคณะ³ พบปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก การได้รับทรัพยากรในการป้องกันโรคมือเท้าปาก

สถานภาพหม้าย ทักษะคิดเกี่ยวกับโรค มือเท้าปาก การได้รับการสนับสนุนจากชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การได้รับการสนับสนุนจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อาชีพเกษตรกรรม การศึกษาระดับปริญญาตรีและสถานภาพหย่า สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคมือเท้าปากได้ร้อยละ 37.9 ของแสงดาว เกษตรสุนทรและคณะ⁷ พบว่าปัจจัยบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมสามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือเท้าและปากของครูที่เลี้ยงได้ร้อยละ 23.2 และวิภาดา แสงนิมิตชัยกุล และคณะ⁶ พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรค มือเท้าปาก ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคมือเท้าปาก ประสบการณ์การดูแลเด็กป่วยของผู้ดูแลเด็ก และการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการระบาดของโรค ซึ่งทำนายได้ร้อยละ 14 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในกลุ่มผู้ปกครอง ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคมือเท้าปากได้ คือ ความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากและระดับการศึกษาของผู้ปกครอง สามารถทำนายได้ร้อยละ 9.80 แต่เห็นได้ว่า ปัจจัยและความสามารถในการทำนายมีความแตกต่างกัน เนื่องจากการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีที่แตกต่างกันตามบริบทและลักษณะความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างออกไป และผลการทำนาย ในการศึกษาครั้งนี้อาจจะไม่สูง แต่ก็ควรที่จะส่งเสริมทัศนคติป้องกันโรคมือเท้าปากที่ถูกต้องและกระตุ้นเตือนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคมือเท้าปาก

สรุปผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมป้องกันการโรคมือเท้าปากในระดับสูง โดยอายุ

รายได้ต่อเดือน และทัศนคติต่อโรคมือเท้าปาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรค มือเท้าปากของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการโรคมือเท้าปาก ในกลุ่มผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อให้ได้รายละเอียดที่ชัดเจน และได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในบริบทของในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแต่ละพื้นที่ และสามารถนำผลที่ได้ไปใช้ในการป้องกันและแก้ไขของแต่ละพื้นที่ได้
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมป้องกันการโรคมือเท้าปาก ระหว่างผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และคาดหวังทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคมือเท้าปากได้ชัดเจนยิ่งขึ้น
3. ควรมีการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง เพื่อจัดโปรแกรมการป้องกันการโรคมือเท้าปากโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กลดพฤติกรรมเสี่ยงและให้รับรู้ถึงผลกระทบจากโรคมือเท้าปาก

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้โอกาสสนับสนุน ให้กำลังใจมาโดยตลอด ทำให้งานวิจัยนี้มีความสมบูรณ์และบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
รายละเอียดโรคมือเท้าปาก (Hand Foot Mouth). 2563 [เข้าถึงเมื่อ 30 มิถุนายน 2563].
เข้าถึงได้จาก
https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=11.
2. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคมือเท้าปาก ณ วันที่ 17 ตุลาคม 2560. กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
3. นิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศ, กิ่งแก้ว สำรวรรื่น และ วิชาดา ศรีเจริญ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. วารสาร PSRU Journal of Science and Technology; 2560: 2(3), 9-19.
4. พรพญา เตปิน, วราภรณ์ บุญเชียง และศิริตรี สุทธจิตต์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลเจริญเมือง อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดชัยภูมิ. ลำปางเวชสาร; 2561: 39(2), 72-80.
5. ละมัย สิทธิโรจน์. การปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคมือเท้าและปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดลำพูน. วารสารสาธารณสุขล้านนา; 2554: 7(2), 158-168.
6. วิชาดา แสงนิมิตชัยกุล และปรียกมล รัชกุล. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการติดเชื้อโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กเล็กวัยก่อนอนุบาลและผู้ปกครอง. วารสารการพยาบาลรามคำแหง; 2558: 21(3), 336-351.
7. แสงดาว เกษตรสุนทร, นงเยาว์ เกษตรภิบาล และจิตตาทิพย์ จิตร์เชื้อ. ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือเท้าและปากของครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้. วารสารพยาบาลสาร; 2558: 42(1), 74-84.
8. ดาว เวียงคำ, จุฑามาศ ผลมาก, ปรัชญาพร อิศาร และสุทิพย์ เสมอเชื้อ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ; 2560: 35(2), 16-24.
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. รายงานสถานการณ์โรคมือเท้าปาก ปี 2562. พะเยา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา; 2562.
10. โรงพยาบาลเชียงคำ. รายงานสถานการณ์โรคมือเท้าปาก ปี 2562. พะเยา: โรงพยาบาลเชียงคำ; 2562.
11. Daniel WW. Biostatistics : a foundation for analysis in the health sciences. 8th. Hoboken, N.J. : Wiley/John Wiley & Sons; 2005.
12. Green, L. W., & Kreuter, M.W. Health Program Planning an Educational and Ecological Approach. New York: Quebecor World Fairfield; 2005
13. Inta C, Apidechkul T, Sittisarn S, Wongnuch P, Laor P, Suma Y, et al. Factors associated with hand foot mouth disease among children in day care center, Chiang Rai, Thailand. Asian Pacific Journal of Tropical Disease 2017;7:391-5.

Received: 27 Jan 2022, Revised: 28 Feb 2022

Accepted: 7 Mar 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ

การประเมินการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานโรคไข้เลือดออกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดชัยภูมิ

ปราณ สุกมณีนันท์^{1*}, ศิริประภา หล้าสิงห์²

บทคัดย่อ

องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้ทุกประเทศที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกใช้กระบวนการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานในการดำเนินการ ในปี 2563 จังหวัดชัยภูมิพบตำบลที่ผ่านการรับรองการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานไปแล้วแต่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกและไม่สามารถควบคุมลูกน้ำยุงลายได้ จึงได้ทำการประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานดังกล่าวขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานโรคไข้เลือดออกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดชัยภูมิ โดยใช้รูปแบบการประเมินผลแบบ CIPP model กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 21 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผ่านการอบรมการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสาน ร้อยละ 52.4 รับรู้การผ่านการรับรองตำบลต้นแบบ ร้อยละ 52.4 ผลการประเมินภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.31, SD = 0.33) เมื่อแยกรายด้านพบว่า ด้านบริบท การดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานมีความจำเป็น เนื่องจากสามารถช่วยให้เครือข่ายต่าง ๆ ในชุมชนมาทำงานร่วมกัน แต่พบปัญหาผู้รับผิดชอบงานเปลี่ยนหรือย้ายงาน ทำให้การทำงานไม่ต่อเนื่อง ด้านปัจจัยนำเข้า การดำเนินงานอยู่ในระดับสูง กลุ่มตัวอย่างเห็นว่า ทีมตำบลสามารถควบคุมโรคได้ทันเวลา มีการเตรียมพร้อมวัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอ และมีการสนับสนุนงบประมาณ ด้านกระบวนการ การดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างเห็นว่า ปัจจุบันมีโครงการครอบคลุมผ่านงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ และงบบุคลากรจากท้องถิ่น มีการแบ่งบทบาทควบคุมโรคที่ชัดเจน แต่ขาดการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนอื่นมาร่วมดำเนินการ และด้านผลลัพธ์ การดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างเห็นว่า หลังจากผ่านการรับรองตำบลต้นแบบแล้ว ชุมชนมีวิธีการอื่น ๆ ในการควบคุมลูกน้ำยุงลายลดลง เน้นใช้สารเคมีในการควบคุมโรค และมีการคืนข้อมูลให้เครือข่ายในชุมชนไม่ทันต่อสถานการณ์ ขาดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ ข้อเสนอแนะ ควรมีการดำเนินการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานในตำบลอีกครั้ง โดยมีหน่วยงานกลางมาเป็นผู้ประสานงานและฟื้นฟูกระบวนการ

คำสำคัญ : การจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสาน, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, โรคไข้เลือดออก

¹ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

² สำนักผู้เชี่ยวชาญ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

* Corresponding author: narp_academy@hotmail.com

*Original Article***Evaluation Integrated Dengue Vector Management of Local Government Organization in Chaiphum Province**Pran Sukumolanan^{1*}, Siraprapa Lasing²**Abstract**

World Health Organization recommended integrated vector management to operate in all epidemic vector disease country. In 2020 Chaiphum, Thailand found epidemic and uncontrolled Aedes larvae in sub-district where certified integrated dengue vector management model. Therefore, an evaluation of the operating model has been made. The objective was to assess the effect of dengue hemorrhagic fever combination vector management of local administrative organizations in Chaiphum Province by CIPP model. Samples were control disease worker 21 cases. Results, Samples passed integrated vector management course (52.4%), perceived the sub-district is certified integrated dengue vector management (52.4%), level of all integrated dengue vector management was moderate (Mean = 2.31, S.D. = 0.33). However, separation by factor Context factor was moderate which samples told that integrated vector management is essential cause it can helped communities network to work together, but them found control disease workers changed their career that made disease control intermittent. Input factor was high which sample told that control disease team could interrupt outbreak and had adequate resource. Process factor was moderate which samples told that currently, there is a comprehensive program through the health insurance fund budget, is a clearly divided role for disease control, but lack of participation from other network to join the operation. Product factor was moderate which samples told after certified sub-district model, communities had not another implement larvae control in area, focused on chemical to control disease, and failed to good coordinated and report data to network. Suggest, should repaired integrated vector management by middleman in sub-district.

Keyword: Integrated Vector Management, Local Government Organization, Dengue Hemorrhagic Fever¹ Office of Disease Prevention and Control 9th Nakhon Ratchasima province² Office of Experts Department of Health Service Support

* Corresponding author: nar_p_academy@hotmail.com

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อนำโดยแมลงที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย สามารถพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกตลอดปี จำนวนผู้ป่วยจะเริ่มสูงขึ้นอย่างช้า ๆ ตั้งแต่เดือนมกราคม - เมษายน และเริ่มมีการระบาดตั้งแต่ต้นฤดูฝน ช่วงเดือนพฤษภาคม - ตุลาคม ในเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม เป็นช่วงที่มักพบผู้ป่วยสูงสุด หลังจากเดือนสิงหาคมแล้ว ผู้ป่วยเริ่มลดจำนวนลงอย่างต่อเนื่อง ในอดีตจนถึงปัจจุบัน การเกิดของโรคไข้เลือดออกอยู่ในช่วง 12 เดือน แต่บางปีการระบาดเกิดขึ้นในช่วงปลายปี (พฤศจิกายน-ธันวาคม) และระบาดต่อเนื่องไปถึงเดือนมกราคม - มีนาคมของปีต่อมา¹

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกประเทศไทย ตั้งแต่ 1 มกราคม - 22 ตุลาคม 2562 พบการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องตลอดทั้งปี พบผู้ป่วยสะสมทั้งหมด 105,190 ราย เสียชีวิต 114 ราย อัตราผู้ป่วยเท่ากับ 158.65 ต่อประชากรแสนคน อัตราผู้ป่วยตายร้อยละ 0.11 การกระจายการเกิดโรคพบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราป่วยสูงสุด รองลงมา คือ ภาคใต้ ภาคเหนือ และภาคกลาง ตามลำดับ กลุ่มอายุที่พบอัตราป่วยสูงสุด คือ กลุ่มวัยเด็ก 5 - 14 ปี รองลงมา คือ กลุ่มวัยรุ่น 15- 24 ปี²

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกจังหวัดชัยภูมิ ตั้งแต่ 1 มกราคม - 24 ตุลาคม 2562 พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกครบทุกอำเภอ โดยพบผู้ป่วยทั้งหมด 2,265 ราย เสียชีวิต 2 ราย อัตราผู้ป่วยเท่ากับ 198.80 ต่อแสนประชากร อัตราผู้ป่วยตาย ร้อยละ 0.05 กลุ่มอายุที่พบอัตราป่วยสูงสุด คือ กลุ่มเด็กโต 10 - 14 ปี รองลงมา คือ เด็กเล็ก 5- 9 ปี อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 1 ต่อ 1.05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเพศหญิงและเพศชายมีโอกาสป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกได้ใกล้เคียงกัน เมื่อดูการกระจายของโรครายตำบล จังหวัดชัยภูมิพบผู้ป่วยแล้ว 122 ตำบล จากตำบลทั้งหมด 124 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 98.38³ ตำบลที่พบผู้ป่วยสูงกว่าค่ามัธย

ฐานย้อนหลัง 5 ปี มีจำนวน 101 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 81.45 จากสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าในปี 2562 จังหวัดชัยภูมิ เป็นพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกกระจายเกือบทุกตำบลของจังหวัด

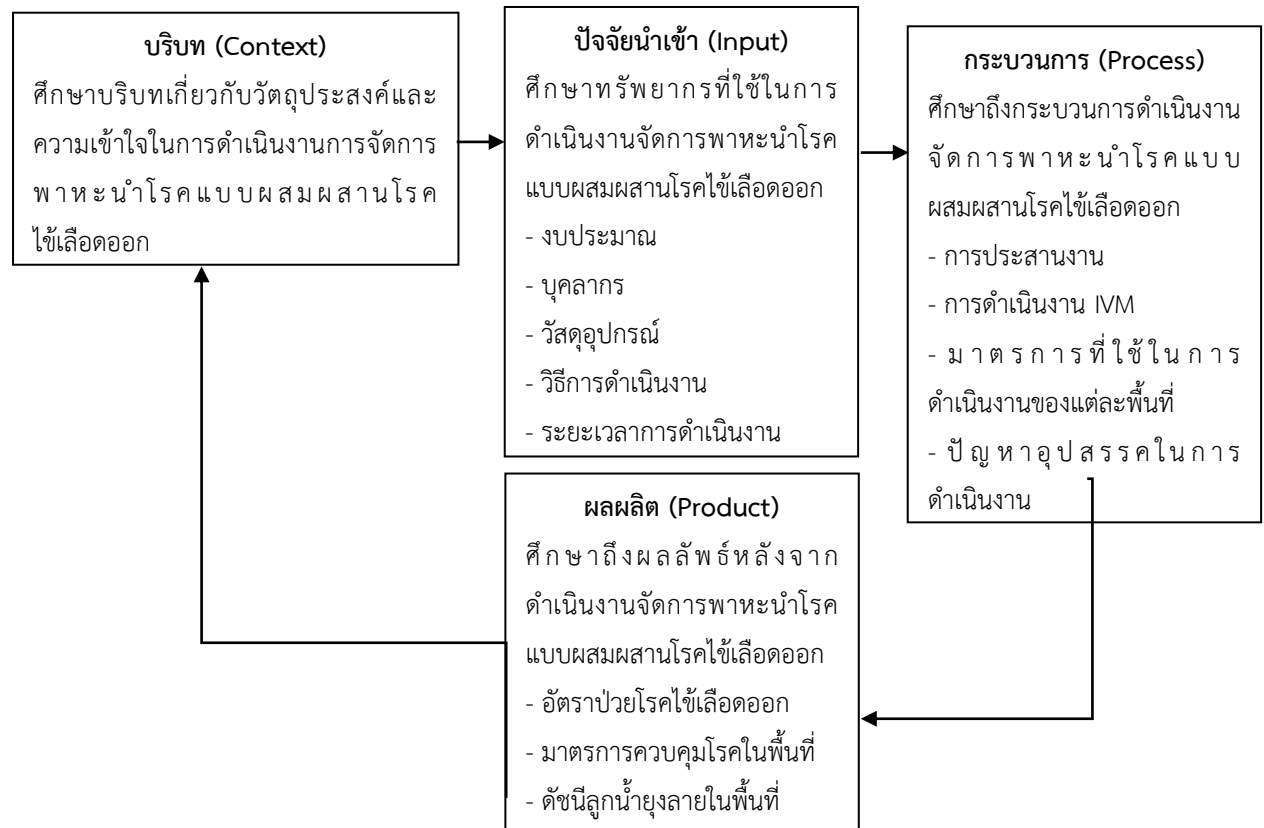
องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้เสนอแนะให้ทุกประเทศที่มีปัญหาโรคติดต่อนำโดยแมลงประยุกต์ใช้หลักวิธีการจัดการแมลงพาหะนำโรคแบบผสมผสาน ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ 1. ต้องมีการเลือกสรรวิธีการควบคุมแมลงพาหะนำโรค ภายใต้ความรู้ทางชีววิทยาของพาหะ การแพร่เชื้อและอัตราการเกิดโรค รวมทั้งข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องภายใต้บริบทของพื้นที่ที่จะดำเนินการ 2. การดำเนินการควบคุมแมลงพาหะนำโรคโดยใช้วิธีการหลายวิธีที่สอดคล้องกัน หรือเสริมประสิทธิภาพซึ่งกันและกัน ไม่ลดทอนประสิทธิภาพหรือซ้ำซ้อนสิ้นเปลือง 3. มีการร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนราชการอื่น องค์กรเอกชนที่เกี่ยวข้องหรือได้รับผลกระทบจากแหล่งเพาะพันธุ์และพาหะนำโรค 4. มีข้อตกลง หรือกฎกติกา ภายในชุมชน และผู้มีส่วนได้เสียต้องควบคุมแมลงพาหะนำโรค 5. ใช้สารเคมีอย่างสมเหตุสมผล คือ การใช้สารเคมีภายใต้ข้อมูลบ่งชี้หรือข้อกำหนดต่าง ๆ ตามหลักวิชาการ ได้แก่ ไม่ใช่สารเคมีที่มีข้อมูลบ่งชี้การดื้อของแมลงพาหะนำโรค หรือมีข้อกำหนดให้ใช้เฉพาะกรณีมีการระบาดเพื่อลดความหนาแน่นของแมลงพาหะ และ 6. ต้องดำเนินการภายใต้การบริหารจัดการที่ดี คือ มีเจ้าภาพหลัก คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเป็นหน่วยงานที่อยู่ในพื้นที่ และมีงบประมาณ เงินทุน มีผู้รับผิดชอบหลัก มีเป้าหมายชัดเจน มีแผนงาน มีสิ่งสนับสนุน และมีการประเมินผล อย่างเป็นระบบ⁴

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา จึงได้มีการกำหนดมาตรการในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในเขตบริการสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ (จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์) โดยเน้นการดำเนินงานผลักดันกระบวนการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสาน

โรคไข้เลือดออก ภายใต้กลไกอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง ยั่งยืนให้กับเครือข่ายในพื้นที่นำแนวทางกระบวนการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานไปใช้ เพื่อให้พื้นที่เสี่ยงสามารถดำเนินการควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่ให้เกิดการระบาดและแพร่กระจายไปสู่พื้นที่อื่นต่อไปได้ โดยจังหวัดชัยภูมิ เริ่มมีการผลักดันกระบวนการนี้ ตั้งแต่ปี 2557 มีตำบลที่ผ่านการรับรองตำบลต้นแบบการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานโรคไข้เลือดออก แล้วทั้งหมด 20 ตำบล จาก 8 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองชัยภูมิ ภูเขียว เกษตรสมบูรณ์ ภักดีชุมพล คอนสวรรค์ แก้งคร้อ หนองบัวแดง และจัตุรัส ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์โรคไข้เลือดออกจังหวัดชัยภูมิ ปี 2562 พบว่า ตำบลที่เคยผ่านการรับรองตำบลต้นแบบฯ มีการระบาดของโรค คือ จำนวนผู้ป่วยสูงกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี ถึง 14 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 70.00 ซึ่งหลังจากผ่านการรับรองตำบลต้นแบบแล้ว ยังไม่เคยมีการลงไปติดตามหรือประเมินการดำเนินงานจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานโรคไข้เลือดออกซ้ำ

ทำให้ไม่ทราบว่าการดำเนินงานของแต่ละตำบลมีความต่อเนื่องและยั่งยืนเพียงใด และสามารถที่จะจัดการพาหะนำโรคไข้เลือดออกเพื่อไม่ให้เกิดการระบาดของโรคได้หรือไม่

ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะประเมินการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานโรคไข้เลือดออกจังหวัดชัยภูมิ โดยใช้การประเมินทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ และประเมินผลการจัดการยุงลายพาหะนำโรคไข้เลือดออกแบบผสมผสานระดับตำบล เพื่อให้ทราบการดำเนินงานจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานโรคไข้เลือดออกจังหวัดชัยภูมิที่ผ่านมาว่าเป็นอย่างไร มีการดำเนินงานต่อเนื่องหรือไม่ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานโรคไข้เลือดออกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดชัยภูมิ



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อประเมินการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานโรคไข้เลือดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในออกจังหวัดชัยภูมิ

ประชากร คือ บุคลากรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 21 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษา คือ บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 21 คน ที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. สมัครใจในการร่วมดำเนินการวิจัย
2. อาศัยหรือเข้ามาปฏิบัติงานในพื้นที่ อย่างน้อย 1 ปี
3. สามารถสื่อสารได้ปกติ

4. เป็นผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรค/ตัวแทน

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างป่วยซึ่งเป็นหรือเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน

วิธีการดำเนินการศึกษา คือ

1. จัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
2. เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เก็บข้อมูล
3. ตรวจสอบ วิเคราะห์ และจัดแบ่งข้อมูล แล้วนำไปวิเคราะห์ในโปรแกรมสำเร็จรูป
4. สรุปผลการศึกษา และคืนข้อมูลให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานทางด้านสาธารณสุข เพื่อใช้ในการศึกษาและวางแผนการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ต่อไป

ตาราง 1 รายชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านการรับรองตำบลต้นแบบการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานโรคไข้เลือดออกจังหวัดชัยภูมิจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

ปีดำเนินการ	ตำบลที่ผ่านการรับรองตำบลต้นแบบฯ
2557	องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยต้อน อ.เมือง จ.ชัยภูมิ เทศบาลตำบลบ้านเป่า อ.เกษตรสมบูรณ์ จ.ชัยภูมิ เทศบาลตำบลบ้านแก่ง อ.ภูเขียว จ.ชัยภูมิ องค์การบริหารส่วนตำบลเขาทอง อ.ภักดีชุมพล จ.ชัยภูมิ
2558	องค์การบริหารส่วนตำบลหนองตม อ.ภูเขียว จ.ชัยภูมิ องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านโสก อ.คอนสวรรค์ จ.ชัยภูมิ องค์การบริหารส่วนตำบลเก่าญาติ อ.แก้งคร้อ จ.ชัยภูมิ องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเจียง อ.ภักดีชุมพล จ.ชัยภูมิ
2559	องค์การบริหารส่วนตำบลหนองข่า อ.เกษตรสมบูรณ์ จ.ชัยภูมิ องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านดอน อ.ภูเขียว จ.ชัยภูมิ องค์การบริหารส่วนตำบลนาฝาย อ.เมือง จ.ชัยภูมิ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแวง อ.หนองบัวแดง จ.ชัยภูมิ เทศบาลตำบลหนองบัวใหญ่ อ.จัตุรัส จ.ชัยภูมิ องค์การบริหารส่วนตำบลแหลมทอง อ.ภักดีชุมพล จ.ชัยภูมิ
2560	องค์การบริหารส่วนตำบลวังทอง อ.ภักดีชุมพล จ.ชัยภูมิ
2561	เทศบาลสีลอง อ.เมือง จ.ชัยภูมิ เทศบาลตำบลลาดใหญ่ อ.เมือง จ.ชัยภูมิ

ปีที่ดำเนินการ	ตำบลที่ผ่านการรับรองตำบลต้นแบบฯ
	เทศบาลตำบลลาดใหญ่ อ.เมือง จ.ชัยภูมิ องค์การบริหารส่วนตำบลลาดใหญ่ อ.เมือง จ.ชัยภูมิ องค์การบริหารส่วนตำบลโพหนอง อ.เมือง จ.ชัยภูมิ เทศบาลตำบลโคกสูง อ.เมือง จ.ชัยภูมิ

เครื่องมือ แบบสัมภาษณ์รายบุคคล เรื่องการประเมินการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานโรคไข้เลือดออกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดชัยภูมิ ซึ่งพัฒนามาจากแบบสัมภาษณ์การประเมินผลการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานโรคไข้เลือดออกอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ⁵ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 30 ข้อ แบ่งได้ 2 ส่วน คือ 1. ลักษณะทางประชากร จำนวน 10 ข้อ 2. แบบสัมภาษณ์ จำนวน 20 ข้อ โดยมีเกณฑ์การดำเนินงานให้เล็กลง คือ มาก ปานกลาง และน้อย การแปลผลระดับการดำเนินงาน พิจารณาคะแนนได้จากแบบสอบถาม ใช้เกณฑ์ของเบสท์⁵ โดยปรับฐานคะแนนทุกตัวแปรเท่ากัน นำผลรวมคะแนนแต่ละตัวแปรหารด้วยจำนวนข้อของแต่ละตัวแปร คิดค่าคะแนนจาก (ค่าสูงสุดลบค่าต่ำสุด) หารด้วยระดับขั้น ผลสรุปเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับการดำเนิน
น้อยกว่า 1.67	ต่ำ
1.67 – 2.33	ปานกลางมากกว่า
2.33	สูง

คุณภาพของเครื่องมือ เมื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้นแล้วนำแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของข้อมูล ประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปแล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูล และประมวลผล

การวิเคราะห์ข้อมูล สามารถแบ่งได้ตามประเภทของข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ สถิติเชิงพรรณนา เช่น ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยนำข้อมูลจากการบันทึก การสัมภาษณ์ การสังเกต จากการดำเนินกิจกรรมที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน แยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา พิจารณาจัดกลุ่มข้อมูลที่เป็นคำพูดของผู้ให้ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ระยะเวลาการดำเนินการ ตุลาคม 2562 – สิงหาคม 2563

ผลการศึกษา

การประเมินผลการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานโรคไข้เลือดออกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดชัยภูมิ สามารถแบ่งได้ 3 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะทางประชากร ประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.2 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี ร้อยละ 52.4 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 61.9 มีตำแหน่งผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 33.3 สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบล

ร้อยละ 71.4 มีประสบการณ์ในการควบคุมโรคไข้เลือดออกและโรคติดต่ออื่นโดยเฉลี่ย ระหว่าง 0 – 4 ปี ร้อยละ 71.4 เคยผ่านการอบรมการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสาน ร้อยละ 52.4 และมีการรับรู้ว่าการปฏิบัติงานเคยผ่านการรับรองตำบลต้นแบบการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 52.4 ตำบลที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ไม่มีคำสั่งคณะกรรมการตำบลจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานในปีปัจจุบัน ร้อยละ 81.0 และในตำบลแผนการดำเนินงานตำบลจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานโรคไข้เลือดออกทุกหมู่บ้าน ร้อยละ 85.7

2. การประเมินผลการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานโรคไข้เลือดออกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดชัยภูมิ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.31, SD = 0.33) สามารถแบ่งระดับการดำเนินงานได้เป็นรายด้าน ดังนี้

ด้านบริบท การดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.13, SD = 0.57) โดยมีประเด็นที่ระดับการดำเนินงานมากที่สุด คือ การดำเนินงานการ

จัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานโรคไข้เลือดออก มีความจำเป็นและเหมาะสมที่จะใช้ดำเนินงานโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ ส่วนประเด็นที่ระดับการดำเนินงานน้อยที่สุด คือ ความเข้าใจในเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน การจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานและนโยบายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสอดคล้องกับการดำเนินงานการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานโรคไข้เลือดออก รายละเอียดแสดงดังตาราง 2

ตาราง 2 การดำเนินงานการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานโรคไข้เลือดออกด้านบริบท (N = 21)

ด้านบริบท	ระดับการดำเนินงาน		
	Mean	S.D.	แปลผล
1. ความเข้าใจในเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสาน	1.86	0.91	ปานกลาง
2. การดำเนินงานการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานมีความจำเป็นและเหมาะสม			
3. นโยบายหน่วยงานสอดคล้องกับการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสาน	2.52	0.87	สูง
4. วิธีการควบคุมโรคไข้เลือดออกในปัจจุบันในพื้นที่สามารถลดจำนวนผู้ป่วยได้	1.86	0.79	ปานกลาง
5. เครือข่ายต่าง ๆ ในพื้นที่ เช่น ท้องถิ่น สาธารณสุข โรงเรียน วัด ชุมชน ฯลฯ มีกิจกรรมและดำเนินการร่วมกันในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก	2.19	0.68	ปานกลาง
	2.24	0.89	ปานกลาง
รวม	2.13	0.57	ปานกลาง

ด้านปัจจัยนำเข้า การดำเนินงานอยู่ในระดับสูง (Mean = 2.72, SD = 0.29) โดยมีประเด็นที่ระดับการดำเนินงานมากที่สุด คือ ทีมควบคุมโรคในพื้นที่ดำเนินการควบคุมโรคได้ทันเวลาก่อนเกิดการระบาดของ

โรค ส่วนประเด็นที่ระดับการดำเนินงานน้อยที่สุด คือ ความเหมาะสมของแผนการดำเนินงานจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ เหมาะสมและเพียงพอต่อการควบคุมโรค รายละเอียดแสดงดังตาราง 3

ตาราง 3 การดำเนินงานการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานโรคไข้เลือดออกด้านปัจจัยนำเข้า (N = 21)

ด้านปัจจัยนำเข้า	ระดับการดำเนินงาน		
	Mean	S.D.	แปลผล
1. บุคลากรผู้ปฏิบัติหน้าที่ควบคุมโรคในพื้นที่มีความรู้และสามารถในการควบคุมโรคไม่ให้เกิดการระบาดได้	2.62	0.59	สูง
2. งบประมาณในการดำเนินงานโรคไข้เลือดออกของหน่วยงานเพียงพอต่อการควบคุมโรค	2.86	0.48	สูง
3. วัสดุอุปกรณ์ในการควบคุมโรค เช่น เครื่องพ่น สารเคมี ทรายเหมิฟอส ฯลฯ ในพื้นที่ เพียงพอต่อการควบคุมโรค	2.76	0.54	สูง
4. ทีมควบคุมโรคในพื้นที่ดำเนินการควบคุมโรคได้ทันเวลา	2.90	0.44	สูง
5. ความเหมาะสมของแผนการดำเนินงานจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานในพื้นที่เหมาะสมและเพียงพอต่อการควบคุมโรค	2.48	0.75	สูง
รวม	2.72	0.29	สูง

ด้านกระบวนการ การดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.26, SD = 0.51) โดยมีประเด็นที่มีระดับการดำเนินงานมากที่สุด คือ การมีส่วนร่วมและบทบาทในการจัดทำแผนและปฏิบัติตามแผน ส่วนประเด็นที่ระดับการดำเนินงานน้อยที่สุด คือ การคัดเลือกคณะกรรมการตำบล มีความเหมาะสมและสามารถช่วยควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ รายละเอียดแสดงดังตาราง 4

ตาราง 4 การดำเนินงานการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานโรคไข้เลือดออกด้านกระบวนการ (N = 21)

ด้านกระบวนการ	ระดับการดำเนินงาน		
	Mean	S.D.	แปลผล
1. การดำเนินงานโรคไข้เลือดออกในพื้นที่สอดคล้องกับแนวทางจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานโรค	2.00	0.84	ปานกลาง
2. การคัดเลือกคณะกรรมการตำบล มีความเหมาะสมและสามารถช่วยควบคุมโรคไข้เลือดออกได้	1.76	0.89	ปานกลาง
3. การมีส่วนร่วมและบทบาทในการจัดทำแผนและปฏิบัติตามแผน	2.81	0.51	สูง
4. มาตรการควบคุมโรคในพื้นที่ที่มีความเหมาะสมและป้องกันควบคุมโรคได้	2.38	0.67	สูง
5. มีการประชุมเตรียมความพร้อมก่อนการดำเนินการควบคุมโรค	2.33	0.79	ปานกลาง
รวม	2.26	0.51	ปานกลาง

ด้านผลผลิต พบผู้ป่วยสูงกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี ถึงร้อยละ 95.0 และไม่สามารถควบคุมลูกน้ำยุงลายในตำบลได้ถึงร้อยละ 76.0 จากการประเมินผลการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.11, SD = 0.41) โดยมีประเด็นที่มีระดับการดำเนินงานมากที่สุด คือ หลังจากนำกระบวนการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานมาใช้ในพื้นที่ จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกลดลง ส่วนประเด็นที่มีระดับการดำเนินงานน้อยที่สุด คือ การใช้สารเคมี เช่น ทราเยมโฟส สารเคมีฉีดพ่น สเปรย์กระพอง ฯลฯ ในพื้นที่ มีแนวโน้มลดลง รายละเอียดแสดงดังตาราง 5

ตาราง 5 การดำเนินงานการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานโรคไข้เลือดออกด้านผลลัพธ์ (N = 21)

ด้านผลลัพธ์	ระดับการดำเนินงาน		
	Mean	S.D.	แปลผล
1. หลังจากนำกระบวนการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานมาใช้ในพื้นที่ จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกลดลง	2.62	0.81	สูง
2. การใช้สารเคมีควบคุมโรคในพื้นที่มีแนวโน้มลดลง	1.38	0.67	ต่ำ
3. มีการใช้มาตรการอื่น ๆ ในการควบคุมโรคไข้เลือดออก เช่น ปลูกกินลูกน้ำ การจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม การใช้กฎหมายหมู่บ้าน เทศบัญญัติ ฯลฯ	2.38	0.67	สูง
4. จำนวนลูกน้ำยุงลายในหมู่บ้าน/พื้นที่ ของท่านลดลง	1.76	0.94	ปานกลาง
5. มีการคืนข้อมูล หรือรายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกเป็นประจำ เช่น การประชุมหมู่บ้าน ประชุม อสม. ฯลฯ	2.43	0.87	ปานกลาง
รวม	2.11	0.41	ปานกลาง

3. จุดแข็งและจุดอ่อนในการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานโรคไข้เลือดออกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดชัยภูมิ ครั้งนี้ พบว่า

จุดแข็ง

- การดำเนินกระบวนการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสาน สามารถช่วยลดจำนวนผู้ป่วยในป็นนี้ได้

- มีการจัดทีมควบคุมโรคให้ทันต่อสถานการณ์ โดยมีองค์ประกอบทีม ได้แก่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

- องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณควบคุมโรคได้เพียงพอต่อการจัดซื้อเวชภัณฑ์ สารเคมี และสนับสนุนทีมควบคุมโรค

จุดอ่อน

- หลังจากผ่านการประเมินรับรองตำบลต้นแบบจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานโรค

ไข้เลือดออกแล้ว ไม่มีการดำเนินงานต่อไปอีก ทำให้ขาดการวิเคราะห์ความเสี่ยงในชุมชน และแลกเปลี่ยนปัญหาและการทำงานกับเครือข่ายอื่นในชุมชน ส่งผลให้มาตรการควบคุมโรคลดลง วิธีการอื่น ๆ ในการควบคุมลูกน้ำยุงลายลดลง นวัตกรรมที่เคยดำเนินการในชุมชนหายไป เน้นแต่ใช้สารเคมีในการควบคุมโรค

- องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งเห็นว่าเครื่องพ่นสารเคมี และสารเคมีไม่เพียงพอ และขาดการบำรุงรักษา และประเมินมาตรฐานเครื่องพ่นที่ถูกต้อง และขาดการอบรมฟื้นฟูเทคนิคการพ่นให้ทีม ควบคุมโรค- การประสานข้อมูล หรือคืนข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก และวิเคราะห์สถานการณ์ทางระบาดวิทยาในชุมชนไม่เพียงพอ ทำให้ขาดข้อมูลที่สำคัญต่อการวางแผนควบคุมป้องกันโรค เช่น สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และแหล่งรังโรค ซึ่งส่งผลต่อการควบคุมป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้โรคเกิดการระบาดต่อเนื่อง

สรุปและอภิปรายผล

การประเมินการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานโรคไข้เลือดออกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดชัยภูมิครั้งนี้ ใช้รูปแบบการประเมิน CIPP model ใน 4 ด้าน คือ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ ระดับการดำเนินงานภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.31, SD = 0.33) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเห็นว่ากระบวนการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานเป็นกระบวนการที่ดีสามารถช่วยลดจำนวนผู้ป่วยได้ และทำให้เกิดมาตรการควบคุมโรคที่เหมาะสมกับชุมชน แต่หลังจากผ่านการประเมินรับรองไปแล้วยังขาดการดำเนินงานที่ต่อเนื่องและขาดตัวกลางที่จะประสานการทำงานระหว่างเครือข่ายต่าง ๆ ในชุมชน ไม่มีคำสั่งแต่งตั้งและการประชุมวิเคราะห์ความเสี่ยงและแนวทางแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกของคณะกรรมการตำบลจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานในปีปัจจุบัน และเจ้าหน้าที่ควบคุมโรคขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเปลี่ยนหรือย้ายงานบ่อย ทำให้การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานวิจัยของปราณ สุกมลันนันทน์⁶ ที่พบว่า “ระดับการดำเนินงาน IVM อำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง จำเป็นต้องเน้นการพัฒนาในเรื่องการบูรณาการแผนงานโรคไข้เลือดออกของภาคีเครือข่ายร่วมกัน พัฒนามาตรการควบคุมโรคในพื้นที่โดยใช้นวัตกรรมจากชุมชนเพื่อแทนที่การใช้สารเคมีในการควบคุมโรคที่ไม่จำเป็น และสร้างแรงจูงใจให้เครือข่ายทุกภาคส่วนร่วมดำเนินงาน เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ต่อไป ” และสอดคล้องกับงานวิจัยของชาญชัย เจริญสุข⁷ ที่ศึกษา ผลการพัฒนาารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ ปี 2559 ในประเด็น “องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอเกษตรสมบูรณ์ มีบทบาทสนับสนุนงบประมาณ และสารเคมีในการควบคุมโรค และการมี

นายอำเภอเป็นตัวแทนถ่ายทอดนโยบาย ทำให้กำนันผู้ใหญ่บ้าน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความสำคัญในการดำเนินงาน ประชาชนชุมชนให้ความร่วมมือมากขึ้นในการดูแลบ้านตนเอง ทำให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงาน

ในส่วนระดับการดำเนินงานแยกรายด้านสูงที่สุด คือ ด้านปัจจัยนำเข้า เนื่องจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเห็นว่าทรัพยากรในการควบคุมโรคในตำบลมีความเพียงพอและสามารถควบคุมโรคได้ โดยมีประเด็นสำคัญ คือ ทีมควบคุมโรคในพื้นที่ดำเนินการควบคุมโรคได้ทันเวลาก่อนเกิดการระบาดของโรคและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณและวัสดุเวชภัณฑ์ที่เพียงพอ สอดคล้องกับงานวิจัยของภมรดรุณ⁸ ผลการศึกษาพบว่า ทางสาธารณสุขอำเภอเมื่อได้รับหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดก็ได้มีการประชาสัมพันธ์สื่อสารความเสี่ยงไปยังชุมชนหมู่บ้าน โดยเฉพาะในพื้นที่เสี่ยงที่เคยระบาดมาก่อน รวมไปถึงการณรงค์ให้ อสม. และชาวบ้านในชุมชนช่วยกำจัดลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ และให้มีการเตรียมวัสดุอุปกรณ์ในการควบคุมโรคไว้ตั้งแต่ต้นปี ส่วนระดับการดำเนินงานแยกรายด้านน้อยที่สุด คือ ด้านผลลัพธ์ พบว่าสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในตำบลที่รับรองตำบลต้นแบบการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานโรคไข้เลือดออกจังหวัดชัยภูมิ ตั้งแต่ 1 มกราคม – 4 สิงหาคม 2563 มีตำบลที่พบผู้ป่วยสูงกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี ถึงร้อยละ 95.0 และไม่สามารถควบคุมลูกน้ำยุงลายในตำบลได้ถึงร้อยละ 76.0 โดยมีประเด็นสำคัญ คือ แนวโน้มการใช้สารเคมี เช่น ทราาย สารเคมีฉีดพ่น สเปรย์กระพอง ฯลฯ ในพื้นที่ยังเพิ่มขึ้นเนื่องจากในตำบลเน้นการควบคุมโรคโดยใช้สารเคมีเป็นประเด็นหลักมากกว่าการใช้มาตรการหรือนวัตกรรมอื่นๆ ในชุมชน ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของนพมาศ ศรี

เพชรวรรณดี⁹ ผลการศึกษาพบว่า อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของตำบลออนใต้ น้อยกว่า 50 ต่อแสนประชากร ดัชนีเอชไอ (HI) น้อยกว่า 10 ไม่พบการระบาดของโรคไข้เลือดออกในตำบล อีกทั้งยังพบว่า ทีมอสม. ไข้เลือดออกตำบลออนใต้ได้รับการยกย่องเป็นวิทยากรถ่ายทอดวิธีการสำรวจลูกน้ำและการทำงานควบคุมโรคไข้เลือดออกให้แก่ อสม. ต่างตำบลและต่างอำเภอ และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของวรวิทย์ วุฒา¹⁰ พบว่า นวัตกรรมชุมชนลดการเกิดโรคไข้เลือดออกจำเป็นต้องใช้มาตรการทั้งการกำจัดตัวเชื้อไวรัส กำจัดยุงพาหะและป้องกันไม่ให้ยุงกัด นอกจากการใช้สารเคมีกำจัดลูกน้ำยุงลายและตัวเต็มวัยแล้ว ชุมชนยังมีการประยุกต์ใช้นวัตกรรมในการควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้แก่ ใช้เกลือ ใช้ปูนแดง ใช้ควบคุมลูกน้ำยุงลาย ใช้มะกรูด ตะไคร้หอม ไล่หรือกำจัดยุงตัวเต็มวัย ใช้ปีบปักยุง และให้สุขศึกษาโดยการขับร้องสรภัญญะโรคไข้เลือดออก

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการดำเนินงานจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานในตำบลอีกครั้ง โดยมีหน่วยงานกลางมาเป็นผู้ประสานงาน และฟื้นฟูกระบวนการ
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการติดตามการดำเนินงานจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ชุมชนมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
3. หน่วยงานที่มีบทบาทกำหนดนโยบาย ควรผลักดันนโยบายจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานให้เป็นนโยบายระดับประเทศอย่างจริงจัง และสอดคล้องกันทุกหน่วยงาน เช่น สาธารณสุข ท้องถิ่นมหาดไทย ศึกษาธิการ พัฒนาชุมชน เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง 21 แห่ง ในจังหวัดชัยภูมิ ที่ช่วยให้ข้อมูล และสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงปกร่องส่วนท้องถิ่นทั้ง 21 แห่ง ในจังหวัดชัยภูมิ ที่ช่วยให้ข้อมูล และสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. งามอาจ เจริญสุข. (2560). ระบาดวิทยาประยุกต์เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สมุทรสาคร: บริษัท บอร์น ทู บี พับลิชชิง จำกัด.
2. กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค. (2562). สถานการณ์โรคไข้เลือดออกประเทศไทย ประจำสัปดาห์ที่ 41 ปี 2562. สืบค้นเมื่อวันที่ 13 สิงหาคม 2563. เข้าถึงได้จาก https://drive.google.com/drive/folders/1sBA PWcKaO6mhPFw7z0uY_LF4B__7fjb7.
3. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา. (2562). ข้อมูลรายงาน 506 ประจำสัปดาห์ที่ 41 ปี 2562. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา: นครราชสีมา.
4. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา. (2557). คู่มือการดำเนินงานการจัดการยุงลายพาหะนำโรคไข้เลือดออกตามหลักการจัดการแมลงพาหะนำโรคแบบผสมผสาน(พิมพ์ครั้งที่ 1). นครราชสีมา: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เลิศศิลป์ สาส์ณ โฮลดิ้ง.
5. สุ่มทันนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต. (2553). หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 6). มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์-สารคามเปเปอร์.
6. ปราณ สุขุมลันนันทน์. (2563). การประเมินผลการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานโรคไข้เลือดออกอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 16(2): 35 – 44.
7. ชานูชัย เจริญสุข. (2562). ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ ปี 2559. วารสารควบคุมโรค. 45(1): 31 –41.
8. งามร ตรุณ. (2563). การประเมินผลการดำเนินงานศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรณีโรคไข้เลือดออก จังหวัดบึงกาฬ ปี 2562. วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา. 3(2): 3-17.
9. นพมาศ ศรีไพพรรณ์ และคณะ. (2560). ถอดบทเรียนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ: กรณีศึกษาการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยชุมชนมีส่วนร่วม. วารสารพยาบาลสาร. 44(1): 117-127.
10. วรวิทย์ วุฒา. (2561). การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่อำเภอหาดพยอม จังหวัดนครพนม. วารสารสำนักงานป้องกัน ควบคุม โรค ที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี. 16(1): 51-62.

Received: 6 Feb 2022, Revised: 28 Feb 2022

Accepted: 7 Mar 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ

ระดับความรู้ ระดับการรับรู้ และระดับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไวรัสซิกาของหญิงตั้งครรภ์ในจังหวัดราชบุรี

ศรินธร มังคะมณี¹, อิศรา ศิริมณีรัตน์²

บทคัดย่อ

ไข้ซิกาหรือโรคไวรัสซิกาเกิดขึ้นโดยมีุงกลายเป็นพาหะนำโรค โดยหากพบในผู้ป่วยที่กำลังตั้งครรภ์สามารถส่งต่อเชื้อผ่านทางมารดาไปยังทารกและทำให้ทารกมีศีรษะเล็กได้ เพื่อศึกษาระดับความรู้ ระดับการรับรู้ และระดับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไวรัสซิกาของหญิงตั้งครรภ์ในจังหวัดราชบุรี งานวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดราชบุรี ผู้วิจัยทำการเก็บแบบสอบถามจำนวน 95 คน โดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิเคราะห์พบว่า รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไวรัสซิกามากกว่าร้อยละ 90 (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.23) ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสซิกาในจังหวัดราชบุรี พบว่า ผู้ป่วยโรคซิกาสามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้มากที่สุดช่วงป่วย 10 วันแรก ตอบถูกมากที่สุด (ตอบถูกร้อยละ 88.4) ผลการวิเคราะห์การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไวรัสซิกาในจังหวัดราชบุรี พบว่าท่านมีการปิดประตูห้องนอนทุกครั้งเพื่อป้องกันไม่ให้ยุงเข้ามา หรือนอนในห้องปรับอากาศ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2.53 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไวรัสซิกาในจังหวัดราชบุรี อยู่ระดับน้อย สำหรับความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสซิกาในจังหวัดราชบุรี และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไวรัสซิกาในจังหวัดราชบุรี อยู่ในระดับปานกลาง

คำสำคัญ : ไวรัสซิกา, ระบาด, หญิงตั้งครรภ์

¹ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีราชบุรี

² คณะศิลปศาสตร์ สาขาสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

*Original Article***Personal Factors Affecting Use of Personal Protective Equipment Behaviors for Solid Waste Collectors of Subdistrict Municipality in Phuket Province.**Sarinthorn Mungkhamanee¹, Issara Siramaneerat²**Abstract**

Zika fever, or Zika virus, is caused by Aedes mosquitoes which found in pregnant patients, can transmit the infection through the mother to the baby and cause the baby to have a small head.

The purposes were to study the level of knowledge, awareness level and the level of practice to prevent and control the epidemic of Zika disease in pregnant women in Ratchaburi.

This research is a survey research which data collection used questionnaires. The samples used in the study were pregnant women living in Ratchaburi Province. The researcher collected 95 questionnaires by using simple random sampling. Data analysis were frequency, percentage, mean and standardize division. The results of the data analysis on Zika disease in Ratchaburi showed that most of the information about Zika disease from the internet (mean = 2.23). The results of the knowledge analysis on cirrhosis in Ratchaburi showed that patients with cirrhosis were able to spread the disease to others during the first 10 days (88.4 percent). Moreover, in Ratchaburi province, it was found that every bedroom door was closed to prevent mosquitoes from entering the bedroom or sleep in an air-conditioned room.

Perception of information about Zika virus in Ratchaburi province was at low level. Regarding to knowledge about Zika Virus in Ratchaburi Province and actions to prevent and control the spread of Zika virus in Ratchaburi province were at a medium level.

KEYWORDS: Zika disease, epidemic, pregnant woman

¹ Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi, Thailand

² Department of social science, Faculty of liberal art, Rajamangala University of Technology Thanyaburi

บทนำ

ไข้ฉี่ขาวหรือโรคไวรัสฉี่ขาวเกิดขึ้นโดยมีศูนย์กลางเป็นพาหะนำโรค พบพบการติดเชื้อครั้งแรกในลิงที่ประเทศอุกันดา เมื่อปี พ.ศ.2490 ในลิง โดยในขณะนั้นมีการศึกษาวงจรการเกิดโรคไข้เหลือง จึงมีการค้นพบเชื้อไวรัสฉี่ขาวขึ้นมา โรคไข้ฉี่ขาวพบว่าเริ่มมีการติดต่อในคนตั้งแต่ พ.ศ. 2495 ในประเทศอุกันดา สาธารณรัฐแทนซาเนีย และมีรายงานพบการระบาดของโรคไข้ฉี่ขาว ในพื้นที่ของทวีปแอฟริกา เอเชีย หมู่เกาะแปซิฟิกและอเมริกา โดยแนวโน้มของการเพิ่มขึ้นของการระบาดของโรคไวรัสฉี่ขาวมักจะแพร่กระจายไปยังประเทศใหม่ ๆ เนื่องจากการเดินทางที่สะดวกและรวดเร็ว นอกจากนั้นยังศูนย์กลางซึ่งเป็นพาหะนำโรคยังมีการกระจายอยู่ในหลายทวีปทั่วโลก¹ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการติดเชื้อคล้ายกับไข้แดงกิ เช่น ไข้ ตาแดง ปวดข้อ ปวดหัว ผื่นแดง โดยอาการมักคงอยู่ไม่เกินเจ็ดวัน² อย่างไรก็ตามโรคไวรัสฉี่ขาวหากพบในผู้ป่วยที่กำลังตั้งครรภ์สามารถส่งต่อเชื้อผ่านทางมารดาไปยังทารกและทำให้ทารกมีศีรษะเล็กได้³

ดังนั้นกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษคือ ผู้หญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากเด็กที่คลอดออกมาอาจจะมีผลผิดปกติ เช่น มีรอบศีรษะขนาดเล็กกว่าที่ควรจะเป็นหรืออาจจะมีอาการเกี่ยวข้องกับอาการอื่นๆ อย่าง อาการชัก พัฒนาการล่าช้า หรือบางรายมีความผิดปกติในเรื่องของระบบประสาท และช่วงที่มีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับผลกระทบกับทารก คือ อายุครรภ์ไม่เกิน 3 เดือน ซึ่งจะมีความเสี่ยงมากกว่าอายุครรภ์เกิน 3 เดือนขึ้นไป⁴ แต่ไม่ได้แปลว่า ผู้หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสฉี่ขาวจะเกิดผลกระทบกับเด็กในครรภ์ทุกราย

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นความสำคัญของการศึกษาความรู้ การรับรู้ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน

และควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไวรัสฉี่ขาวของหญิงตั้งครรภ์ในจังหวัดราชบุรี เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลที่สำคัญ ในการประกอบการตัดสินใจสำหรับผู้เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วน ทั้งในระดับปฏิบัติการและระดับบริหาร ในการพัฒนาแผนป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไวรัสฉี่ขาวให้สอดคล้องกับสภาพการณ์อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยในรูปแบบ การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นประชากรและกลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การศึกษาข้อมูลเอกสาร (Documentary Research) โดยการศึกษาค้นคว้ารวบรวมข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ ได้แก่ เอกสารทางวิชาการ วารสาร บทความ วิทยานิพนธ์ รายงานการวิจัย และข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต มาเป็นข้อมูลเบื้องต้น จากนั้นนำข้อมูลเหล่านี้มาพิจารณาพร้อมกับแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาสร้างกรอบแนวคิดและสมมติฐาน

ขั้นที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามไปยังหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดราชบุรี จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลในทางสถิติเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ตั้งไว้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ หญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดราชบุรี จำนวน 95 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ามาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคูบัว และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนตะโก อำเภอเมืองจังหวัดราชบุรี โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้

- 1) หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เป็นโรคซึมเศร้า

- 2) หญิงตั้งครรภ์ที่สามารถอ่านออกเขียนภาษาไทยได้
- 3) หญิงตั้งครรภ์มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 5 เดือนขึ้นไป เนื่องจากผู้วิจัยไม่ต้องการให้เรื่องที่เก็บไปกระทบกระเทือนจิตใจกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์น้อย

เครื่องมือการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม มี 5 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มประชากร ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา เขตที่อยู่อาศัย อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ ต่อเดือน ระยะเวลาที่ตั้งครรภ์ ภาวะสุขภาพ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ สถานที่รับบริการตรวจครรภ์ สิทธิการรักษา บุคคลที่พักอาศัย และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไวรัสซิกา ลักษณะข้อคำถามชนิดเลือกตอบ (Check list)

ตอนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสซิกา จำนวน 12 ข้อ คำถามลักษณะของแบบสอบถามที่ใช้ทดสอบความรู้

ตอนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสซิกา โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรค จำนวน 20 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามที่ใช้เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ได้แบ่งออกเป็น 5 ระดับ

สำหรับแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสซิกา ที่เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามแบบของลิเคอร์ (Linker's Rating Scale) โดย

ผู้ศึกษากำหนดค่าน้ำหนักของคะแนนเป็น 5 ระดับ ซึ่งมีความหมายดังนี้

ระดับ 5 คะแนน หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสซิกา อยู่ในระดับมากที่สุด

ระดับ 4 คะแนน หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสซิกา อยู่ในระดับมาก

ระดับ 3 คะแนน หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสซิกา อยู่ในระดับปานกลาง

ระดับ 2 คะแนน หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสซิกา อยู่ในระดับน้อย

ระดับ 1 คะแนน หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสซิกา อยู่ในระดับน้อยที่สุด

เกณฑ์และวิธีการให้คะแนน

คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึงการรับรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสซิกา อยู่ในระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึงการรับรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสซิกา อยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึงการรับรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสซิกา อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึงการรับรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสซิกา อยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึงการรับรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสซิกา อยู่ในระดับน้อยที่สุด

ตอนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไวรัสซิกา จำนวน 20 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามที่ใช้เป็นคำถามให้เลือกว่าปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

ตอนที่ 5 ข้อเสนอแนะในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ผ่านการตรวจสอบโดยการนำเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบ ความถูกต้องและความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยคำตัดสินความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและจุดประสงค์

(Item-Objective of Congruence: IOC) โดยหาค่า IOC พบว่าทุกข้อที่มีค่าระหว่าง 0.50–1.00 แล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้จัดเก็บข้อมูล (Try-Out) จำนวน 30 คนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ

สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. เตรียมอุปกรณ์การศึกษา ได้แก่ แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจคุณภาพแล้ว
2. ประสานขอความร่วมมือจากกระทรวงสาธารณสุข เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ดำเนินการแจกแบบสอบถามจำนวน 95 ฉบับ และได้รับแบบสอบถามคืนทุกฉบับคิดเป็นร้อยละ 100
4. ผู้ศึกษาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในแบบสอบถามให้มีความถูกต้องสมบูรณ์ก่อนที่จะนำไปทำการวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติ โดยงานวิจัยได้รับเอกสารรับรองจริยธรรมวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส เลขที่ 018/2561

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูล เป็นการดำเนินการกับข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ เพื่อนำมาซึ่งการตอบสมมติฐานและตอบโจทย์วิจัย การดำเนินการในขั้นตอนนี้จึงเป็นการเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมและการวิเคราะห์ผลจากข้อมูลที่ได้รับ โดยผู้วิจัยได้วางแผนทางการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นที่มีต่อปัจจัยต่าง ๆ ใช้สถิติค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31 – 35 ปี จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 26.3 ส่วนใหญ่สมรส จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 86.3 ส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นปริญญาตรี จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 27.4 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว ส่วนตัวจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 22.1 ส่วนใหญ่รายได้เฉลี่ยรวมกันในครอบครัวจำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 32.7 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพมากกว่า 30 สัปดาห์ จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 37.1 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 85.3 ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 96.8 ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับควันบุหรี่ จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 56.8 ส่วนใหญ่ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 84.2 ส่วนใหญ่ตรวจเช็คสุขภาพประจำปีตามกำหนดทุกครั้ง จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 84.2 ส่วนใหญ่เข้ารับบริการที่คลินิกเอกชน จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 45.3 ส่วนใหญ่จ่ายเอง จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 36.8 และส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 66.3

ผลการวิเคราะห์การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไวรัสซิกา

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไวรัสซิกาในจังหวัดราชบุรี

ประเภทของสื่อ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	ค่าเฉลี่ย	SD.	แปลผล
1. โทรทัศน์ /เคเบิลทีวี	58.9	13.7	18.9	4.2	4.2	1.81	1.14	น้อย
2. วิทยุ/วิทยุ ชุมชน	78.9	13.7	5.3	2.1	-	1.31	0.67	น้อยที่สุด
3. แผ่นพับ/ แผ่นปลิว	61.1	9.5	20	8.4	1.1	1.79	1.10	น้อย
4. หนังสือพิมพ์	74.7	11.6	8.4	4.2	1.1	1.45	0.90	น้อยที่สุด
5. โปสเตอร์ /ป้ายโฆษณา	56.8	10.5	18.9	11.6	2.1	1.92	1.19	น้อย
6. อินเทอร์เน็ต	50.5	8.4	15.8	17.9	7.4	2.23	1.42	น้อย
7. แพทย์/พยาบาล/เภสัชกร/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	66.3	9.5	9.5	8.4	6.3	1.79	1.28	น้อย
8. เพื่อน/ญาติ/คนในครอบครัว	87.4	4.2	4.2	4.2	-	1.25	0.73	น้อยที่สุด
9. คนในชุมชน/พระ/ครู/ปราชญ์/ ชาวบ้าน /อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน	87.4	2.1	9.5	1.1	-	1.24	0.66	น้อยที่สุด
รวม						1.64	1.01	น้อย

ผลการวิเคราะห์การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไวรัสซิกาในจังหวัดราชบุรี พบว่า รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไวรัสซิกาจากอินเทอร์เน็ตมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.23) รองมาคือโปสเตอร์/ป้ายโฆษณา (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.92) และโทรทัศน์/เคเบิลทีวี (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ

1.81) สำหรับคนใน ชุมชน/พระ/ ครู/ปราชญ์/ชาวบ้าน/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่ารับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไวรัสซิกาจากอินเทอร์เน็ตน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.24)

ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสซิกา

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสซิกาในจังหวัดราชบุรี

ข้อ	รายการ	ตอบถูก	ตอบผิด
1.	โรคซิกาแพร่กระจายโดยการถูกกัดจากยุงลายที่มีเชื้อ	46 (48.4)	49 (51.6)
2.	ผู้ป่วยของโรคซิกามักมีอาการรุนแรง จำเป็นต้องพบแพทย์ทันที	11 (11.6)	84 (88.4)
3.	โรคซิกาไม่สามารถติดต่อได้ผ่านทางมือที่สัมผัสเสมหะ น้ำมูก น้ำลาย และสิ่งของที่ปนเปื้อน เช่น ลูกบิดประตู ราวบันได โทรศัพท์ โต๊ะ เก้าอี้ เป็นต้น	13 (13.7)	82 (86.3)
4.	การป้องกันโรคซิกาสามารถทำได้โดยการป้องกันการถูกยุงกัด	52 (54.7)	43 (45.3)
5.	โรคซิกามีอาการเหมือนไข้หวัดทั่วไป ได้แก่ ไข้สูง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ไอเจ็บคอ มีน้ำมูก หายใจลำบาก บางรายอาเจียน ท้องเสีย	33 (34.7)	62 (65.3)
6.	หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคซิกามีโอกาสส่งผลกระทบต่อเด็กในครรภ์ได้	50 (52.6)	45 (47.4)
7.	ผู้ที่มีอาการไข้ ภายใน 48 ชั่วโมง หากอาการไข้ยังไม่ลด ควรรีบไปพบแพทย์	44 (46.3)	51 (53.7)
8.	อาการของโรคซิกาจะเป็นอยู่ประมาณ 2-7 วัน แล้วจะหายไปเองหากได้รับการพักผ่อนและดูแลตนเองอย่างดี	6 (6.3)	89 (93.7)
9.	การดูแลสุขภาพให้แข็งแรงด้วยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ กินอาหารให้ครบ 5 หมู่ และพักผ่อนให้เพียงพอ ช่วยป้องกันโรคซิกาได้	65 (68.4)	30 (31.6)
10.	ผู้ป่วยโรคซิกาสามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้มากที่สุดช่วงป่วย 10 วันแรก	84 (88.4)	11 (11.6)

ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสซิกาในจังหวัดราชบุรี พบว่า ผู้ป่วยโรคซิกาสามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้มากที่สุดช่วงป่วย 10 วันแรก ตอบถูกมากที่สุด (ตอบถูกร้อยละ 88.4) รองมาคือการดูแลสุขภาพให้แข็งแรงด้วยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ กินอาหารให้ครบ 5 หมู่ และพักผ่อนให้เพียงพอ ช่วยป้องกันโรคซิกาได้ (ตอบถูกร้อยละ

54.7) และหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคซิกามีโอกาสส่งผลกระทบต่อเด็กในครรภ์ได้ (ตอบถูกร้อยละ 52.6) ในขณะที่อาการของโรคซิกาจะเป็นอยู่ประมาณ 2-7 วัน แล้วจะหายไปเองหากได้รับการพักผ่อนและดูแลตนเองอย่างดี ตอบ ตอบถูกน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 6.3

ผลการวิเคราะห์การรับรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสซิกา

ผลการวิเคราะห์การรับรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสซิกาในจังหวัดราชบุรี พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพบว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในบ้านที่ไม่มีมุ้งลวดป้องกันยุงมีโอกาสติดโรคซิกาได้มากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในบ้านที่มีมุ้งลวด มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.32 รองลงมาคือเด็กในครรภ์ของหญิงที่ติดเชื้อโรคซิกามีโอกาสเกิดภาวะสมองเล็ก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.89 และผู้ที่คลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วยมีโอกาสที่จะติดโรคซิกาได้มากกว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.76

การรับรู้ความรุนแรงของโรค พบว่าท่านรู้สึกกังวลเกี่ยวกับโรคซิกา มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2.48 รองลงมาคือโรคซิกาไม่ทำให้เกิดความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.43 และผู้ป่วยโรคซิกาจะมีอาการไม่รุนแรงเหมือนไข้หวัดใหญ่ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.37

การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันโรค พบว่าการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายบริเวณบ้านช่วยให้ท่านสามารถป้องกันโรคซิกาได้ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.09 รองลงมาคือการไปพบแพทย์ทันทีที่สงสัยว่าติดเชื้อซิกาทำให้ท่านได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.95 และการออกกำลังกายสม่ำเสมอจะช่วยให้ท่านมีร่างกายแข็งแรงและเป็นผลดีต่อการป้องกันการติดโรคซิกา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.05

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรค พบว่าการหลีกเลี่ยงพื้นที่ชุมชนที่มีคนจำนวนมากเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2.46 รองลงมาคือการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงทุกอาทิตย์เป็นสิ่งจำเป็นแม้จะต้องเสียเวลาก็ตาม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.33 และท่านรู้สึกว่า การป้องกันตนเองจากการถูกยุงกัดเป็นเรื่องที่ยาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.23

ผลการวิเคราะห์การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไวรัสซิกา

ผลการวิเคราะห์การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไวรัสซิกาในจังหวัดราชบุรี พบว่าท่านมีการปิดประตูห้องนอนทุกครั้งเพื่อป้องกันไม่ให้ยุงเข้ามา หรือนอนในห้องปรับอากาศ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2.53 รองลงมาคือ ท่านนอนในมุ้งหรือติดมุ้งลวดป้องกันยุง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.32 และ ท่านล้างมือบ่อย ๆ ด้วยน้ำและสบู่หรือแอลกอฮอล์เจล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.23 ในขณะที่ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือท่านปิดปาก ปิดจมูกด้วยผ้าเช็ดหน้า หรือ กระดาษเช็ดหน้าเมื่อไอ จาม และล้างมือทุกครั้ง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.84

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไวรัสซิกาในจังหวัดราชบุรีอยู่ในระดับน้อย เช่นเดียวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไวรัสซิกาในจังหวัดราชบุรีอยู่ในระดับน้อยเช่นกัน สอดคล้องกับงานวิจัย⁵ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ของนักเรียนช่วงชั้น ที่ 3 สังกัดกรุงเทพมหานคร กลุ่มเขตกรุงเทพมหานครตะวันออก พบว่าการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 มากที่สุด ทั้งนี้เนื่องมาจากนักเรียนมีโอกาสเปิดรับสื่อต่าง ๆ ได้หลายทาง ทั้งจากสื่อมวลชนต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ สื่อสิ่งพิมพ์ และอินเทอร์เน็ต เป็นต้น รวมทั้งโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร มีการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์วิธีการป้องกันไข้หวัดใหญ่ให้กับครอบครัว ประชาชนในพื้นที่ และเพื่อนนักเรียนด้วยกัน จากการรณรงค์เผยแพร่และประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสซิกาข้างต้น จึงเป็นสื่ออีกช่องทางหนึ่งที่ประชาชนสามารถเปิดรับ สื่อและ ข่าวสารเกี่ยวกับโรคไวรัสซิกา⁵

และจากรายงานการศึกษาเรื่อง การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ที่ทำการสำรวจข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ พบว่า การจูงใจให้ปฏิบัติหลังจากได้รับข้อมูลข่าวสารแล้วสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างนำไปปฏิบัติตาม และยังพบอีกว่าการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพในเนื้อหาต้านโรคติดต่อ/ โรคไม่ติดต่อ จากสื่อมวลชน เช่น โทรทัศน์ วิทยุ ส่วนใหญ่มีผลต่อการจูงใจให้ปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง หากเป็นการรับรู้ข่าวสารจากแพทย์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่มีผลต่อการจูงใจให้ปฏิบัติอยู่ในระดับมาก รวมถึงการรับรู้ข่าวสารความรู้เนื้อหาเรื่องโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ ทุกประเด็นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับการจูงใจให้ปฏิบัติ กล่าวคือถ้าประชาชนมีการรับรู้ข่าวสารในเนื้อหาดังกล่าวมากก็จะสามารถได้รับการจูงใจให้ปฏิบัติด้วย⁶ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา⁷ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากไข้มาลาเรียของประชาชนในตำบลบ้านแห อำเภอนาดูน จังหวัดยโสธร ที่กล่าวว่า การได้รับข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเอง จากไข้มาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข่าวสาร ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากไข้มาลาเรียมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับข่าวสาร และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับไข้มาลาเรียอยู่ในระดับสูงจะมีพฤติกรรมการป้องกันตนเอง จากไข้มาลาเรียมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับไข้มาลาเรียในระดับต่ำ กล่าวว่า กลุ่มตัวอย่างหลังดำเนินการมีความรู้ มีการรับรู้และมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคมาลาเรียเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ⁷ นอกจากนี้งานวิจัยความรู้ ทศนคติและการปฏิบัติ ของประชาชนในแคว้นมคธ รัฐฉาน ประเทศอินเดีย⁸ พบว่าการจัดกิจกรรมในชุมชนเพื่อเพิ่มความรู้ให้ชุมชนและ

สร้างความตระหนักในท้องถิ่น เพื่อส่งเสริมการป้องกันโรคมาลาเรีย เพิ่มการใช้มุ้งสำหรับการป้องกันโรคมาลาเรียจากการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวส่งผลให้โรคมาลาเรียลดลง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับศึกษาพฤติกรรมความรู้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนพื้นที่ชายแดนไทย-ลาวและกัมพูชา⁹ ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงในการเกิดโรค ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 80.80) ประชาชนได้รับรู้ข่าวสารจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ร้อยละ 97.60) คะแนนความรู้การป้องกันโรคมาลาเรีย อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 62.00) พฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรีย คือ การนอนกางมุ้ง (ร้อยละ 91.40)

ข้อเสนอแนะ

1. องค์การภาครัฐควรสร้างความตระหนักเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไวรัสซิกา โรคติดต่อไวรัสซิกาเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ ความรู้ เกี่ยวกับ พยาธิสภาพของโรค อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน และการป้องกันโรค ยังไม่มีการเผยแพร่อย่าง กว้างขวางสู่ประชาชน โดยเฉพาะบุคคลที่อาศัยในชุมชน และในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และหญิงวัยเจริญพันธุ์ พยาบาล อนามัยชุมชน และพยาบาลผดุงครรภ์จึงมีบทบาทสำคัญใน การให้ความรู้และสร้างความตระหนักให้แก่ประชาชน เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ติดตามสถานการณ์ การระบาดของโรค และข้อมูลการศึกษาหรือวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง การป้องกันโรค ถือเป็นหัวใจสำคัญที่ต้องให้ ความรู้แก่ประชาชน เพื่อนำความรู้ที่มีความทันสมัยไป เผยแพร่ให้กับประชาชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Disease Control. Knowledge of Zika virus disease from http://beid.ddc.Moph.go.th/beid_2014/sites/default/files/factsheet_zika020259.pdf
2. Musso, D.; Nilles, E.J.; Cao-Lormeau, V.-M. Rapid spread of emerging Zika virus in the Pacific area". *Clinical Microbiology and Infection* 20 (10): O595–6, 2014. doi:10.1111/1469-0691.12707.
3. Chen, LH; Hamer, DH. (2016). Zika Virus: Rapid Spread in the Western Hemisphere. *Annals of internal medicine*.
4. Yenpoca ,S. A study of factors affecting influenzaa, H1N1 preventative behavior of matthayomsuksai-III students in Bangkok metropolitan, east Bangkok. Srinakharinwirot University, 2010.
5. Supida Yenpoka. Factors Affecting Prevention Behavior of New Influenza 2009 in Grade 3 Students under the Bangkok Metropolitan Administration. Eastern Bangkok Area Group, Graduate School Srinakharinwirot University, 2010.
6. Chantapitchaya Photisajan; and faculty. Behavior of avian influenza prevention behavior of the network of health leaders, 2019. <http://www.hed.go.th/indexpage/hupdate/show.aspx?id=>
7. Haleem Toh Jeh. Behavior of self-protection from malaria of the people in Ban Jar Sub-district, Than To District, Yala Province. Special Public Health Problems Bachelor of Science. Yala: College of Public Health Sirindhorn, Yala Province, 2008.
8. Singh RK, Haq S and Dhiman RC. Studies on Knowledge, Attitude and Practices in Malaria Endemic Tribal Areas of Bihar and Jharkhand, India. *Journal of Tropical Diseases*. National Institute of Malaria Research (ICMR), Dwarka, New Delhi, India, 2014.
9. Wanchai Sihawong. Malaria prevention and control behavior of people in the border areas of Thailand-Laos and Cambodia. Academic work, Ministry of Public Health. Bangkok: Royal Thai Police, 2009.

Received: 31 Mar 2022, Revised: 6 Apr 2022

Accepted: 10 Apr 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเน้นสร้างความรอบรู้ของครูพี่เลี้ยงเรื่อง 4D เพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย สังกัดสำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร

ศิริพรรณ บุตรศรี¹, ปาริชาติ ชราภาพมุด²

บทคัดย่อ

คณะกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ได้กำหนดให้ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนพัฒนาคุณภาพบริการ ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ประกอบด้วยมาตรฐาน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านบริหารจัดการ ด้านกระบวนการดูแลจัดประสบการณ์เรียนรู้และเล่น และด้านคุณภาพเด็กปฐมวัย ครูพี่เลี้ยงจึงเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลเด็กปฐมวัย จึงควรได้รับการพัฒนาศักยภาพและสร้างความรอบรู้ เพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ส่งมอบเด็กปฐมวัยคุณภาพส่งเด็กวัยเรียนต่อไป การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และประเมินประสิทธิผลหลักสูตรฝึกอบรมเน้นสร้างความรอบรู้ของครูพี่เลี้ยงเรื่อง 4D เพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย สังกัดสำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร โดยแบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ คือระยะที่ 1 ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4D ของครูพี่เลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียน สังกัดสำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 322 คน ระยะที่ 2 พัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเน้นสร้างความรอบรู้ของครูพี่เลี้ยงเรื่อง 4D ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลหลักสูตร กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มควบคุม 30 ราย การสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Muti-stage sampling) เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย (1) แบบประเมินความรอบรู้สุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย 4D (2) แบบประเมินความพึงพอใจต่อหลักสูตรสร้างความรอบรู้การดูแลสุขภาพของเด็กปฐมวัย (3) หลักสูตรครูพี่เลี้ยงความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4D เด็กก่อนวัยเรียน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ผล ได้แก่ t-test ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ความเหมาะสมหลักสูตรฝึกอบรมเน้นสร้างความรอบรู้ของครูพี่เลี้ยงเรื่อง 4D เพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย ($\bar{x} = 2.73$, SD. = 0.19) 2) ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย 4D และความรอบรู้ด้านสุขภาพ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 3) ความพึงพอใจต่อหลักสูตรฝึกอบรมเน้นสร้างความรอบรู้ของครูพี่เลี้ยงเรื่อง 4D เพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย สังกัดสำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร ระดับมาก ($\bar{x} = 4.19$, SD. = 0.52)

คำสำคัญ : หลักสูตรครูพี่เลี้ยงเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4D, ครูพี่เลี้ยง, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัด กรุงเทพมหานคร

² พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัด กรุงเทพมหานคร

Corresponding author: puingbee@hotmail.com

Original Article

Development of Training Course to Construct Mastery of 4D of Childhood Teacher to Promote Child Health for Proper Growth and Development
under the Social Development Department, Bangkok.

Siripun Bootsri¹, Parichart Charakamud²

Abstract

National Early Childhood Development Board has set the pre-school child development center to improve service quality according to the standards of early childhood development centers. Consisting of standards in 3 areas: management in the process of organizing learning and playing experiences and the quality of early childhood. Childhood teachers is therefore a key player in early childhood care. Therefore, it should develop potential and create knowledge. To promote children's health for growth and development according to their age ready to learn to deliver quality early childhood children to school-aged children. The objectives of this research were to study the mastery of health and to assess the effectiveness of the training course of the Social Development Department, Bangkok to construct the mastery of 4D of the childhood teacher to promote child health for the proper growth and development. The study was divided into three phases. The first phase was to study the mastery of 4D of 322 pre-school childhood teachers under the Social Development Department, Bangkok. The second phase was to develop the training course to construct the mastery of 4D of childhood teacher. The last phase was to assess the effectiveness of the course. The sample group was classified into two groups; 30 samples were in the experiment group and the other 30 samples were in the control group. The multi-stage sampling was applied to select the sample. Research tools included the assessment form of health mastery and child health promotion with 4D, the satisfaction assessment form for the course to construct the mastery of child well-being, and the course for childhood teacher for the mastery of child health (4D). Statistics used to analyze the collected data were t-test and Standard Deviation (S.D.).

Research results indicated that the training course to construct the mastery of 4D of childhood teacher to promote child health for the proper growth and development was appropriate ($\bar{x} = 2.73$, SD. = 0.19). Moreover, it was found that knowledge and health literacy after the experiment was higher than that before the experiment with a statistical significance $p < 0.01$. Meanwhile, the mastery of the experiment group was higher than that of the control group with a statistical significance $p < 0.01$. Further, the satisfaction towards the course to construct the mastery of 4D of childhood teacher to promote the proper growth and development under the Social Development Department, Bangkok was at a high level ($\bar{x} = 4.19$, SD. = 0.52).

Key words: Childhood teacher course to construct the health mastery of 4D, Childhood teacher, Health mastery

¹ Public Health Technical Officer, Senior Professional Level. Metropolitan Health and Wellness Institution. Department of Health: Ministry of Public Health

² Registered Nurse, Practitioner Level. Metropolitan Health and Wellness Institution. Department of Health: Ministry of Public Health

Corresponding author: puingbee@hotmail.com

บทนำ

การพัฒนาเด็กและเยาวชนช่วงปฐมวัยมีความสำคัญในการพัฒนาคนให้มีความสมบูรณ์ เริ่มด้วยการพัฒนาเด็กปฐมวัยให้มีสุขภาพกายและจิตใจที่ดีมีทักษะทางสมอง ทักษะการเรียนรู้ ทักษะชีวิต ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนาโครงสร้างและการทำงานของสมองตลอดชีวิต เนื่องจากพัฒนาการเด็กปฐมวัยเป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างมีลำดับขั้นตอนต่อเนื่องตั้งแต่ปฏิสนธิจนถึงอายุ 6 ปี ควบคู่กันไปตามเกณฑ์อายุและวัยที่ต้องอาศัยปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและการเรียนรู้ การอบรมสั่งสอน การเลี้ยงดูจนส่งผลให้เด็กมีความสามารถและพฤติกรรมที่แตกต่างกันตามศักยภาพของตน หากการเลี้ยงดูและตอบสนองด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและสติปัญญาไม่เหมาะสม จะทำให้เด็กมีพัฒนาการที่ไม่สมวัย ขาดทักษะในการเรียนรู้และการปรับตัวในสังคม ดังนั้น การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจึงเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติให้เจริญก้าวหน้าและมั่นคง¹ อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยมีสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทั่วประเทศ 27,000 แห่ง กระทรวงสาธารณสุขจึงจัดทำเกณฑ์การประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D) ได้แก่ (1) การเจริญเติบโตและโภชนาการ (Diet) (2) พัฒนาการเด็กและการเล่น (Development and Play) (3) สุขภาพช่องปากและฟัน (Dental) และ (4) สิ่งแวดล้อมความปลอดภัยและการป้องกันควบคุมโรค (Disease) ในปี 2563 การประเมินมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ พบว่าด้านการเจริญเติบโตและโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุง 7,242 แห่ง พัฒนาการเด็กและการเล่นต้องปรับปรุง 6,869 แห่ง สุขภาพช่องปากและฟันต้องปรับปรุง 2,625 แห่ง และด้านสิ่งแวดล้อมความปลอดภัยและการป้องกันควบคุมโรคต้องปรับปรุง 597 แห่ง ซึ่งปัญหาสุขภาพเด็กปฐมวัย คือ พัฒนาการเด็กล่าช้าร้อยละ 30.0 ภาวะอ้วนร้อยละ 10.0

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กในประเทศไทย พบว่า สาเหตุปัญหาพัฒนาการล่าช้าของเด็กเกิดจากการขาดการเลี้ยงดูและการกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสม เนื่องจากการเลี้ยงดูเด็กโดยครอบครัวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

แม้ว่าในเด็กอายุ 1-3 ปี ส่วนใหญ่ถูกเลี้ยงดูโดยมารดา สำหรับกรุงเทพมหานคร พบว่า เด็กถูกนำไปฝากเลี้ยงในเวลากลางวันเนื่องจาก บิดามารดาต้องไปทำงานนอกบ้านและเด็กอายุระหว่าง 3-5 ปี ได้รับการดูแลจากสถานเลี้ยงเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน ร้อยละ 53.3² สำนักพัฒนาสังคมกรุงเทพมหานคร ดำเนินการด้านศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 เพื่อให้บริการเด็กอายุ 2 ปี ขึ้นไป ในชุมชน เพื่อแบ่งเบาภาระของผู้ปกครองในชุมชน และเตรียมความพร้อมของเด็กก่อนเข้าสู่การศึกษาในระบบโรงเรียน ปัจจุบันกรุงเทพมหานครมีศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน จำนวนทั้งสิ้น 292 ศูนย์ ในพื้นที่ 45 สำนักงานเขต มีเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 22,713 คน อาสาสมัครผู้ดูแลเด็ก จำนวน 2,001 คน บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ ครู ผู้ดูแลเด็ก ครูพี่เลี้ยง ยังขาดความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพของเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย สอดคล้องกับการศึกษาของเซนเดอร์และคณะ³ พบว่าหนึ่งในสามของผู้เลี้ยงดูเด็กมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำและส่งผลต่อปัญหาสุขภาพเด็กปฐมวัยในกรุงเทพมหานคร ที่พัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 30 ภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 10 และปัญหาฟันผุ ร้อยละ 57.4⁴

จากสภาพปัญหาดังกล่าว จะเห็นได้ว่าครูผู้ดูแลเด็กในเขตเมืองกรุงเทพมหานคร เป็นบุคคลสำคัญและใกล้ชิดเด็ก เป็นที่พึ่งของผู้ปกครองที่นำบุตรหลานมาฝากไว้ในช่วงกลางวัน แต่ด้วยข้อจำกัดของระเบียบกรุงเทพมหานคร การคัดเลือกอาสาสมัครครูดูแลเด็กไม่ได้กำหนดวุฒิการศึกษาด้านเด็กปฐมวัยที่ชัดเจน จึงทำให้มีช่องว่างด้านระดับความรู้ของครูพี่เลี้ยงที่มีวุฒิการศึกษา ตั้งแต่ระดับประถมศึกษาถึงปริญญาตรี ที่ไม่ตรงกับการนำความรู้มาดูแลเด็กปฐมวัย จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพและสร้างความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพเด็ก ยุกระดับคุณภาพเด็กปฐมวัยในพื้นที่ให้มีมาตรฐานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม เพื่อส่งมอบเด็กปฐมวัยคุณภาพสู่เด็กวัยเรียนต่อไป สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จึงได้พัฒนาหลักสูตร “ความรู้ของครูพี่เลี้ยงเรื่อง 4D เพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย” โดยประยุกต์แนวคิดการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)^{5,6} และ

แนวความคิดส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านพัฒนาการและการเล่น (Development & Play) ด้านโภชนาการและการเจริญเติบโต (Diet) ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน (Dental) ด้านป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (Disease)⁷ เพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาหลักสูตรครูพี่เลี้ยงเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4D เด็กก่อนวัยเรียน สังกัดสำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของครูพี่เลี้ยงศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนต่อหลักสูตรครูพี่เลี้ยงเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4D เด็กก่อนวัยเรียน สังกัดสำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4D ของครูพี่เลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียน สังกัดสำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร 1) ประชากร คือ ครูพี่เลี้ยงศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน สังกัดสำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร 45 เขต จำนวน 2,001 คน 2) กลุ่มตัวอย่าง คือ ครูพี่เลี้ยงเด็กปฐมวัยสังกัดสำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของเครจซี่และมอร์แกน⁸ จำนวน 322 คน โดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วนขนาดของประชากรในแต่ละศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จากนั้นสุ่มแบบอย่างง่าย แบบจับฉลากไม่ใส่กลับ จนได้ครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

การวิจัยระยะที่ 2 พัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเน้นสร้างความรอบรู้ของครูพี่เลี้ยงเรื่อง 4D เพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย สังกัดสำนักพัฒนาสังคม

กรุงเทพมหานคร กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ ด้านหลักสูตร 1 คน ด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย ด้านโภชนาการเด็กปฐมวัย ด้านทันตกรรมเด็ก และด้านโรคติดต่อ

การวิจัยระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลหลักสูตรฝึกอบรมเน้นสร้างความรอบรู้ของครูพี่เลี้ยงเรื่อง 4D เพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย สังกัดสำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง ครูพี่เลี้ยงเด็กปฐมวัยสังกัดสำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power Analysis) โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ 0.05 ใช้อำนาจการทดสอบ (power of test) 0.8 และคำนวณค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปรที่ศึกษา (effect size) ได้เท่ากับ 0.72 หลังจากนั้นนำมาคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้โดยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบด้วยโปรแกรม G*Power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 21 ราย และคำนวณการขาดหายไปของการมีส่วนร่วมกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20.0 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 60 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า กลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มควบคุม 30 ราย การสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน การศึกษาสูงสุด สภาวะสุขภาพ/โรคประจำตัว และช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน

2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 22 ข้อ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง (Access) ทักษะการเข้าใจ (understand) ทักษะการไต่ถาม (Questioning) ทักษะการตัดสินใจ (Decision making) และทักษะการนำไปใช้ (apply) จำนวน 22 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่

ทำ (0 คะแนน) ทำได้ยากมาก (1 คะแนน) ทำได้ยาก (2 คะแนน) ทำได้ง่าย (3 คะแนน) และทำได้ง่ายมาก (4 คะแนน) แบ่งคะแนนความรอบรู้ เป็น 3 ระดับ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สูง (2.68-4.00) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปานกลาง (1.34-2.67) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่ำ (0-1.33)^{6,9}

3) แบบทดสอบความรู้การส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย 4D (Development, Diet, Dental, Disease) จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดชนิด 4 ตัวเลือก โดยเลือกตอบ 1 คำตอบ ตอบถูก (1 คะแนน) ตอบผิด (0 คะแนน) แบ่งคะแนนความรู้เป็น 3 ระดับ คือ ความรู้สูง ($\geq 80\%$) ความรู้ปานกลาง (61 – 79 %) และความรู้ต่ำ ($\leq 60\%$)¹⁰

4) แบบประเมินความพึงพอใจ/ความรู้ความเข้าใจ/การนำไปใช้ต่อการเข้าร่วมโครงการ จำนวน 17 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ชนิด 5 ตัวเลือก ได้แก่ น้อยที่สุด (1 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) มาก (4 คะแนน) มากที่สุด (5 คะแนน) แบ่งคะแนนความพึงพอใจ 3 ระดับ คือ พึงพอใจมาก (3.68-5.00) พึงพอใจปานกลาง (2.34-3.67) และพึงพอใจน้อย (1.00-2.33)⁹

5) แบบประเมินหลักสูตรฝึกอบรมเน้นสร้างความรอบรู้ของครูพี่เลี้ยงเรื่อง 4D เพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย จำนวน 3 ด้าน ได้แก่ (1) ปัจจัยนำเข้าองค์ประกอบของหลักสูตร (2) กระบวนการนำหลักสูตรสู่การจัดการเรียนรู้ (3) การประเมินหลักสูตร ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ชนิด 3 ตัวเลือก เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ ได้แก่ คุณภาพระดับ 3 (3 คะแนน) คุณภาพระดับ 2 (2 คะแนน) และคุณภาพระดับ 1 (1 คะแนน) แบ่งคะแนนประเมินหลักสูตรเป็น 3 ระดับ คือ เหมาะสมมาก (2.33-3.00) เหมาะสมปานกลาง (1.67-2.32) และเหมาะสมน้อย (1.00-1.66)⁹

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

คือ หลักสูตรที่ได้จากการพัฒนาในระยะที่ 2 แล้วนำมาประเมินประสิทธิภาพหลักสูตรฝึกอบรมเน้นสร้างความรอบรู้ของครูพี่เลี้ยงเรื่อง 4D ด้าน ได้แก่ พัฒนาการและการเล่น (Development & Play) โภชนาการและการเจริญเติบโต (Diet)

การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน (Dental) การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (Disease) จำนวน 12 ชั่วโมง ในระยะที่ 3

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมความถูกต้องเหมาะสมของภาษา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย 4D ได้ค่าความสอดคล้องเท่ากับ 0.84 แล้วผู้วิจัยนำไปปรับปรุงแก้ไขก่อนนำเครื่องมือไปทดสอบ และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำที่ได้รับ

2) การวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบประเมินความรู้การส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย 4D แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบประเมินหลักสูตรฝึกอบรมเน้นสร้างความรอบรู้ของครูพี่เลี้ยงเรื่อง 4D นำมาหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ 8.24, 8.63, 8.41 และ 8.20 ตามลำดับ

4. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบท วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานเพื่อพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4D โดย 1) การสังเคราะห์ทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพของครูพี่เลี้ยงจากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยของครูพี่เลี้ยง 2) ศึกษาคุณลักษณะเชิงพฤติกรรมและทักษะจำเป็นด้านส่งเสริมพัฒนาการ ด้านโภชนาการ ด้านทันตสุขภาพและการป้องกันโรค 3) ตรวจสอบความเหมาะสมร่างมาตรฐานส่งเสริมสุขภาพ 4D กับเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติด้านคุณภาพเด็กปฐมวัย 4) สร้างแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4D ของครูพี่เลี้ยง

ระยะที่ 2 พัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเน้นสร้างความรอบรู้ของครูพี่เลี้ยงเรื่อง 4D เพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย โดย 1) วิเคราะห์ส่วนต่างทักษะความรอบรู้ของครูพี่เลี้ยง 2) ร่างหลักสูตรฝึกอบรมเน้น

สร้างความรอบรู้ของครูที่เลี้ยงเรื่อง 4D เพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็ก ให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย 3) การประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้องของร่างหลักสูตร ฯ

ระยะที่ 3 นำหลักสูตรไปทดลองใช้กับครูที่เลี้ยงศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน สังกัดสำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร 6 โซน เป็น 2 โซน สุ่มตัวอย่างโซนละ 1 เขต แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 1 เขต และกลุ่มควบคุม 1 เขต และสุ่มตัวอย่างเขตละ 30 คน เพื่อวางแผนประเมินประสิทธิผลหลักสูตร ฯ โดยใช้เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ปฏิบัติหน้าที่ครูที่เลี้ยงศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน สังกัดสำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร ไม่น้อยกว่า 1 ปี ครูที่เลี้ยงไม่เคยรับการอบรมหลักสูตรพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนามในใบยินยอม เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ครูที่เลี้ยงที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน สังกัดสำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป

ระยะที่ 4 ประเมินผลการทดลองใช้หลักสูตรฝึกอบรมเน้นสร้างความรอบรู้ของครูที่เลี้ยงเรื่อง 4D ด้าน โดยวัดผลก่อนและหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม และวัดผลก่อนและหลังการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประเมินความรู้การส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย 4D ความพึงพอใจวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้การส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย 4D ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ t - test ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้นำหลักเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์ไม่ก่ออันตราย และหลักยุติธรรม มาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ มีหนังสือแสดงความยินยอมสมัครใจเข้าร่วมโครงการและสามารถออกจากโครงการได้ทุกกรณี คำตอบของกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับและข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินทั้งหมด ผู้วิจัยจะนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้ในการศึกษาวิจัยเท่านั้นและจะนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของประชากรทั้งหมด และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมทางวิชาการเท่านั้น งานวิจัยนี้ได้รับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ กรมอนามัย

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบท วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน เพื่อพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพ 4D (Development, Diet, Dental, Disease)

1. ข้อมูลทั่วไปของครูที่เลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียน สังกัดสำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.90 อายุมากกว่า 40 ปี ร้อยละ 39.13 ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานครูที่เลี้ยง 1 - 5 ปี ร้อยละ 25.90 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 64.90 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.08

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพครูที่เลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียน ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.66, S.D. = 0.87) จำแนกรายด้าน พบว่า ระดับสูง ได้แก่ ทักษะการเข้าใจและทักษะการนำไปใช้ ระดับปานกลาง ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง ทักษะการได้ถาม ทักษะการตัดสินใจ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพครูพี่เลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. ทักษะการเข้าถึง	2.65	1.01	ปานกลาง
2. ทักษะการเข้าใจ	2.79	0.86	สูง
3. ทักษะการโต้ถาม	2.56	0.94	ปานกลาง
4. ทักษะการตัดสินใจ	2.63	0.91	ปานกลาง
5. ทักษะการนำไปใช้	2.76	0.86	สูง
รวม	2.66	0.87	ปานกลาง

ระยะที่ 2 การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเน้นสร้างความรอบรู้ของครูพี่เลี้ยงเรื่อง 4D เพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย

จากการศึกษาวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยระยะที่ 1 พบว่า ครูพี่เลี้ยงสังกัดสำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร มีความรอบรู้และทักษะการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับปานกลาง รวมทั้ง ศึกษาหลักการแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับหลักสูตรการฝึกอบรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอน การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดการสร้างหลักสูตรของเซลล์และคณะ¹¹ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น คือ หลักสูตรสร้างความรอบรู้การดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนด้วยหลัก 4D (Development, Diet, Dental, Disease) สำหรับบุคลากรและครูพี่เลี้ยง สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ประกอบด้วยแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ 8 กิจกรรม ได้แก่ 1) เข้าถึง เข้าใจ ฝึกใช้วิธีจดจำ 2) รอบรู้ด้วยการถาม กระบวนการใช้คำถามเพื่อการเรียนรู้ 3) รู้แล้วต้องตัดสินใจ 4) ลองทำดูคุณครูทำได้ 5) แนวทางสู่ความสำเร็จสร้างความรอบรู้การดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนด้วยหลัก 4D 6) ทักษะที่จำเป็นในการส่งเสริมคุณภาพเด็กปฐมวัยด้วยหลัก 4D: Development & play, Diet, Dental

and Diseases 7) แนวคิดการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยรอบรู้ด้านสุขภาพ 8) แนวทางสู่ความสำเร็จสร้างความรอบรู้การดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนด้วยหลัก 4D หลังจากพัฒนา (ร่าง) หลักสูตร ฯ เสร็จสิ้น ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญด้านหลักสูตร ด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย ด้านโภชนาการเด็กปฐมวัย ด้านทันตกรรมเด็กและด้านการป้องกันโรค จำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบและประเมิน (ร่าง) หลักสูตร ฯ ผลการตรวจสอบและประเมินจากผู้เชี่ยวชาญ พบว่าโดยรวมมีความเหมาะสมระดับมาก ($\bar{x} = 2.73$, SD. = 0.19) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ปัจจัยนำเข้าองค์ประกอบของหลักสูตร กระบวนการนำหลักสูตรสู่การจัดการเรียนรู้และการประเมินหลักสูตรมีความเหมาะสมระดับมาก (ตารางที่ 2) ผู้วิจัยจึงนำหลักสูตรที่ตรวจสอบและปรับปรุง โดยผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งมีเนื้อหาบูรณาการความรู้และการความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย 4 ด้าน ได้แก่ พัฒนาการและการเล่น โภชนาการและการเจริญเติบโต การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน และการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ จำนวน 12 ชั่วโมง ที่เหมาะสมกับบริบทเขตเมือง และนำไปประเมินประสิทธิผลในการวิจัยระยะที่ 3 ต่อไป

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความเหมาะสมของหลักสูตรสร้างความรอบรู้การดูแลสุขภาพของเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนด้วยหลัก 4D

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. ปัจจัยนำเข้าองค์ประกอบของหลักสูตร	2.80	0.18	เหมาะสมมาก
2. กระบวนการนำหลักสูตรสู่การจัดการเรียนรู้	2.67	0.13	เหมาะสมมาก
3. การประเมินหลักสูตร	2.80	0.29	เหมาะสมมาก
รวม	2.73	0.19	เหมาะสมมาก

ระยะที่ 3 ผลการทดลองใช้หลักสูตรสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนด้วยหลัก 4D ได้แก่ ด้านพัฒนาการและการเล่น (Development & Play) ด้านโภชนาการและการเจริญเติบโต (Diet) ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน (Dental) ด้านป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (Disease)

1. หลังทดลองใช้หลักสูตรสร้างความรอบรู้การดูแลสุขภาพของเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนด้วยหลัก 4D

คะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง ทักษะการเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้ ของครูพี่เลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียน สังกัดสำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .01$ (ตารางที่ 3) และกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .01$ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยด้วยหลัก 4D ของครูพี่เลี้ยงเด็กปฐมวัย ก่อนและหลังการทดลอง (n = 30)

รายการ	ก่อนการทดลอง (n=30)		หลังการทดลอง (n=30)		95% CI	t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	5.73	1.01	10.76	1.56	4.34 – 5.72	14.921	<0.0001 *
ทักษะการเข้าถึง	2.89	.47	3.46	.47	0.35 – 0.78	5.44	<0.0001 *
ทักษะการเข้าใจ	2.96	.30	3.67	.44	0.52 – 0.90	7.66	<0.0001 *
ทักษะการไต่ถาม	2.65	.49	3.67	.49	0.74 – 1.19	8.71	<0.0001 *
ทักษะการตัดสินใจ	2.65	.49	3.54	.37	0.66 – 1.12	7.91	<0.0001 *
ทักษะการนำไปใช้	2.88	.47	3.64	.37	0.54 – 1.00	6.76	<0.0001 *
ภาพรวมความรอบรู้	2.81	.77	3.59	.34	0.62 – 0.93	10.23	<0.0001 *

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและความรอบรู้ ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพของเด็กปฐมวัยด้วยหลัก 4D ของครูพี่เลี้ยงเด็กปฐมวัย หลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n = 30)

รายการ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		95% CI	t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	5.73	.94	10.76	1.56	4.36-5.70	15.06	<0.0001 *
ทักษะการเข้าถึง	2.78	.48	3.46	.47	0.44-0.92	5.58	<0.0001 *
ทักษะการเข้าใจ	2.71	.50	3.67	.44	0.71-1.20	7.87	<0.0001 *
ทักษะการไต่ถาม	2.83	.61	3.67	.49	0.56-1.13	5.94	<0.0001 *
ทักษะการตัดสินใจ	2.61	.51	3.54	.37	0.70-1.16	8.05	<0.0001 *
ทักษะการนำไปใช้	2.63	.53	3.64	.37	0.77-1.25	8.51	<0.0001 *
ภาพรวมความรู้	2.72	.46	3.59	.34	0.65-1.07	8.12	<0.0001 *

2. ความพึงพอใจต่อหลักสูตรสร้างความรอบรู้การดูแลสุขภาพของเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนด้วยหลัก 4D ของครูพี่เลี้ยงเด็กปฐมวัย สังกัดสำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร ระดับมาก ($\bar{x} = 4.19$, SD. = 0.52)

อภิปรายผล

การวิจัยนี้ผลการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเน้นสร้างความรอบรู้ของครูพี่เลี้ยงเรื่อง 4D เพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย สังกัดสำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร

จากการพัฒนาหลักสูตรสร้างความรอบรู้การดูแลสุขภาพของเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนด้วยหลัก 4D คะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านพัฒนาการและการเล่น (Development & Play) ด้านโภชนาการและการเจริญเติบโต (Diet) ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน (Dental) ด้านป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (Disease) โดยประยุกต์แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง ทักษะการเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้ พบว่าปัจจัยนำเข้าองค์ประกอบของหลักสูตร กระบวนการนำ

หลักสูตรสู่การจัดการเรียนรู้และการประเมินหลักสูตรมีความเหมาะสมระดับมาก ที่เป็นเช่นนี้เพราะหลักสูตรฝึกอบรมเน้นสร้างความรอบรู้ของครูพี่เลี้ยงเรื่อง 4D เพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย สังกัดสำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ศึกษาสภาพบริบท และปัญหาในการจัดประสบการณ์สำหรับเด็กปฐมวัยที่เกิดขึ้นจริง ในชั้นเรียนและมีการสนทนากลุ่มระหว่างผู้เชี่ยวชาญ นักการศึกษาและครูผู้สอนระดับปฐมวัย จึงทำให้หลักสูตรฝึกอบรมเน้นสร้างความรอบรู้ของครูพี่เลี้ยงเรื่อง 4D เพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัยมีคุณภาพตามเกณฑ์ที่สอดคล้องกับแนวคิดของทิสนา แคมมณี¹² ที่ได้สรุปองค์ประกอบที่สำคัญ ของรูปแบบการเรียนการสอน ต้องประกอบด้วยปรัชญาหรือทฤษฎีหรือแนวคิด ที่เป็นพื้นฐานของรูปแบบนั้นๆ มีการอธิบายลักษณะของการจัดการเรียนการสอนที่สอดคล้องกับหลักการและอธิบายเกี่ยวกับวิธีสอนหรือกระบวนการเรียนการสอน ซึ่งได้สรุปว่าโดยทั่วไปรูปแบบการเรียนการสอนอย่างน้อยต้องประกอบด้วยทฤษฎีหรือหลักการวัตถุประสงค์กระบวนการของรูปแบบและผลที่ได้รับจากการใช้รูปแบบ นอกจากนี้ยังพบว่า องค์ประกอบที่สำคัญที่สุดในการในการจัดการศึกษา ปฐมวัยให้มีประสิทธิภาพ และ

เกิดประสิทธิผลตามเป้าหมายที่กำหนด ตลอดจนได้รับการยอมรับจาก ทุกฝ่ายในสังคม คือ บุคลากร ที่สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้องเลือกสรรผู้ที่มีความเป็นผู้นำทางการศึกษาปฐมวัย เข้ามารับผิดชอบการจัดโปรแกรมทางการศึกษาปฐมวัยให้มีบริการที่ดี ทั้งด้านการดูแล ความเข้าใจและการให้ความรู้แก่เด็กปฐมวัย สอดคล้องกับ พิกพ ธรรมประชา¹³ พบว่า การพัฒนาบุคลากรด้านการจัด ประสบการณ์ระดับปฐมวัย โดยใช้กลยุทธ์ในการพัฒนา คือ การศึกษาเอกสาร การอบรมเชิงปฏิบัติการ และการนิเทศ ภายใน ทำให้ครูมีความรู้และความสามารถจัดประสบการณ์ การเรียนรู้แบบบูรณาการ สำหรับนักเรียนระดับปฐมวัยได้ สามารถสร้างเครื่องมือในการจัด ประสบการณ์แบบ บูรณาการได้ และสามารถจัด ประสบการณ์แบบบูรณาการได้ดี

ผลการพัฒนาหลักสูตรครูพี่เลี้ยงเพื่อสร้างความรู้ด้านสุขภาพ 4D เด็กก่อนวัยเรียน พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.66 S.D. = 0.87) ซึ่งความรู้ระดับปานกลางซึ่งความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางนั้นถือเป็นระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานที่จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการเลี้ยงดูเด็ก ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านที่ 1 การเจริญเติบโตและโภชนาการ (Diet) ด้านที่ 2 พัฒนาการเด็กและการเล่น (Development and Play) ด้านที่ 3 สุขภาพช่องปากและฟัน (Dental) และด้านที่ 4 ด้านสิ่งแวดล้อมความปลอดภัยและการป้องกันควบคุมโรค (Disease) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านทักษะการเข้าถึงอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาวะเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนที่ต้องการใช้ได้จากแหล่งข้อมูลหลักจำนวนหลายแหล่งด้วยตนเอง แต่ยังคงขาดทักษะการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (ความถูกต้อง และเป็นจริง) ของข้อมูล ก่อนนำมาใช้หรือเผยแพร่ต่อได้ ด้านทักษะการไต่ถาม อยู่ในระดับปานกลาง ครูพี่เลี้ยงส่วนใหญ่สามารถทำความเข้าใจข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาวะเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนที่ได้รับจากบุคลากรของหน่วยงานหลักได้อย่างชัดเจน แต่ขาดทักษะในการประเมินคำถามและปรับปรุงคำถามและวิธีการคำถามให้ดีขึ้น

ด้านทักษะการตัดสินใจ อยู่ในระดับปานกลาง สามารถระบุประเด็น/ปัญหาสำคัญที่จะต้องตัดสินใจได้ แต่ขาดทักษะในการประเมินทางเลือกข้อดีข้อเสียและอธิบายเหตุผลของการตัดสินใจได้ว่าจะมีความเหมาะสมอย่างไร ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยมากขึ้น เพราะการสร้างเสริมความรู้ความเข้าใจเรื่องการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยเป็นเรื่องที่สำคัญเพื่อช่วยให้ผู้เลี้ยงดูปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใน การเลี้ยงดูเด็ก ผู้เลี้ยงดูและเด็กจะได้มีพฤติกรรมที่ถูกต้องส่งผลให้เด็กได้รับการเลี้ยงดูที่ดีและเป็นประโยชน์กับเด็กปฐมวัยมากที่สุด ส่วนทักษะการเข้าใจ และทักษะการนำไปใช้อยู่ในระดับสูง เนื่องจากบุคคลที่มีบทบาทสำคัญส่วนหนึ่ง คือ ครูพี่เลี้ยง ซึ่งจะเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุดเมื่อเด็ก มาอยู่ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ครูพี่เลี้ยงต้องมีความตั้งใจ มีความอดทนและควรได้รับการฝึกฝนทักษะต่างๆ ในการดูแลเด็กอีกทั้งควรมีความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย การส่งเสริมสุขภาพการจัดอนามัยสิ่งแวดล้อมและมีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้องเหมาะสม และที่สำคัญ คือ ด้านวิชาการและกิจกรรมตามหลักสูตร¹⁴

ความรู้ด้านสุขภาพของครูพี่เลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียน สังกัดสำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร ก่อนและหลังการทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง ทักษะการเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้ สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ทั้งนี้เป็นเพราะหลักสูตรสร้างความรู้การดูแลสุขภาวะเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนด้วยหลัก 4D (Development, Diet, Dental, Disease) สำหรับบุคลากรและครูพี่เลี้ยงสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย มีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้านสุขภาพที่หลากหลายรูปแบบ ได้แก่ แผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ 8 กิจกรรมดังนี้ กิจกรรมที่ 1) เข้าถึง เข้าใจ ฝึกใช้วิธีจดจำ 2) รอบรู้ด้วยการถาม กระบวนการใช้คำถามเพื่อการเรียนรู้ 3) รู้แล้ว..ต้องตัดสินใจ 4) ลองทำดูคุณครูทำได้ 5) แนวทางสู่

ความสำเร็จสร้างความรอบรู้การดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนด้วยหลัก 4D 6) ทักษะที่จำเป็นในการส่งเสริมคุณภาพเด็กปฐมวัยด้วยหลัก 4D: Development & play, Diet, Dental and Diseases 7) แนวคิดการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยรอบรู้ด้านสุขภาพ 8) แนวทางสู่ความสำเร็จสร้างความรอบรู้การดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย ในสถานพัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนด้วยหลัก 4D สอดคล้องกับการศึกษาของ Netwong (2016) ที่พัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมการอ่านเพื่อเสริมสร้างนิสัยรักการอ่านและทักษะชีวิตด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิตสำหรับเด็กปฐมวัย พบว่า การจัดกิจกรรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเด็กปฐมวัยของครูปฐมวัยโดยภาพรวม การปฏิบัติอยู่ระดับมาก โดยการทำความสะดวกมือ ฟัน ร่างกายอย่างถูกวิธี การออกกำลังกายเพื่อ เสริมสร้างสุขภาพกายและการให้ความรู้ให้เด็กรู้จักส่วนประกอบของร่างกาย หน้าที่และการดูแลรักษา มีการปฏิบัติมากกว่ากิจกรรมอื่นๆ นอกจากนี้ยังพบว่า องค์ประกอบที่สำคัญที่สุดในการในการจัดการศึกษาปฐมวัยให้มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลตามเป้าหมายที่กำหนดตลอดจนได้รับการยอมรับจาก ทุกฝ่ายในสังคม คือ บุคลากรที่สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้องเลือกสรรผู้ที่มีความเป็นผู้นำทางการศึกษาปฐมวัย เข้ามารับผิดชอบการจัดโปรแกรมทางการศึกษาปฐมวัยให้มีบริการที่ดี ทั้งด้านการดูแล ความเข้าใจ และการให้การศึกษแก่เด็กปฐมวัย ดังนั้น การพัฒนาครูผู้สอนให้มีประสิทธิภาพนั้นต้องปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมองค์กรและพัฒนาบุคลากรให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการปรับตัวปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศนใหม่ และเปลี่ยนวิธีการทำงานใหม่ ปรับการเรียนเปลี่ยนการสอน กล่าวคือ สถานศึกษาต้องมีการพัฒนาให้ครูมีแผนการสอน เพื่อยกระดับคุณภาพเด็กปฐมวัยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น¹⁵

ความพึงพอใจต่อหลักสูตรสร้างความรอบรู้การดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนด้วยหลัก 4D ของครูพี่เลี้ยงเด็กปฐมวัย สังกัดสำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร ระดับมาก ($\bar{x} = 4.19$, SD. = .52) เนื่องจากครูพี่เลี้ยงเด็กปฐมวัยสามารถใช้สื่อที่ส่งเสริม

พัฒนาการของเด็กที่เหมาะสมและหลากหลาย มุ่งส่งเสริมความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ให้กล้าแสดงออก มีการส่งเสริมกิจกรรมการแปรงฟันเป็นประจำทุกวัน อาหารสะอาดถูกหลักอนามัย ภาชนะใส่อาหารมีความสะอาดและมีการบริการอาหารกลางวันและอาหารเสริมให้แก่เด็ก ได้แก่ นม ผลไม้ ถูกสุขอนามัย ดังนั้นครูพี่เลี้ยงต้องให้ความสำคัญต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการ เนื่องจากแหล่งอาหารเป็นสิ่งแวดล้อมที่เด็กวัยก่อนเรียนสามารถเข้าถึงได้ และการเตรียมอาหารประเภทผัดหรือทอดอาหารถึงสำเร็จรูป นมปรุงแต่งรส ให้เด็กรับประทานมาก จะทำให้พฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนเพิ่มมากขึ้น¹⁶ สอดคล้องกับงานวิจัยของ บุ หลง ศุภศิลป์¹⁷ พบว่า ผลการประเมินความพึงพอใจของครูปฐมวัยที่มีต่อรูปแบบ การจัดประสบการณ์แบบบูรณาการฯ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก อาจเนื่องมาจากการหลักสูตรสร้างความรอบรู้การดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนด้วยหลัก 4D คณะแผนกของความรู้เกี่ยวกับส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านพัฒนาการและการเล่น (Development & Play) ด้านโภชนาการและการเจริญเติบโต (Diet) ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน (Dental) ด้านป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (Disease) ส่งผลให้ครูพี่เลี้ยงได้รับการส่งเสริมศักยภาพด้านความรู้การดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย กระบวนการพัฒนาครูพี่เลี้ยงที่เชื่อมโยงกับกระบวนการจัดการเรียนการสอน เพื่อให้เด็กปฐมวัยได้รับการจัดประสบการณ์ที่สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้จริงและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

จะเห็นได้ว่า หลักสูตรฝึกอบรมเน้นสร้างความรอบรู้ของครูพี่เลี้ยงเรื่อง 4D เพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย ส่งผลให้ครูพี่เลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงทักษะการเข้าใจ ทักษะการไต่ถามทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้ และความพึงพอใจต่อหลักสูตรสร้างความรอบรู้การดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กก่อนวัย

เรียนด้วยหลัก 4D ของครูพี่เลี้ยงเด็กปฐมวัย สังกัดสำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร ระดับมาก

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1.1 สามารถนำหลักสูตรสร้างความรอบรู้การดูแลสุขภาวะเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนด้วยหลัก 4D ไปใช้ได้กับครูพี่เลี้ยงสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในสังกัดอื่นๆที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

1.2 การนำหลักสูตรสร้างความรอบรู้การดูแลสุขภาวะเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนด้วยหลัก 4D ไปใช้ ควรศึกษาทำความเข้าใจให้ชัดเจนและดำเนินการจัดกิจกรรมตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ให้ครบทุกขั้นตอน อย่างไรก็ตาม ครูพี่เลี้ยงสามารถออกแบบสื่อการสอนให้มีความหลากหลายและน่าสนใจ โดยใช้สื่อมัลติมีเดียให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยต่อหลักสูตรสร้างความรอบรู้การดูแลสุขภาวะเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนด้วยหลัก 4D โดยเฉพาะด้านการเจริญเติบโตและโภชนาการ (Diet) ซึ่งส่งผลกระทบต่อการพัฒนาการและสติปัญญาเมื่อเด็กเข้าสู่วัยเรียน

2.2 ควรศึกษาปัจจัยเสี่ยงของเด็กปฐมวัยที่อาจส่งผลต่อภาวะโภชนาการในเด็กปฐมวัย ทั้งในมิติบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อนำมาพัฒนาปรับปรุงหลักสูตรให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. รุติมา ชูใหม่. การเจริญเติบโตและการพัฒนาการของเด็กปฐมวัย. Hua Hin Medical Journal, 1(2), 18–33. [อินเทอร์เน็ต]. (2559) [เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2565] [เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-haijo.org/index.php/hhsk/article/view/175062>].
2. หนึ่งฤทัย เกื้อเอียด, ปุณณพัฒน์ ไชยเมธ, สมเกียรติยศ วรเดช. สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาการของเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปี: การทบทวนวรรณกรรม. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2561; 5: 281-296.
3. Sanders, LM.; Lewis, J.; Brosco, JP. Low Caregiver Health Literacy: Risk Factor for Child Access to a Medical Home. Pediatric Academic Societies, 2007.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานผลฉบับสมบูรณ์ การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๒ (MICS6). กรุงเทพมหานคร; 2563.
5. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ปฏิสัมพันธ์ วิจัยฐาน. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด(มหาชน); 2562.
6. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กระบวนการ ปฏิบัติการ เครื่องมือประเมิน. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2564.
7. มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://www.dla.go.th/upload/document/type2/2019/3/21360_2_1551673939396.pdf, 2564.
8. Krejcie, R. V. & Morgan, D. W.. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement 1970; 30(3): 607-610.
9. Bloom B. Taxonomy of educational objectives. The classification of educational goal. Handbook II: affective domain. New York: David McKay Co Inc., 1964.
10. Best, J. W. Research in Education.

- New Jersey: Prentice hall Inc., 1977.
11. Saylor, J.G., W. Alexander and A. J. Lewis.
Curriculum Planning for Better Teaching and Learning. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1981.
 12. Netwong, T. Development of Reading Promotion Activities Model to Enhance Reading Habit and Life Skill: Health Mind and Body for Early Childhood. SDU research Journal of Humanities and Social Sciences 2016; 12(3), 95-111. (in Thai)
 13. พิภพ ธรรมประชา. การพัฒนาบุคลากรด้านการจัดประสบการณ์ระดับปฐมวัยศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลธัญญา อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์. การศึกษาค้นคว้าอิสระการศึกษามหาบัณฑิต มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2550.
 14. กระทรวงมหาดไทย. แนวการจัดกิจกรรมเตรียมประสบการณ์ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามหลักสูตรการศึกษาปฐมวัยที่กระทรวงศึกษาธิการกำหนด. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. สำนักประสานและพัฒนาการจัดการศึกษาท้องถิ่น. กรุงเทพฯ; 2550.
 15. จำเริญ จิตรหลัง. การจัดการความรู้เพื่อพัฒนาสถานศึกษาให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้. วารสารวิชาการ. 2552; 12(3): 19-20.
 16. เสาวณีย์ เทศนุ้ย, เพ็ญมาศ สุนทรจิตต์ และกิตติพร เนาว์สุวรรณ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอดงหลวง จังหวัดพัทลุง. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2564; 7(4): 101-116.
 17. บุหลง ศุภศิลป์. รูปแบบการจัดประสบการณ์แบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสามารถทางการฟัง – พูดภาษาอังกฤษสำหรับเด็กปฐมวัย. วิทยานิพนธ์หลักสูตรครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการการศึกษา และการเรียนรู้ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์; 2559.

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้วิจัย
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) โดยต้องเป็น งานที่ไม่เคยถูกนำไปพิมพ์เผยแพร่ในวารสารอื่นใดมาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณา ลงในวารสารใด ๆ
- กองบรรณาธิการจะพิจารณาต้นฉบับ (Manuscript) ตามข้อกำหนดของรูปแบบวารสาร และ ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา (Peer review) จำนวน 2 คน เป็นผู้อ่าน

ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

- พิมพ์ในไฟล์ Word
- ต้นฉบับพิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษขนาด A 4 ความยาวไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ (รวมเนื้อหา ทุกส่วน)
- 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

การเรียงลำดับเนื้อหาในต้นฉบับ

1. ชื่อเรื่อง (Title)

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

2. ชื่อผู้เขียน (Authors) - ชื่อผู้เขียน (ทุกคน) ภาษาไทย

- ภาษาอังกฤษ ชื่ออยู่วุฒิการศึกษา 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 วัตถุประสงค์วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุป และอภิปรายผลการศึกษา

4. คำสำคัญ (Keyword) ให้พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและ ภาษาอังกฤษ 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) การวิเคราะห์ ข้อมูล (Data analysis) วิธีการวิเคราะห์ (Analyses) และสถิติที่ใช้ (Statistics)

7. ผลการวิจัย (Results) ควรนำเสนอผลการวิจัยเรียงตามลำดับให้สอดคล้องกับการตอบ ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ตามลำดับ 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 เป็นต้นไป จนจบเอกสาร หากต้องการอ้างอิงเอกสารที่เคยอ้างแล้วซ้ำอีก ให้ใส่หมายเลข เดิมที่เคยอ้างไว้ครั้งแรก และหมายเลขที่อ้างอิงถึงในเนื้อหานั้น จะต้องตรงกับหมายเลข ที่มีการกำกับไว้ในส่วนอ้างอิงในเนื้อหา
- เอกสารที่อ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับในส่วนเอกสารอ้างอิง

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงในเนื้อหา

.....ผู้ป่วยเสียชีวิต 136 ราย¹ จากสถานการณ์การระบาดของโรค
ไข้เลือดออกจะเห็นว่า โรคไข้เลือดออกยังคงเป็นการจัดยุงลายซึ่งเป็นพาหะนำเชื้อไวรัส
โรคไข้เลือดออกสู่คน²การป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออกต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน⁵

ตัวอย่างการเขียนส่วนเอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง. สถานการณ์โรคไข้เลือดออกปี 2560. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2562.
2. สำนักโรคติดต่อฯ. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเด็ก. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2554.
3.
4.
5. อรุณ พิศาลสุทธิกุล, สุเมธ พรหมอินทร์ และวันชัย ธรรมสังการ. “พฤติกรรมป้องกัน โรคไข้เลือดออกของประชาชน กรณีศึกษา: หมู่บ้านในเขตตำบลคานโพธิ์ อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล” สงขลานครินทร์เวชสาร.27(1): 81-89; มกราคม-กุมภาพันธ์, 2552.

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

สำหรับการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ต้องคำนึงถึงหลักจริยธรรม การวิจัยในคน โดยได้ระบุถึงความเคารพในบุคคล (Respect to person) เช่น การขอความยินยอม ความเป็นส่วนตัว และการเก็บรักษาความลับ

การส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์

- ให้ผู้พิมพ์ส่งไฟล์ต้นฉบับในรูปแบบ Word document
- วารสารที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตีพิมพ์ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการตีพิมพ์ 3,500 บาท โดย ผู้พิมพ์จะได้รับวารสารฉบับที่ตีพิมพ์จำนวน 2 เล่ม

การชำระเงิน โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย ชื่อบัญชี “วารสารวิชาการสาธารณสุข ชุมชน” เลขบัญชี “ 955-0-13237-4” (ให้แนบหลักฐานการโอนมาที่ e-mail: editorial.ajcph@gmail.com)