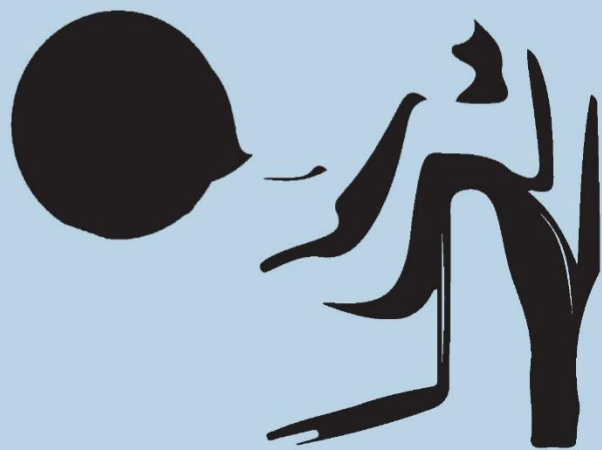




วารสารวิชาการสาธารณสุข

Academic
Journal of Community Public Health

Volume 10 Number 4 OCTOBER – DECEMBER 2024

Academic Journal of Community Public Health

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน Academic Journal of Community Public Health Volume 10 Number 4 OCTOBER – DECEMBER 2024

วารสารวิชาการสาธารณสุข



วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน (Academic Journal of Community Public Health : AJCPH)

วัตถุประสงค์วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

1. เพื่อรวบรวมและเผยแพร่ความรู้ทางการสาธารณสุขชุมชน นำไปสู่การสร้างนวัตกรรมและองค์ความรู้ใหม่
2. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนคุณภาพการวิจัยทางการสาธารณสุขชุมชน
3. เพื่อส่งเสริมการดำเนินงานทางวิชาการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ทั้งในภาครัฐและเอกชน
4. เพื่อเป็นสื่อวิชาการด้านการสาธารณสุขชุมชน สำหรับสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพชุมชน
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.สุปรียา อุดมยานนท์

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.ศาสตรี เสาวคนธ์

ศาสตราจารย์ ดร.นพ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์

ศาสตราจารย์ ดร.สธิกร พงศ์พานิช

รองศาสตราจารย์ ดร.สุพัตรา ขาติบัญญัติ

รองศาสตราจารย์พิพัฒน์ ลักษณะมีจรัสกุล

รองศาสตราจารย์ ดร.เฉลิมพล ต้นสกุล

รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนา สำโรงทอง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทร แสนไชยสุริยา

คณบดีคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา

คณบดีสำนักวิชาสหเวชศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

นายประพัทธ์ ไยบุญ

ดร.ธาดา วรธนนกุล

นายสำราญ อนุกุล

นายชูวิทย์ ธาณี

มหาวิทยาลัยบูรพา

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มหาวิทยาลัยมหิดล

มหาวิทยาลัยชินวัตร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มหาวิทยาลัยทักษิณ

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

มหาวิทยาลัยบูรพา

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ประธานชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย

ประธานมูลนิธิเครือข่ายหมออนามัย

นายกสมาคมหมออนามัย

นายกสมาคมวิชาชีพสาธารณสุข

กองบรรณาธิการ

บรรณาธิการบริหาร

รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตย์พรต

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.วรพจน์ พรหมสัตย์พรต

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รองศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช

มหาวิทยาลัยทักษิณ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประจวบ แผลมหลัก

มหาวิทยาลัยพะเยา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิทยา ศรีเมือง

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ดร.รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ดร.ธีรศักดิ์ พาจันทร์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ดร.ปริญญา จิตอร่าม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

ดร.กรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา

ดร.อรทัย ศรีทองธรรม

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี

ดร.นภชา สิงห์วีรธรรม

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อาจารย์บุญเรือง ขาวนวล

มหาวิทยาลัยทักษิณ

ฝ่ายจัดการ

ดร.ภัทรพล โพนไพรสันต์

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

นายปริญญา ระลึก

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

นายสมบัติ ชัดโพธิ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

บรรณาธิการแถลง

เรียน ผู้นิพนธ์ ผู้อ่าน วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชนทุกท่าน

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน ฉบับนี้เป็นฉบับสุดท้ายของ ปีที่ 10 พร้อมเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัยที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับเหตุการณ์ปัจจุบัน โดยฉบับนี้ ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับประสิทธิภาพการตรวจวินิจฉัยทารกก่อนคลอดโรคธาลัสซีเมียด้วยวิธี capillary electrophoresis โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย การพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล อำเภอบ้านดง จังหวัดเชียงราย การพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยในด้วยโรคสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์ในประเทศไทย ด้วยเนื้อหาและบทความได้ให้ความสำคัญกับคุณภาพของบทความ ซึ่งแต่ละบทความผ่านการพิจารณาผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อให้ผลงานมีคุณภาพ

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
บทความวิจัย		Academic article
1. ประสบการณ์การตรวจวินิจฉัยทารกก่อนคลอด โรคธาลัสซีเมียด้วยวิธี capillary electrophoresis โรงพยาบาลสมเด็จพระบรม ราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย จutarat น้อยเจริญ	10	1. Experience in prenatal diagnosis of thalassemia using capillary electrophoresis At Queen Savang Vadhana Memorial Hospital, The Thai Red Cross Society. Jutarat Noicharoen
2. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้ เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน อานนท์ ฤกษ์แก้วหงส์ จตุพร เหลืองอุบล สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์	19	2. Developing a Model for Preventing Missed Appointments: A Case Study of the Methamphetamine User. Arnon Thongkawhong Jatuporn Luangubol Surasak Thiabrithi
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมือเท้าปากของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียนอนุบาล อำเภอป่าแดด จังหวัด เชียงราย ศิริพร เรือนมูล สมชาย จาดศรี	33	3. Factors Associated with Hand Foot Mouth Disease Prevention Behaviors of Guardians in Child Development Centers and Kindergarten Schools, Pa-Daet District, Chiang Rai Province. Siriporn Ruanmoon Somchai Jadsri
4. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ของวัยรุ่น อายุระหว่าง 15-19 ปี เขตสุขภาพที่ 2 รัชนก ใจเชิดชู	45	4. Factors affecting adolescents' access to reproductive health services aged 15-19 years in the Regional Health Promotion Center 2 Ratchanok Jaicherdchoo

สารบัญ	หน้า Page	Contents
5. การศึกษาเพื่อคัดกรองความเสี่ยงและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครเชียงใหม่ เจษฎาภรณ์ จันต๊ะวงศ์ กุลนิภา กิตติศักดิ์มนตรี พรพิมล วัฒนาอำพร	59	5. Nutritional screening and factors associated with malnutrition in oncological patients receiving chemotherapy in a pediatric ward at Chiang Mai University Hospital. Jedsadaporn Juntawong Kulnipa Kittisakmontri Pornpimol Watana-Amporn
6. การพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยในด้วยโรคสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์ในประเทศไทย รัชณี หาญสมสกุล วัฒนา ชยธวัช	74	6. Forecasting the number of inpatients with dementia and Alzheimer's disease in Thailand. Rachanee Harnsomskul Vadhana Jayathavaj
7. ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาประยุกต์การรับรู้ความสามารถของตนในการบริหารกล้ำเนื้อช่องปากเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นของช่องปากในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ จันทกรณ์ จิกัน ประจวบ แหลมหลัก	86	7. THE EFFECTS OF A SELF-EFFICACY APPLICATION PROGRAM ON DENTAL HEALTH CARE AMONG OLDER ADULTS FOR INCREASING MOISTURE OF ORAL CAVITY AT WANGCHIN DISTRICT ELDERLY CLUB, WANGCHIN DISTRICT, PHRAE PROVINCE. Chanthakon Chikan Prachuab Lamluk
8. การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่ม 608 ในเขตอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ธัญญามาศ จาริต ศิริพร คำสะอาด	104	8. CORONAVIRUS DISEASE 2019 PREVENTION PRACTICES AMONG 608 GROUP IN PHON DISTRICT, KHONKAEN PROVINCE. Tanyamas Jareet Siriporn Kamsa-ard

สารบัญ	หน้า Page	Contents
9. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี สนั่น แดงบัว ธัญวรรณ เกิดดอนทราย นพโรจน์ วงศ์พัชรจรัส วีระพงศ์ อุมัด	118	9. FACTORS INFLUENCING THE ROLE PERFORMANCE OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN THE FAMILY DOCTOR TEAM MUEANG NONTHABURI DISTRICT NONTHABURI PROVINCE.
10. การรับรู้และทัศนคติของประชาชนต่อการใช้สมาร์ทวอตช์และแอปพลิเคชันสุขภาพในการจัดการโรคเรื้อรัง ในกลุ่มประชาชนไทยที่มีอายุมากกว่า 15 ปีในจังหวัดปัตตานี, ชลบุรี, พัทลุง, ขอนแก่น, และอยุธยา ณภัทร รักไทย ฐาปกาญจน์ ทองเกื้อ พิชญาวดี โภคานิตย์ ธนกร งามสกุลพิพัฒน์ ระพีพัชร สายขุน ศุจิมน มังคลรังษี	131	10. Public Awareness and Attitudes Towards Smartwatch and Health App Utilization for Chronic Disease Management among Thai People Aged Above 15 Years in Pattani, Chonburi, Phatthalung, Khon Kaen, and Ayutthaya Provinces. Napat Rakthai Thapakan Thongkua Pitchayawadee Phokhanid Thanakorn Ngamsakulpipat Rapeepat Saykhun Sujimon Mungkalarunsi
11. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของเยาวชนหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี จังหวัดหนึ่งในภาคเหนือ พัชรารณณ์ มลารัตน์ อนุกุล มะโนทน	146	11. Factors affecting premature sexual intercourse among young women under 20 years of a province in northern region Patcharapon Mararat Anukool Manoton

สารบัญ	หน้า Page	Contents
12. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร ไพบูลย์ ต้นคงจำรัสกุล อินทรา เตตะสังข์	160	12. Developing a model to promote the participation of network partners in promoting the health of the elderly. Phichit Province. Paiboon Tankongjumruskul Indira Tetasang
13. การประเมินการปนเปื้อนสารอะฟลาท็อกซินในอาหารแห้งจากซูเปอร์มาร์เก็ตและร้านของชำในเขตกรุงเทพมหานคร ณัฐมา อังกิ้นันท์ วรเมธ ชาญพิพัฒน์ชัย สุประวีณ์ นาคะสุนัย มิญชญา สิริเลิศศักดิ์สกุล ชญากาญจน์ โชติวิทยารัตน์ ชมสวรรณค์ สาชลวิจารณ์ อินทัช ตูลาธน ศุภพิมิตา วงศ์กันยา พนิตา โยธินสิริทอง นลินภัสร์ จิรโรจน์กุลภูติท ศุจิมิน มังคลรังษี	175	13. Evaluation of Aflatoxin Concentrations of dried food from supermarkets and grocery stores in Bangkok. Natasha Angkinantana Worameth Chanpipattanachai Suprawee Nakasoon Minchaya Sirilerdsacksakul Chayagan Chotvittayarat Chomsawan Sachonwijarn Intouch Tulaton Supapimtida Vongkanya Panita Yotinsiritong Nalinphas Jirarodkulpudit Sujimon Mungkalarungsi
14. การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน พิทภรณ์ พลโคตร	184	14. Developing guidelines for caring for psychiatric patients with the risk of committing violence. By using participatory case management in the community. Pitaporn Polkot

สารบัญ	หน้า Page	Contents
15. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคปอดอักเสบในกลุ่มผู้สูงอายุ บ้านท่าขอนยาง ตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ชมมณี วรรณพัก ศิริภัสร์ โคตรสีวงษ์ สุมัทนา กลางคาร รุจิรา โนนสะอาด	195	15. Factors causing Pneumonia among The Elderly in Ban Tha Khon Yang, Tha Khon Yang Sub-district, Kantharawichai District, MahaSarakhm Province. Chommanee Wannafak Sirapat Khodseewong Sumattana Glangkarn Rujira Nonsa-ard
16. รูปแบบการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขต้นแบบด้านสุขภาพ จังหวัดพะเยา นายฤชคุณ คำมาปัน นางสาวชุติกายุจน์ สมสิงห์ใจ	203	16. Development of Communication skills Model for Community Health Volunteers Health Model of Phayao Province. Mr.Grichakhun Khammapun Miss Chutikan Somsingjai
17. การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในเด็ก โรงพยาบาลโสธร กลอยใจ แสนวงษ์ รำไพ ศรีเนตร จุฬารณณ์ นิลภูมิ	222	17. Development of a nursing management model for pneumonia in child Yasothon Hospital.
18. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย รุ่งนภา ยาวิโล สรวิศ บุญญฐี	235	18. Factor Affecting to Madding Adherence Among Ethnic Hypertensive Patients of Maesai Sub-District Health Promotion Hospital, Maesai District, Chiangrai Province. Rungnapha Yawilo Sorawit Boonyathee
19. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรมของกลุ่มวัยทำงานในเขตตำบลแม่ชะนิง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน กรรณิการ์ กันทะกาลัง สมชาย จาดศรี	251	19. Predicting factors of dental service use behavior among working-age people in Maekhaning subdistrict, Wiangsa District, Nan Province. Kannika Kantakalang Somchai Jadsri

Received: 19 Dec.2023, Revised: 1 Apr. 2024

Accepted: 15 Aug. 2024

บทความวิชาการ

ประสิทธิภาพการตรวจวินิจฉัยทารกก่อนคลอดโรคธาลัสซีเมียด้วยวิธี capillary electrophoresis โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย

จุฑารัตน์ น้อยเจริญ¹

บทคัดย่อ

ธาลัสซีเมียเป็นโรคเลือดจางทางพันธุกรรมที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศ โดยการตรวจวินิจฉัยทารก ในครรภ์เป็นขั้นตอนสำคัญขั้นตอนหนึ่งของการดำเนินงานเพื่อการควบคุมและป้องกันโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงของไทย จากการวินิจฉัยการตรวจวิเคราะห์ดีเอ็นเอในตัวอย่างเนื้อรก หรือน้ำคร่ำ เป็นวิธีที่นิยมมากที่สุด แต่เนื่องจากการตรวจวิเคราะห์ดีเอ็นเอมีความยุ่งยาก ซับซ้อน และใช้เวลาในการตรวจนาน ซึ่งมีข้อจำกัดคู่สมรสที่มาฝากครรภ์ล่าช้า ซึ่งจะไม่ทราบชนิดของธาลัสซีเมียก่อน ดังนั้นการใช้เทคนิค capillary electrophoresis เป็นเทคนิคที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ในการตรวจฮีโมโกลบินแบบอัตโนมัติ อาศัยการแยกฮีโมโกลบินในสารละลายที่เป็นด่างที่ pH 9.4 ร่วมกับการใช้สารอิเล็กโตรไลต์ และแยกฮีโมโกลบินแต่ละชนิดออกจากกันภายในหลอด capillary สามารถใช้วินิจฉัยได้ทั้ง α – thalassemia และ β – thalassemia บทความฉบับนี้จะนำเสนอประสิทธิภาพการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์โรคธาลัสซีเมียด้วยวิธี capillary electrophoresis ซึ่งการตรวจสามารถทำได้โดยง่าย ได้ผลเร็ว มีราคาถูกกว่าการตรวจวิเคราะห์ดีเอ็นเอซึ่งค่อนข้างยุ่งยากที่มีราคาแพงและให้บริการไม่แพร่หลาย

คำสำคัญ: ธาลัสซีเมีย, ทารกในครรภ์, capillary electrophoresis

¹โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย

*Corresponding author: e-mail: jutarat.mt9@gmail.com

Review Article

Experience in prenatal diagnosis of thalassemia using capillary electrophoresis At Queen Savang Vadhana Memorial Hospital, The Thai Red Cross Society

Jutarat Noicharoen¹

Abstract

Thalassemia is a genetic anemia that is a major public health problem in the country. By examining the baby In utero it is an important step in operations for the control and prevention of severe thalassemia disease in Thailand. From diagnosis, DNA analysis in placenta samples or amniotic fluid is the most popular method. However, because DNA analysis is complicated and takes a long time to test. which has restrictions on couples who come late for prenatal care The type of thalassemia will not be known first. Therefore, using the capillary electrophoresis technique It is a technique that has been developed for automatic hemoglobin testing. Relying on the separation of hemoglobin in an alkaline solution at pH 9.4 together with the use of electrolytes. and separating each type of hemoglobin within a capillary tube. It can be used to diagnose both α – thalassemia and β – thalassemia. This article will present the experience of diagnosing fetuses with thalassemia using capillary electrophoresis. The test can be done easily, gives quick results, and is cheaper than DNA analysis, which is complicated, expensive, and not widely available.

Keywords: Prenatal diagnosis, Thalassemia, Capillary electrophoresis

¹ QUEEN SAVANG VADHANA MEMORIAL HOSPITAL

* Corresponding author, e-mail address: jutarat.mt9@gmail.com

บทนำ

โรคธาลัสซีเมีย เป็นโรคทางพันธุกรรมที่พบบ่อยมากที่สุดในโรคและประเทศไทย เป็นปัญหาที่สำคัญทั้งทางสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม เป็นปัญหาที่ยากต่อการบริหารจัดการเนื่องจากมีลักษณะของโรคที่ซับซ้อนยากต่อการเข้าใจทั้งในบุคลากรทางการแพทย์และในประชาชนทั่วไป เป็นโรคเรื้อรังที่มีมิติความเชื่อมโยงที่หลากหลาย เช่น การตรวจเลือดในคู่สมรส เพื่อลดโอกาสเสี่ยงการเกิดโรคธาลัสซีเมียในทารกเกิดใหม่ เมื่อเด็กเกิดมาและมีอาการผิดปกติ จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพมาตรฐานจากผู้เชี่ยวชาญในสถานบริการ อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นให้เด็กที่ป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมีย สูญเสียโอกาสพัฒนาตนเองในด้านต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการศึกษาซึ่งนับว่าเป็นพื้นฐานสำคัญของชีวิตในการสร้างอนาคตส่งผลกระทบต่อในด้านสังคมที่ต้องเข้ารับการรักษายาวต่อเนื่อง⁽¹⁾ โดยประเทศไทยพบพาหะธาลัสซีเมียประมาณร้อยละ 30-40 ของประชากรหรือประมาณ 18-24 ล้านคน มีผู้ป่วยโดยรวมประมาณ 6 แสนคนในแต่ละปี มีมารดาที่เสี่ยงต่อการมีบุตรเป็นโรคธาลัสซีเมียประมาณ 5 หมื่นราย และมีเด็กเกิดใหม่ป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมีย 12,125 ราย ซึ่งการรักษาสามารถรักษาให้หายขาดได้โดยการปลูกถ่ายไขกระดูก แต่ไม่สามารถทำได้ทุกคนเนื่องจากมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการสูงมาก และต้องมีผู้บริจาคไขกระดูกที่เข้ากับผู้ป่วยได้ การรักษาโดยทั่วไปจึงเป็นการรักษาแบบประคับประคองตามอาการ ผู้ป่วยธาลัสซีเมียจึงได้รับทุกขเวทนาเป็นอย่างมากทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และรัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยปีละไม่น้อยกว่า 5,000 – 6,000 ล้านบาท อย่างไรก็ตามโรคธาลัสซีเมียสามารถควบคุมและป้องกันได้โดยการตรวจเลือดก่อนการตั้งครรภ์ด้วยการให้คู่สมรสหรือสามีภรรยาตรวจเลือดก่อนมีบุตร⁽²⁾ การดำเนินการควบคุมป้องกันโรคธาลัสซีเมียของประเทศไทย ได้แก่ การเผยแพร่ถอดบทเรียนรูปแบบการดำเนินงานในพื้นที่ที่ดำเนินการได้ดีประสบความสำเร็จ เพื่อให้พื้นที่อื่นๆ สามารถนำไปปรับประยุกต์ใช้ได้ตามความเหมาะสม การผลักดันให้ผู้ป่วยธาลัสซีเมียได้รับสิทธิการรักษาตามที่สมควรได้รับ พัฒนาแนวทางการวินิจฉัยพาหะ และโรคธาลัสซีเมีย ตลอดจนหาข้อมูลเสี่ยงต่อการเกิดโรคธาลัสซีเมียรุนแรงที่ได้ประสิทธิภาพและคุ้มค่า การติดตามผลการรักษา รวมทั้งพัฒนาการวินิจฉัย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคธาลัสซีเมียจากการรักษา รวมทั้งการเชื่อมโยงจัดระบบบริการ การคัดกรอง การวินิจฉัย การรักษา การติดตามระบบสารสนเทศ เพื่อเป็นข้อมูลสู่การบริหารจัดการในภาพประเทศ และสามารถนำไปเป็นนโยบายระดับชาติเพื่อป้องกันการเกิดโรคที่รุนแรงรายใหม่ ตลอดจนถึงลดพาหะของโรคด้วย^(1,2-4) โดยธาลัสซีเมียที่กำหนดไว้ในเป้าหมายการลดความรุนแรง 3 ชนิด ได้แก่ Homozygous α – thalassemia 1 (Hb Bart's hydrops fetalis), β -thalassemia major และ β -thalassemia / Hb E⁽⁵⁾

โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย มีการดำเนินงานด้วยเป็นภารกิจหลักของโรงพยาบาลที่มีการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคธาลัสซีเมีย โดยการเก็บตัวอย่างเนื้อรก (CVS) การเจาะดูคร่ำน้ำคร่ำ (Amniocentesis) และการเก็บตัวอย่างเลือดทารกในครรภ์ (Fetal blood sampling) เพื่อนำเซลล์ไปตรวจโครโมโซม พบคู่สมรสที่เสี่ยงต่อการมีบุตรเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงมาขอรับบริการตรวจ 729 คู่ มีความเสี่ยงต่อการมีบุตรเป็นโรค β -thalassemia / Hb E มากที่สุด คือร้อยละ 72.13 ชนิด homozygous α – thalassemia 1 ร้อยละ 42.74 และชนิด β -thalassemia major เพียงร้อยละ 1.5 นอกจากนี้เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคธาลัสซีเมียหลายชนิดร่วมกัน โดยจะขอกล่าวประสบการณ์ในการดำเนินงาน ดังนี้

1. ตัวอย่างส่งตรวจ

การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์โรคธาลัสซีเมียที่ดำเนินการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย จะทำการตรวจเลือดทารกที่ได้จากการเจาะเก็บด้วยวิธี cordocentesis หลังอายุครรภ์ 18 สัปดาห์ไปแล้ว ตัวอย่างส่งตรวจที่ใช้จึงขึ้นอยู่กับอายุครรภ์และความชำนาญของสูติแพทย์ตลอดจนความพร้อมของ

ห้องปฏิบัติการในการจัดตั้งวิธีการตรวจที่เหมาะสมสำหรับตัวอย่างส่งตรวจแต่ละชนิด⁽⁶⁾ อย่างไรก็ตามผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าการเจาะเลือดเป็นตัวอย่างส่งตรวจที่ได้รับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.3⁽⁷⁾ ตัวอย่างส่งตรวจทุกชนิดจึงมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่ากัน และสามารถจำแนกชนิดของพาหะที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย ดังนี้

1. Hb Bart's hydrops fetalis หรือ Homozygous α -thalassemia (α -thal 1 / α -thal 1 หรือ - / - -) เป็นชนิดที่รุนแรงที่สุดผู้ป่วยจะเสียชีวิตตั้งแต่อยู่ในครรภ์หรือหลังคลอด ปัญหาที่พบในแม่ระหว่างตั้งครรภ์คือ ครรภ์เป็นพิษ ความดันเลือดสูง บวม การคลอดผิดปกติและมีการตกเลือดหลังคลอด

2. Homozygous β -thalassemia (β -thal / β -thal) จะเริ่มมีอาการตั้งแต่ขวบปีแรก อาการอื่นๆ ที่พบได้คือ ตับ ม้ามโต ใบหน้าเปลี่ยนเป็นแบบ thalassemic face ร่างกายแคระแกร็น การเจริญเติบโต ไม่สมอายุ จำเป็นต้องให้เลือดและมีภาวะแทรกซ้อนจากธาตุเหล็กเกินได้แก่ ตับแข็ง เบาหวาน และหัวใจล้มเหลวสำหรับ β -thalassemia/Hb E (β -thal / Hb E) อาการทางคลินิกมีตั้งแต่น้อยปานกลางจนถึงรุนแรงมากเหมือน homozygous β -thalassemia (β -thal / β -thal)

3. Hb H disease (α -thal 1 / α -thal 2 หรือ - - / - α , or α -thal 1 / Hb CS หรือ - - / α CS α) ส่วนใหญ่มีอาการน้อยได้แก่ซีด เหลือง ตับม้ามโตไม่มากแต่ถ้ามีไข้สูงจะมีภาวะซีดลงอย่างรวดเร็ว

2. เทคนิคการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2.1 การตรวจวินิจฉัย Hb Bart's hydrops fetalis

การวินิจฉัยทารกในครรภ์ก่อนคลอด เพื่อทราบว่าทารกในครรภ์ก่อนคลอดมีพันธุกรรม หรือ ยีนธาลัสซีเมียเป็นชนิดใดเพื่อนำข้อมูลมาให้คำปรึกษาทางพันธุศาสตร์แก่คู่สมรสที่เสี่ยงจะมีโอกาสได้บุตรเป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย โดยมีข้อบ่งชี้ในหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงมีบุตรเป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดที่รุนแรงได้แก่ โรคฮีโมโกลบินบาร์ตไฮดรอสฟีทาลิส (Hb Bart's hydrops fetalis) โฮโมซัยกัสเบต้า-ธาลัสซีเมีย(homozygous β -thalassemia) และเบต้า-ธาลัสซีเมียฮีโมโกลบินอี (β -thalassemia/Hb E disease)⁽¹⁻²⁾

กลุ่มอาการ Hb Bart's hydrops fetalis เมื่อคู่เสี่ยงตั้งครรภ์สูตินารีแพทย์จะทำการตรวจด้วยอัลตราซาวด์และทำหัตถการเพื่อเก็บชิ้นส่วนของทารกในครรภ์ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งดังต่อไปนี้เพื่อให้ห้องปฏิบัติการตรวจวินิจฉัยยีนธาลัสซีเมียของทารกในครรภ์ ได้แก่ การตรวจด้วยอัลตราซาวด์ (Ultrasound) เมื่ออายุครรภ์ 16 สัปดาห์และตรวจซ้ำทุก 4 สัปดาห์ ในกรณีที่เสี่ยงต่อโรค Hb Bart's hydrops fetalis การเก็บชิ้นเนื้อรกเพื่อตรวจ (Chorionic villous sampling, CVS) เมื่ออายุครรภ์ 9-12 สัปดาห์ และการเจาะดูดน้ำคร่ำ (Amniocentesis) เมื่ออายุครรภ์ 16-18 สัปดาห์ โดยตรวจพบ Hb Bart's (g4) สูงมากกว่าร้อยละ 80 และมักตรวจพบ Hb Portland (z2g2) ร่วมด้วย การเจาะเลือดจากสายสะดือผ่านทางหน้าท้อง (Cordocentesis) เมื่ออายุครรภ์ 18-20 สัปดาห์ ซึ่งประสิทธิภาพการตรวจวินิจฉัยทารกก่อนคลอดโรคธาลัสซีเมียด้วยวิธี capillary electrophoresis สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่มีวิธีการเดียวกัน⁽⁸⁾

2.2 การตรวจวินิจฉัย β -thalassemia major และการตรวจวินิจฉัย β -thalassemia / Hb E

เนื่องจากโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย พบผู้ป่วยธาลัสซีเมีย ประเภท β -thalassemia major และ β -thalassemia / Hb E น้อย จึงไม่กล่าวถึงรายละเอียดในบทความนี้ แต่ส่วนใหญ่จะพบโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย (thalassemia) เป็นโรคพันธุกรรมทางโลหิตวิทยา ซึ่งมีอุบัติการณ์สูงมากในประเทศไทย ประมาณร้อยละ 20.0 – 30.0 ของประชากรมีถิ่น alpha (α)-thalassemia ร้อยละ 3.0-9.0 มีถิ่น beta (β)-

thalassemia และพบยีนของฮีโมโกลบิน ผิดปกติ 2 ชนิด คือ hemoglobin E (Hb E) โดยเฉลี่ยประมาณร้อยละ 13.0 และพบสูงขึ้น ในคนอีสานถึงร้อยละ 30.0 - 40.0 ที่จังหวัดสุรินทร์พบ Hb E สูงถึงร้อยละ 52.0 ฮีโมโกลบินผิดปกติอีกชนิดหนึ่งที่พบได้บ่อย คือ Hb Constant Spring (Hb CS) พบประมาณร้อยละ 1.0 - 8.0 ⁽⁸⁻¹⁰⁾

3. การตรวจเลือดทารกด้วยวิธี capillary electrophoresis

การทดสอบ Polymerase chain reaction สามารถตรวจหาชิ้นส่วนเหล่านี้โดยใช้ Capillary electrophoresis เทคนิคที่มีการใช้อย่างมากในการทำ QF-PCR คือ การเพิ่มจำนวน Short tandem repeats (STRs) หรือส่วนของ DNA ที่มีลำดับนิวคลีโอไทด์ที่สั้นและที่มีความจำเพาะต่อโครโมโซมซึ่งลำดับนี้จะเป็นชุดซ้ำๆกัน และโดยปกติจะประกอบไปด้วย 2-5 คู่เบสต่อชุด จะทำโดยการสกัด DNA ออกมาจากน้ำคร่ำ วิเคราะห์โดย Capillary electrophoresis ซึ่งจะทำให้การคัดแยกชิ้นส่วนเหล่านี้ตามขนาด โดยชิ้นส่วนขนาดเล็กจะผ่านไปได้อ่อน และขนาดเท่ากันจะผ่านไปพร้อมๆกัน และสามารถบอกได้ว่าเป็นชิ้นส่วนมาจากโครโมโซมคู่ใดจากผลการเรียงแสงที่ติดไว้ ดังนั้นจะสามารถบอกขนาดและปริมาณของชิ้นส่วนนั้นๆ จะให้ผลค่อนข้างเร็วภายใน 1-2 วัน เนื่องจากเซลล์ของทารกไม่จำเป็นต้องนำมาเพาะเลี้ยง อย่างไรก็ตามการแปลผลนั้นจำเป็นต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญ และจำเป็นต้องมีการลงทุนทั้งทางด้านอุปกรณ์ และบุคลากรที่ผ่านการฝึกฝนมาแล้ว จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าการตรวจนี้มีความน่าเชื่อถือร้อยละ 100 และไม่มีผลลบลง (False negative) ซึ่งได้ผลดีไม่ต่างจากวิธีHPLC ⁽¹¹⁻¹²⁾ อย่างไรก็ตามสามารถใช้ในการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียในทารกแรกคลอดโดยตรวจวินิจฉัยได้ทั้ง a-thalassemia และ b-thalassemia ⁽¹³⁻¹⁵⁾

ความรุนแรงของโรคแบ่งตามอาการ

1. กลุ่มอาการรุนแรงมากที่สุด ได้แก่ ฮีโมโกลบินบาร์ทไฮดรอฟัสฟีทิลลิส (Hemoglobin bart's hydrops fetalis) ส่วนใหญ่จะเสียชีวิตในครรภ์มารดา หรือ ภายในไม่กี่ชั่วโมงหลังคลอด พบว่าทารกมีลักษณะบวม น้ำทั้งตัว คลอดลำบาก ซีด ตับและม้ามโต มีรกขนาดใหญ่
2. กลุ่มอาการรุนแรงมากถึงปานกลาง ได้แก่ โฮโมซัยกัส เบต้า-ธาลัสซีเมีย (Homozygous beta-thalassemia) และ เบต้า-ธาลัสซีเมีย/ฮีโมโกลบินอี (Beta-thalassemia/heamoglobim E) แรกเกิดจะเป็นปกติ จะเริ่มมีอาการตั้งแต่ภายในขวบปีแรก หรือหลังจากนั้นอาการสำคัญ คือ ซีด อ่อนเพลีย ตาเหลือง ท้องป่องเนื่องจากตับ และม้ามโต กระดูกใบหน้าเปลี่ยน โหนกแก้มสูง ดังจุมพแบน ฟันยื่น ตัวเตี้ยแคระแกรน ผิวคล้ำ เจริญเติบโตไม่สมอายุ
3. กลุ่มอาการรุนแรงน้อย ได้แก่ ฮีโมโกลบินเอช (Hemoglobin H disease) ผู้ป่วยจะมีอาการซีด และเหลืองเล็กน้อย หากมีไข้หรือติดเชื้อผู้ป่วยจะซีดลงโอกาสที่จะเป็นพาหะของธาลัสซีเมียชนิดใดชนิดหนึ่งมีถึงร้อยละ 30-40 ในคู่สามี ภรรยา ที่มีบุตรเป็นโรคธาลัสซีเมีย แสดงว่าทั้งคู่ เป็นพาหะ ส่วนพี่น้อง หรือญาติของผู้เป็นโรค หรือพาหะธาลัสซีเมีย มีโอกาสที่จะมีธาลัสซีเมียมากกว่าคนทั่วไป เมื่อผู้เป็นโรคธาลัสซีเมีย มีบุตร อย่างน้อยบุตรทุกคนจะเป็นพาหะ ⁽⁹⁻¹⁰⁾

ผลการปนเปื้อนของเลือดแม่ และข้อควรระวัง

การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ด้วยวิธี capillary electrophoresis การปนเปื้อนของเลือดแม่ จะส่งผลต่อการวินิจฉัย ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้สำคัญ ดังการศึกษาของ ⁽⁸⁾ ที่กล่าวว่า การปนเปื้อนของเลือดแม่สามารถพิจารณาผลการตรวจได้จาก Hb F และ Hb Bart's ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้สำคัญด้วย แต่สำหรับการวินิจฉัย b-thalassemia จะมีปัญหามาก เมื่อทำการผสมเลือดแม่ลงไปในการตรวจที่เป็นโรค (ตรวจพบเฉพาะ HbF และ Hb E) ในอัตราร้อยละ 3 จะสามารถตรวจพบ Hb A ได้อย่างชัดเจน ทำให้วินิจฉัยผิดพลาดเป็นพาหะ Hb E ได้ ซึ่งประสบการณ์การตรวจวินิจฉัยทารกก่อนคลอดโรคธาลัสซีเมียด้วยวิธี capillary electrophoresis โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภาากาชาดไทย

พบว่า มีโอกาสเกิดภาวะการปนเปื้อนของเซลล์จากมารดา ร้อยละ 1.5 – 2.0 โดยข้อควรระวังในการตรวจด้วยวิธี capillary electrophoresis คือ ใช้ fresh blood specimen เท่านั้น เพื่อลดความผิดพลาดของผลการวินิจฉัยได้

วิธีการตรวจสอบการปนเปื้อนของเลือดแม่ในตัวอย่าง Fetal blood ก่อนนำไปตรวจด้วยเครื่อง capillary electrophoresis ใช้เลือดทารกประมาณ 0.5-1 mL ไม่ควรเกิน 5 mL หรือไม่ควรเกินร้อยละ 6 ของปริมาณเลือดในรกและทารก (fetoplacental blood volume) 125 mL/kg หรือการเจาะเลือดสายสะดือทารกในครรภ์ (cordocentesis) หมายถึง การดูดเก็บตัวอย่างเลือดทารกในครรภ์จากสายสะดือโดยใช้เข็มเจาะผ่านทางหน้าท้องมารดา มีชื่ออื่นเรียกว่า funiculocentesis หรือ percutaneous umbilical blood sampling เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แน่ชัดว่าไม่มีการปนเปื้อนจากเซลล์ของแม่ อย่างไรก็ตามการปนเปื้อนของเลือดแม่เป็นข้อจำกัดที่พบในการตรวจด้วยเครื่อง capillary electrophoresis ดังการศึกษาอื่นๆที่ผ่านมา^(8,11-12)

ข้อจำกัดเมื่อเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมา

ปัจจุบันการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียด้วยวิธีมาตรฐานโดยการตรวจชนิดฮีโมโกลบิน (Hemoglobin typing) วิธีที่เหมาะสมในการตรวจได้แก่ capillary electrophoresis (CE) และ isoelectric focusing (IEF)¹⁶ ซึ่งทั้งสองวิธีมีการศึกษารองรับในการนำมาใช้ตรวจคัดกรองโรคในกลุ่มทารกก่อนคลอด ข้อจำกัดในการตรวจ คือ การตรวจนี้จะตรวจพบความผิดปกติเมื่อมีชนิดฮีโมโกลบินที่ต่างไปจากรูปแบบปกติเท่านั้น ดังนั้นปัจจัยอื่นๆอาจมีผลทำให้ไม่สามารถให้การวินิจฉัยโรคได้ครบถ้วนทั้งหมด เช่น กรณีฮีโมโกลบินที่มีความเสถียรน้อยทำให้พบในตัวอย่างตรวจได้เพียงเล็กน้อยหรืออาจตรวจไม่พบได้ ได้แก่ ฮีโมโกลบินคอนสแตนท์ สปริง (Hb Constant Spring, Hb CS) หรือกรณีอัลฟาธาลัสซีเมียที่ในคนปกติจะมีพันธุกรรม (ยีน, gene) ของสายอัลฟาจำนวนทั้งสิ้น 4 ยีน หากมีความผิดปกติเพียงหนึ่งยีนจะไม่ทำให้เกิดโรค (เป็นพาหะ)⁽⁸⁾ และอาจไม่มีรูปแบบความผิดปกติให้ตรวจพบโดยวิธีคัดกรองได้ แต่ข้อดีที่สำคัญในการตรวจในทารกแรกเกิดคือ หากมีความผิดปกติของสายอัลฟาจำนวน 2 ยีน (เป็นพาหะ) จะสามารถให้การวินิจฉัยในเบื้องต้นจากการคัดกรองได้ซึ่งแตกต่างจากการนำไปตรวจคัดกรองโรคในผู้ใหญ่ที่ไม่สามารถแยกภาวะพาหะที่สำคัญนี้ได้ ดังนั้นในบางครั้งการแปลผลจึงไม่สามารถตัดความเป็นไปได้ของการมีความผิดปกติเหล่านี้ (พาหะ) ได้อย่างไรก็ตามความผิดปกติเหล่านี้ไม่จัดเป็นความผิดปกติที่ทำให้เกิดโรครุนแรงซึ่งเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการตรวจคัดกรองเพื่อให้ได้การวินิจฉัย

สำหรับการตรวจคัดกรองในทารกก่อนคลอดนั้นยังมีข้อจำกัดที่สำคัญ เนื่องจากในคนปกติชนิดฮีโมโกลบินที่พบในทารกแรกคลอดจะแตกต่างจากชนิดที่พบเมื่อเด็กโตขึ้น โดยพบฮีโมโกลบินเอฟ (Hb F หรือ fetal Hb) เป็นองค์ประกอบหลักในทารกแรกคลอด และเมื่อทารกโตขึ้นจะมีฮีโมโกลบินเอ (Hb A) เป็นองค์ประกอบหลักแทน กระบวนการนี้จะเกิดขึ้นสมบูรณ์ในช่วงหลังอายุ 6 เดือนเป็นต้นไป ความแตกต่างของฮีโมโกลบินทั้งสองชนิดอยู่ที่การแสดงออกของพันธุกรรมสายเบต้า ดังนั้นการตรวจคัดกรองนี้ในทารกแรกคลอดจะไม่สามารถบอกความผิดปกติถึงโรคเบต้าธาลัสซีเมียได้ทั้งหมด ในการแปลผลทุกครั้งจึงไม่สามารถตัดความเป็นไปได้ของโรคเบต้าธาลัสซีเมียได้จากการตรวจคัดกรองแรกเกิดนี้

ความสัมพันธ์ของพันธุกรรมและความรุนแรงของโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่พบบ่อยในประเทศไทย

Bart's hydrops fetalis หรือ homozygous α -thalassemia1 มี genotype เป็น α -thal 1/ α -thal 1 หรือ -/-/- เป็นชนิดที่รุนแรงที่สุดเด็กทารกจะเสียชีวิตตั้งแต่อยู่ในครรภ์หรือตายทันทีหลังคลอด (ตายคลอด) อาจมีพยาธิสภาพที่พบในมารดาระหว่างตั้งครรภ์คือ ครรภ์เป็นพิษ ความดันโลหิตสูง บวม การคลอดผิดปกติ และตกเลือดหลังคลอด พบสาเหตุของ hydrops fetalis เกิดจาก Hb Bart's hydrops fetalis ร้อยละ 36.58⁽⁸⁾

Homozygous β -thalassemia(β -thal/ β -thal) มีโลหิตจางมาก ระดับฮีโมโกลบินระหว่าง3-6 กรัมต่อเดซิลิตร มักเริ่มมีอาการซีดตั้งแต่ขวบปีแรก หากไม่ได้รับการรักษามีตับ ม้ามโต กระดูกขยายกว้างทำให้รูปใบหน้าเปลี่ยน แบบ thalassemic facies ร่างกายเจริญเติบโตช้าจำเป็นต้องให้เลือด และเมื่อถึงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ มักมีภาวะแทรกซ้อนจากธาตุเหล็กเกินได้แก่ ตับแข็ง เบาหวาน และหัวใจล้มเหลว

β -thalassemia/Hb E (β -thal/ E) อาการทางคลินิกมีตั้งแต่เล็กน้อย ปานกลางจนถึงรุนแรงมากHb H disease (α -thal 1/ α -thal 2, or α -thal 1/Hb CS) ส่วนใหญ่มีกาการน้อยถึงปานกลาง ได้แก่ ซีด เหลือง ตับม้ามโต แต่ถ้ามีไข้สูงจะมีภาวะซีดลงอย่างรวดเร็ว ทำให้มีอาการทางสมองและหัวใจวายได้

ดังนั้นการตรวจหาพาหะของธาลัสซีเมีย และฮีโมโกลบินที่ผิดปกติ เมื่อได้คู่เสี่ยงแล้วก็จะเข้าสู่กระบวนการให้คำปรึกษา และแนะนำการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ก่อนคลอด โดยการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ประกอบด้วย

1) การตรวจครรภ์ด้วยเครื่องคลื่นเสียงความถี่สูง วินิจฉัยได้เฉพาะ Hb Bart's hydrops fetalis เป็นวิธีการที่สะดวกและปลอดภัยแต่มีข้อเสียคือ บางครั้งวินิจฉัยได้เมื่ออายุครรภ์ที่มาก จึงเพิ่มความเสี่ยงมารดาที่จะเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ

2) การตรวจชิ้นเนื้อรก (chorionicvillous sampling, CVS) มีข้อดีคือสามารถตรวจ วินิจฉัยได้ตั้งแต่อายุครรภ์น้อยๆ คือ 10-13 สัปดาห์ แต่มีความเสี่ยงที่จะแท้งสูงประมาณร้อยละ 1 และผลที่ได้เป็นข้อมูลระดับยีน ซึ่งต้องการความละเอียดรอบคอบในการเก็บตัวอย่างและแปลผล

3) การตรวจน้ำคร่ำ (amniocentesis) มักทำตั้งแต่อายุครรภ์ 15-20 สัปดาห์ ข้อมูลที่ได้เป็นการตรวจทางระดับยีน เช่นเดียวกับการตรวจชิ้นเนื้อรก ภาวะแทรกซ้อน เช่นการแท้งพบได้ประมาณ ร้อยละ 0.2-0.33

4) การเจาะเลือดจากสายสะดือทารกในครรภ์ (cordocentesis) เป็นการตรวจเลือดจากทารกโดยตรงตรวจได้ทั้งระดับยีนและทางโลหิตวิทยาของทารก พบภาวะแทรกซ้อนได้ร้อยละ1-2.5³⁰ ขึ้นกับความชำนาญของผู้ทำ

บทสรุป

การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์โรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงด้วยการตรวจเลือดทารกด้วยวิธี capillary electrophoresis สามารถใช้วินิจฉัยได้ทั้ง a – thalassemia และ b – thalassemia ทั้งนี้การตรวจด้วยวิธีนี้จะให้ผลค่อนข้างเร็ว ในเวลา 1-2 วัน และค่าใช้จ่ายในการตรวจที่ไม่แพงมาก เนื่องจากเซลล์ของทารกไม่จำเป็นต้องนำมาเพาะเลี้ยง อย่างไรก็ตามการแปลผลนั้นจำเป็นต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญ และจำเป็นต้องมีการลงทุนทั้งทางด้านอุปกรณ์ และบุคลากรที่ผ่านการฝึกฝนมาแล้ว แต่ก็พบข้อเสียคือ มีจุดอ่อนในการตรวจความผิดปกติของ Sex chromosome นอกจากนี้หากตรวจ Fetal blood ด้วยวิธี capillary electrophoresis แล้วพบว่าทารกในครรภ์เสี่ยงต่อโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง จะพิจารณายืนยันผลด้วยการตรวจวิเคราะห์ดีเอ็นเอทุกราย เพื่อความแน่ใจของการแปลผลตรวจ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมียในเวชปฏิบัติทั่วไป. กิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์ กันยายน 2560.
2. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. เด็กไทยเกิดใหม่ป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมียกว่า 1.2 หมื่นคน. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567; จาก, <https://www.hfocus.org/content/2016/03/11861>

3. Yamsri S, Sanchaisuriya K, Fucharoen G, Sae-ung N, Ratanasiri T. Prevention of severe thalassemia in northeast Thailand: 16 years of experience at a single university center. *Prenat Diagn* 2010; 30:540-6.
4. Ratanasiri T, Charoenthong C, Komwilaisak R, Changtrakul Y, Fucharoen S, Wongkham J, et al. Prenatal prevention for severe thalassemia disease at Srinagarind hospital. *J Med Ass Thai* 2006; 89(suppl.4): S87-93.
5. Sae-ung N, Fucharoen G, Sanchaisuriya K, Fucharoen S. α -thalassemia and related disorders in northeast Thailand: a molecular and hematological characterization. *Acta Haematol* 2007; 117: 78-82.
6. Sanguamsermsri T, Thanaratanakorn P, Steger HF, Tongsong T, Sirivatanapa P, Wanapirak C, et al. Prenatal diagnosis of hemoglobin Bart's hydrops fetalis by HPLC analysis of hemoglobin fetal blood samples. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2001; 32: 180-5.
7. Rouyer-Fessard P, Plassa F, Blouquit Y, Vidaud H, Varnavides L, Mibashan RS, et al. Prenatal diagnosis of haemoglobinopathies by ion exchange HPLC of haemoglobins. *Prenat Diagn* 1989; 9: 19-26.
8. สุพรรณ พุเจริญ, กุลนภา พุเจริญ. การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์โรคธาลัสซีเมียด้วยวิธี capillary electrophoresis: ประสบการณ์จากภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย. *วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด* 2011; 23 (3).
9. อรุณี เจตศรีสุภาพ. ธาลัสซีเมียแบบองค์รวม 2550. มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2560.
10. มูลนิธิโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียแห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยและการรักษาโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย (Clinical practice guideline for diagnosis and management of thalassemia Syndromes). 2557. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พิมพ์ที่ พี เอ สี่ฟวิ้ง จำกัด
11. Srivorakun H, Fucharoen G, Sae-ung N, Sanchaisuriya K, Ratanasiri T, Fucharoen S. Analysis of fetal blood using capillary electrophoresis system: a simple method for prenatal diagnosis of severe thalassemia diseases. *Eur J Haematol* 2009; 83: 57-65.
12. Alter BP. Prenatal diagnosis: general introduction, methodology and review. *Hemoglobin* 1988; 12:763-72.
13. Sanchaisuriya K, Fucharoen G, Sae-ung N, Jetsrisuparb A, Fucharoen S. Molecular and hematologic features of hemoglobin E heterozygotes with different forms of α -thalassemia in Thailand. *Ann Hematol* 2003; 82: 612-6.
14. Fucharoen G, Trithipsombat J, Sirithawee S, Yamsri S, Changtrakul Y, Sanchaisuriya K, Fucharoen S. Molecular and hematological profiles of hemoglobin EE disease with different forms of α – thalassemia. *Ann Hematol* 2006; 85: 450-4.

15. Boonsa S, Sanchaisuriya K, Fucharoen G, Wiangnon S, Jetsrisuparb A, Fucharoen S. The diverse molecular basis and hematologic features of Hb H and AEBart's diseases in northeast Thailand. *Acta Haematol* 2004; 111: 149-54.
16. Charoenkwan P, Taweephon R, Sirichotiyakul S, et al. Cord blood screening for alpha-thalassemia and hemoglobin variants by isoelectric focusing in northern Thai neonates: correlation with genotypes and hematologic parameters. *Blood Cells Mol Dis*. 2010;45(1):53-7.

Received: 7 Feb. 2024, Revised: 6 Mar. 2024

Accepted: 9 Apr. 2024

บทความวิจัย

การพัฒนาแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน

อานนท์ ฤกษ์แก้วหงส์^{1*}, จตุพร เหลืองอุบล², สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์³

บทคัดย่อ

การป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนที่ผ่านมาไม่สามารถเพิ่มอัตราคงอยู่ในระบบการบำบัด การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนในโรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม โดยมีกลุ่มเป้าหมาย 46 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และผู้เสพยาเสพติดที่ผ่านกระบวนการบำบัดพร้อมญาติ 26 คน และผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน 20 คน ซึ่งคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายด้วยวิธีเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกการประชุม และการสนทนากลุ่ม ระหว่างวันที่ 31 พฤษภาคม 2566 - 31 กรกฎาคม 2566 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Wilcoxon Signed Ranks Test

ผลการศึกษา พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนในระยะหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมากทุกด้านและเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในระดับมาก นอกจากนี้พบว่ากลุ่มผู้เสพยาเสพติดมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และเข้ารับการบำบัดครบตามโปรแกรมทั้งหมด (ร้อยละ 100)

สรุปผลการศึกษา พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาแบบการป้องกันการขาดนัดสำหรับผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนครั้งนี้คือการวิเคราะห์และทบทวนปัญหาอุปสรรคของ การดำเนินงานที่ผ่านมาโดยผู้เกี่ยวข้อง และการได้รับความร่วมมือและการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนในรูปแบบของผู้ดูแลช่วยเหลือเพื่อน ส่งผลให้ผู้เสพยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาตามโปรแกรม ซึ่งทำให้การดำเนินงานตามการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนเป็นไปตามวัตถุประสงค์และมีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

คำสำคัญ : การพัฒนาแบบ, การป้องกันการขาดนัด, การบำบัดผู้ติดยาเสพติด

^{1*}นิสิตปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

* Corresponding author E-mail: aarononon@gmail.com

*Original Article***Developing a Model for Preventing Missed Appointments:
A Case Study of the Methamphetamine User****Arnon Thongkawhong^{1*}, Jatuporn Luangubol², Surasak Thiabrithi³****Abstract**

In the past, the prevention of missed appointments among methamphetamine users has not been possible to increase the retention rate in the treatment system. Thus, this action research aims to develop a model for the prevention of missed appointments for methamphetamine users in Kantharawichai Hospital, Mahasarakham Province. The 46 target groups with purposive selected consist of 26 people who are professional nurses, public health technical officers, community leaders, substance users with completed treatment and relatives, and 20 methamphetamine users. The data was collected by using questionnaire, interview questionnaire, meeting record form, and focus group meeting. Between 31 May 2023 - 31 July 2023. The frequency, percentage, mean, standard deviation, and Wilcoxon signed ranks test were applied for data analysis.

The results revealed that the participation of the individuals who are involved in the prevention of missed appointments among methamphetamine users was high in all aspects after system development. It was significantly higher than before system development ($p < 0.001$) and had a high level of satisfaction with the model development. Additionally, methamphetamine users had significantly increased knowledge ($p < 0.001$), and 100% of them completed treatment.

In conclusion, the successful factors of a model for the prevention of missed appointments for methamphetamine users include problem identification and analysis by stakeholders and the cooperation and support from family and community in the peer helping process, which may lead them to complete treatment. Thus, the operation of prevention of missed appointments for methamphetamine users was consistent with the model's objective and also appropriate in the context of Kantharawichai district, Mahasarakham Province.

Keyword: model development, prevention of missed appointments, drug addiction treatment

^{1*} Master's degree student, Master of Public Health Program, Mahasarakham University

² Assistant Professor, Faculty of Public Health Program, Mahasarakham University

³ Assistant Professor, Faculty of Public Health Program, Mahasarakham University

* Corresponding author E-mail: aarnononan@gmail.com

บทนำ

สถานการณ์ในประเทศไทยได้กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาเสพติดโดยการออกพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ซึ่งเป็นตัวข้อกำหนดล่าสุดที่เกี่ยวกับการดำเนินการป้องกันปราบปราม และควบคุมยาเสพติด ตลอดจนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยให้มีคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด คณะกรรมการควบคุมยาเสพติด คณะกรรมการตรวจสอบทรัพย์สิน และคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดเป็น¹ ด้านกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด มุ่งเน้นการดูแลด้วยกลไกสาธารณสุขแทนการดำเนินคดีทางอาญา แก้ไขปัญหาตามสภาพปัญหาที่แท้จริงของการเสพติด โดยถือว่า “ผู้เสพ ผู้ติด คือผู้ป่วย ไม่ใช่อาชญากร” ซึ่งทางสาธารณสุขได้แบ่งผู้ที่ใช้สารเสพติดออกเป็น 3 ระดับตามพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ได้แก่ ผู้ใช้สารเสพติด ผู้เสพสารเสพติด และผู้ติดสารเสพติด โดยใช้คะแนนในแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข เป็นเกณฑ์ในการแบ่งระดับการใช้สารเสพติดของผู้ป่วย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดจำนวนทั้งสิ้น 158,005 ราย โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 89.65) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 18-24 ปี (ร้อยละ 23.84) ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ใช้แรงงาน (ร้อยละ 30.02) พบยาเสพติดแบบที่ใช้มากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ยาบ้า (ร้อยละ 78.10) ยาไอซ์ (ร้อยละ 8.07) กัญชา (ร้อยละ 4.20) ตามลำดับ²

สถานการณ์ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดของเขตสุขภาพที่ 7 พบว่าในปีงบประมาณ 2564 มีจำนวน 17,569 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 15,939 คน (ร้อยละ 90.72) มีอายุ 18-24 ปี (ร้อยละ 26.05) เป็นกลุ่มผู้ใช้แรงงาน (ร้อยละ 33.94) ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม มีผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด จำนวน 3,420 ราย พบส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 3,178 ราย (ร้อยละ 92.92) มีอายุ 18-24 ปี (ร้อยละ 24.82) เป็นกลุ่มผู้ใช้แรงงาน (ร้อยละ 31.05) สารเสพติดที่ผู้เข้ารับการบำบัดใช้ส่วนใหญ่ ยาบ้า (ร้อยละ 96.78) รองลงมาคือ กัญชา (ร้อยละ 2.54)³ ในพื้นที่อำเภอกันทรวิชัย กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู เพิ่มขึ้น โดยในปีงบประมาณ 2562-2564 จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยมี 274 คน, 353 คน และ 337 คน ตามลำดับ แนวโน้มของเพศชายลดลง ร้อยละ 97.08 ร้อยละ 92.92 และร้อยละ 91.69 ตามลำดับ ในขณะที่เพศหญิงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 3.92 ร้อยละ 7.08 และร้อยละ 8.10 ตามลำดับ แนวโน้มอายุของผู้เข้ารับการบำบัดพบผู้เข้ารับการบำบัดมีอายุเพิ่มมากขึ้นในปี 2562 และ 2563 พบมากในช่วงอายุ 18-24 ปี ร้อยละ 32.48 และร้อยละ 26.35 ตามลำดับ ในขณะที่ปีงบประมาณ 2564 พบช่วงอายุที่พบมากที่สุด คืออายุมากกว่า 39 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 26.71) แนวโน้มด้านอาชีพของผู้เข้ารับการบำบัด 3 ปีที่ผ่านมา พบมากในกลุ่มอาชีพผู้ใช้แรงงาน (ร้อยละ 23.88) ยาเสพติดที่พบมากที่สุด ยาบ้า (ร้อยละ 88.69)³ จากสถานการณ์ที่ผ่านมาทำให้ทราบว่าสถานการณ์ของอำเภอกันทรวิชัยมีแนวโน้มของผู้ใช้สารเสพติดมีจำนวนที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นในทิศทางเดียวกับสถานการณ์ของระดับจังหวัด ระดับเขต ระดับประเทศ และระดับโลก ทุกภาคส่วนจึงจำเป็นต้องวางแนวทางในการป้องกันและเตรียมพร้อมรับมือกับจำนวนผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต ซึ่งการบำบัดรักษาและฟื้นฟูเป็นส่วนหนึ่งในการแก้ไขปัญหาในภาคส่วนของกระทรวงสาธารณสุข

โรงพยาบาลกันทรวิชัย ในปีงบประมาณ 2562-2564 ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่รับบริการในโรงพยาบาลกันทรวิชัย กลุ่มผู้เสพสารเสพติดมีแนวโน้มลดลง (ร้อยละ 96.35, 86.69, และ 75.67 ตามลำดับ) แต่ยังคงเป็นกลุ่มที่พบจำนวนมากที่สุด แนวโน้มของกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (ร้อยละ 3.28, 4.53, และ 7.42 ตามลำดับ) และแนวโน้มกลุ่มผู้ติดสารเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (ร้อยละ 0.36, 8.78, และ 16.91 ตามลำดับ)³ ซึ่งพบว่าในกลุ่มของผู้ที่ได้รับการประเมินว่าเป็นผู้ใช้สารเสพติดซึ่งเป็นกลุ่มของผู้เริ่มต้นใช้สารเสพติดมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น เช่นเดียวกับกลุ่มผู้ติดสารเสพติด ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงจากกลุ่มผู้เสพไปเป็นกลุ่มผู้ติดมีปริมาณที่เพิ่มขึ้น นี่มีการใช้

สารเสพติดในปริมาณที่มากและต้องใช้เป็นประจํา รวมถึงเริ่มมีอาการทางจิตร่วมด้วย และพบว่าในกลุ่มผู้ติดสารเสพติดทั้ง 3 ปีงบประมาณ ที่ได้รับการบำบัดมีประวัติเคยได้รับการบำบัดมาก่อนในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดและขาดนัดการบำบัดฟื้นฟู ร้อยละ 100 ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดออกจากระบบการบำบัดมากกว่าร้อยละ 50 ในทุกปี ปีงบประมาณ 2562 จำนวน 117 คน (ร้อยละ 64.61) ปีงบประมาณ 2563 จำนวน 139 คน (ร้อยละ 65.11) ปีงบประมาณ 2564 จำนวน 161 คน (ร้อยละ 41.77) และพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟูสภาพในรูปแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย มีการขาดนัดในระหว่างกระบวนการบำบัดบ่อยครั้งก่อนจะออกจากระบบการบำบัด เมื่อทบทวนข้อมูลการขาดนัดย้อนหลัง 3 ปี (ปีงบประมาณ 2562-2564) พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดมีการขาดนัดหลังจากได้รับการชักประวัติและประเมินร่างกายในครั้งแรก (ร้อยละ 71.30 62.80 และ 51.85 ตามลำดับ)³ ในปีงบประมาณ 2564 พบว่ารูปแบบการขาดนัดระหว่างได้รับการบำบัด จำนวน 276 คน พบว่าในกลุ่มของผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด มีการขาดนัด เช่นกัน โดยขาดนัดหลังจากได้รับการชักประวัติและประเมินร่างกายในครั้งแรก ร้อยละ 5.25 ขาดนัดหลังได้รับการบำบัดได้ 1 เดือน ร้อยละ 15.25 ขาดนัดหลังรับการบำบัด 2 เดือน ร้อยละ 31.02 ขาดนัดหลังรับการบำบัด 3 เดือน ร้อยละ 35.24 ขาดนัดหลังรับการบำบัด 4 เดือน ร้อยละ 13.24 โดยส่วนใหญ่สัปดาห์ ร้อยละ 72.58 ไปทำงานนอกพื้นที่ ร้อยละ 20.54 ไม่มีรถเพื่อการเดินทาง ร้อยละ 4.73 เจ็บป่วย ร้อยละ 2.15 หลังจากกลับได้รับการบำบัดหลังขาดนัดพบว่า มีผลตรวจพบสารเสพติดเมทแอมเฟตามีนในร่างกาย ร้อยละ 95.58 จากการทบทวนบันทึกการได้รับการบำบัดฟื้นฟูสภาพในรูปแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย ทำให้ทราบถึงช่วงเวลาที่ยาวนานที่สุดของผู้ป่วยเข้ารับบริการขาดนัดมากที่สุดคือช่วง 2 – 3 เดือน หลังจากมารายงานตัวชักประวัติในครั้งแรก

การดำเนินการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับบริการผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด เข้ารับการบำบัดรักษาเข้าสู่กระบวนการบำบัด เมื่อผู้ป่วยใช้สารเสพติดมารายงานตัวเข้ารับคัดกรองเพื่อประเมินการติดสารเสพติด และแบ่งกลุ่มตามคะแนนประเมินแล้ว พยาบาลผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดจะดำเนินการออกสมุดนัดซึ่งจะระบุวันนัดล่วงหน้าครั้งถัดไปเพื่อให้ผู้ป่วยได้จำวันนัดได้ และร่วมกันกำหนดข้อตกลงการเข้ารับบริการ ซึ่งการดำเนินการป้องกันการขาดนัดดังกล่าวพบว่ายังไม่สามารถแก้ไขปัญหาการขาดนัดในระหว่างกระบวนการบำบัดได้ จากการถอดบทเรียนของผู้มีส่วนรับผิดชอบในการบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่รับบริการ ณ โรงพยาบาลกันทรวิชัย พบว่า นอกจากสาเหตุการขาดนัดที่มาจากผู้ป่วย ยังพบว่าการดำเนินงานที่ผ่านมา มีจำนวนเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการไม่เพียงพอ โดยมีพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางสาขายาเสพติดเพียง 1 คน และพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ 1 คน ยังไม่ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะด้านการบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด ส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติงานทดแทนกันได้ ขาดการส่งต่อข้อมูลการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม รวมทั้งไม่สามารถดำเนินการตามรูปแบบการบำบัดที่กำหนดไว้ครบทุกครั้ง และอีกทั้งพบว่าขาดการมีส่วนร่วมจากครอบครัวผู้ป่วยและชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยเดินทางมารับการบำบัดและต้องเดินทางกลับบ้านซึ่งทำให้เห็นว่าช่วงเวลาที่ยาวนานอยู่กับครอบครัวนั้นมากกว่ามารับบริการที่โรงพยาบาล

ปัญหาการขาดนัดบำบัดมาจากหลายสาเหตุประกอบเกื้อหนุนกัน จากการศึกษาการพัฒนาหารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดในอำเภอกันทรวิชัย พบว่า ประเด็นการขาดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องจะต้องสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ส่งผลต่อการเข้ารับการบำบัด มีแนวโน้มกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำและส่งผลกระทบต่อออกจากระบบการบำบัด และผลการศึกษาของประพัทธ์ ธรรมวงศา⁴ พบว่าการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายส่งผลกระทบต่อเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้กระบวนการพัฒนาหารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัดของผู้เสพสารเสพติดเมทแอมเฟตามีน ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม โดยประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยปฏิบัติการ (action research) ตามแนวคิดของเคมมิสและแมคแท็กการ์⁵ โดยเริ่มจากขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action) ขั้นตอนที่ 3

การสังเกต (Observation) และขั้นตอนที่ 4 สะท้อน (Reflection) ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดในสถานเสพยาเสพติดที่อำเภอกันทรวิชัย ที่มีประสิทธิภาพและที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ รวมทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความพึงพอใจที่เพิ่มมากขึ้น ต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัดกลุ่มผู้เสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนระหว่างการรักษาบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกสำหรับกลุ่มเสพยาใน โรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการดำเนินงานวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประเภทการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยผู้วิจัยได้นำเอาหลักการและขั้นตอนวิจัยของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิสและแม็กแท็กการท์ ประกอบด้วย การร่วมกันวางแผน (Planning) ร่วมกันปฏิบัติ (Action) ร่วมสังเกตผล (Observation) และ ร่วมกันสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) และดำเนินการระหว่างวันที่ 31 พฤษภาคม 2566 - 31 กรกฎาคม 2566

ประชากรศึกษา จำนวน 367 คน ประกอบด้วย คณะกรรมการ ศป.ปส. อำเภอกันทรวิชัย จำนวน 64 คน ภาควิชาการสาธารณสุข 19 คน ผู้นำชุมชน 193 คน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 11 คน ผู้ป่วยที่เข้ายาและเสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน และมีผลการประเมินด้วยแบบประเมิน V2 กระทรวงสาธารณสุข⁶ ว่าเป็นผู้เสพยาตามเป้าหมายที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามกำหนด จำนวน 80 คน

กลุ่มเป้าหมาย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการขาดนัดบำบัดผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน จำนวน 46 คน ประกอบด้วย พยาบาลยาเสพติดและจิตเวช นักวิชาการสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ตัวแทนจากผู้เสพยาเสพติดที่ผ่านกระบวนการบำบัดอย่างน้อย 1 ปี และญาติผู้เข้ารับการบำบัดอย่างน้อย 1 ปี และผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดด้วยฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพยา โรงพยาบาลกันทรวิชัย ซึ่งคัดเลือกมาด้วยวิธีแบบเจาะจง

โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) มีความสามารถในการสื่อสารทั้งการพูดและเขียนได้อย่างเข้าใจ 2) สามารถเป็นตัวแทนของชุมชนในการให้ข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา และเสนอแนวทางแก้ไขได้ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 4) ของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นพยาบาลยาเสพติดและจิตเวช นักวิชาการสาธารณสุข และผู้นำชุมชน ต้องปฏิบัติงานในพื้นที่มากกว่า 1 ปี และเกณฑ์การคัดออก 1) ไม่สะดวกใจให้ข้อมูล ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย 2) ย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน ลาออก เจ็บป่วย หรือเสียชีวิต 3) ยกเลิกการสมัครใจ หรือ งดการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม พัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัย ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาประยุกต์สร้างเครื่องมือให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย กรอบแนวคิดการวิจัย และรูปแบบวิธีดำเนินการวิจัย จำนวน 2 ชุด

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนารูปแบบ 32 ข้อ ประกอบด้วยส่วนที่ 1 ข้อมูลทางประชากร เป็นคำถามแบบเลือกตอบ และปลายเปิดเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ตำแหน่งทางสังคม บทบาทเกี่ยวกับการป้องกันการขาดนัด ประสพการณ์จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนา จำนวน 20 ข้อ แบบสอบถามจะมีคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)^{7,8} แบบสอบถามจะมีตัวเลือกตอบ

ระดับการมีส่วนร่วม 3 ตัวเลือก ได้แก่ มีส่วนร่วมทุกครั้ง มีส่วนร่วมเป็นบางครั้ง และไม่ได้มีส่วนร่วม ซึ่งข้อคำถามมีทั้งหมด 25 ข้อ ข้อละ 3 คะแนน รวม 75 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้ คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 3 หมายถึง มีส่วนร่วมทุกครั้ง 2 หมายถึง มีส่วนร่วมเป็นบางครั้ง 1 หมายถึง ไม่ได้มีส่วนร่วม มีเกณฑ์การให้คะแนน^{7,8} คือ คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง ระดับน้อย ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการ จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด (open-ended questions) บันทึกผลการดำเนินกิจกรรมโดยการใช้วิธีสังเคราะห์เนื้อหา (content analysis) การถอดบทเรียนและการสรุปประเด็นสำคัญที่ค้นพบจากการศึกษา

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้รับการบำบัด 31 ข้อ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางประชากร ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับแนวความรู้ความเข้าใจยาเสพติด จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามเป็น 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบ ถูก (1 คะแนน) ตอบผิด (0 คะแนน) การแปลความหมายคะแนน ระดับความรู้ แบ่งคะแนนอิงเกณฑ์ 3 ระดับ⁹ ส่วนที่ 3 ข้อมูลความพึงพอใจต่อบำบัด บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ จำนวน 11 ข้อ ให้เลือกตอบ 3 ระดับ โดยคิดคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด) /จำนวนข้อ⁹ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยการวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence: IOC) มีค่าความสอดคล้อง IOC เท่ากับ 0.98 และทดสอบคุณภาพเครื่องมือเพื่อหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยดำเนินการ Try out อำเภอยาสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม และทดสอบโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98 และ 0.89 สำหรับแบบสอบถามชุดที่ 1 และชุดที่ 2 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาโดยนำเสนอในรูปตารางในกรณีข้อมูลต่อเนื่องนำเสนอด้วย ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หากเป็นข้อมูลแจกแจงด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละ และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Wilcoxon Signed Ranks Test ในการหาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างก่อนดำเนินการวิจัยและหลังดำเนินการวิจัย กำหนดมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่รับรอง 194-133/2566 วันที่ 30 พฤษภาคม 2566

ผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)

ศึกษาบริบท สถานการณ์ปัญหาการขาดนัดการบำบัดกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ โรงพยาบาลกันทรวิชัย แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ บันทึกการประชุม และบันทึกการสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาพบประเด็นปัญหาอุปสรรค ในการป้องกันการขาดนัดของกลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ และวางแผนการปฏิบัติการ เพื่อปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัด กลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมท

แอมเฟตามีน ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสฟ ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม และในเขตพื้นที่รับผิดชอบอำเภอกันทรวิชัย ประกอบด้วย 183 หมู่บ้าน 10 ตำบล มีองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 9 แห่ง เทศบาล 3 แห่ง มีประชากร 64,123 คน มีผู้เข้ารับการบำบัดเฉลี่ยปีละ 290 ราย (ร้อยละ 0.45) โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มได้แก่ กลุ่มผู้ใช้เฉลี่ย 17 คน (ร้อยละ 5.86) กลุ่มผู้เสฟ 236 คน (ร้อยละ 81.37) กลุ่มผู้ติดยา 37 คน (ร้อยละ 12.75) เริ่มมีการดำเนินงานฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสฟ โรงพยาบาลกันทรวิชัย โดยมีการแยกกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดออกมาจากกลุ่มการพยาบาล เพื่อรับผิดชอบด้านจิตเวชและยาเสพติดโดยตรงตั้งแต่ปี พ.ศ.2564 โดยได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย และมีพบประเด็นปัญหาและอุปสรรค ดังนี้ (1) การดำเนินการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสฟเมทแอมเฟตามีน ไม่ได้ดำเนินการตามโปรแกรม modified matrix ขาดการส่งต่อการให้บริการระหว่างพยาบาลยาเสพติดและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน (2) ผู้ดูแลผู้ป่วยขาดการมีส่วนร่วมในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ไม่ทราบว่าตนเองมีส่วนสำคัญ ในการช่วยให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการ (3) ความรู้เกี่ยวกับแนวความรู้ความเข้าใจยาเสพติดของกลุ่มเป้าหมาย ผู้เข้ารับบริการอยู่ในระดับต่ำและปานกลาง และ (4) การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการป้องกัน การขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัด ของกลุ่มเป้าหมายอยู่ในระดับน้อย

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action)

กระบวนการพัฒนารูปแบบ ดำเนินการพัฒนารูปแบบฯ ด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้ (1) พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางสาขายาเสพติด ทบทวนการให้บริการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้เสฟ ตามโปรแกรม modified matrix ร่วมกับพยาบาลที่ปฏิบัติการ ณ สถานพยาบาลยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรวิชัย 2 คน (2) ส่งพยาบาลวิชาชีพ 2 คน เข้ารับการอบรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก แบบ matrix Program ที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น (3) อบรมการติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกให้กับตัวแทนผู้นำชุมชน 15 คน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขฯ จากพื้นที่ 10 ตำบล 20 คน รวมผู้เข้าร่วมกิจกรรม 35 คน และ (4) การดำเนินการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มผู้เสฟเมทแอมเฟตามีนจำนวน 26 คน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการดังต่อไปนี้

1. พยาบาลสาขายาเสพติด ดำเนินการซักประวัติ ประเมินการติดสารเสพติด ชี้แจงการเข้ารับบริการ ข้อตกลง พร้อมทั้งสอบถามความสนใจในการมีผู้ดูแลช่วยเหลือหรือบัดดี้

2. กำหนดคู่มือที่ดีที่คอยดูแลช่วยเหลือ ซึ่งอาจจะเป็นผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและไม่มีข้อขัดแย้งหรือผิดใจกัน เป็นคู่มือที่ดีในการดูแลสร้างช่องทางติดต่อสื่อสารร่วมกันระหว่าง ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ ผู้ป่วย

3. พยาบาลสาขายาเสพติด ดำเนินการออกบัตรนัดเข้ารับบริการให้กับผู้ป่วยและนัดหมายเข้ารับบริการในสัปดาห์ต่อไป

4. เจ้าหน้าที่ประจำสถานพยาบาลยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรวิชัย ดำเนินการลงข้อมูลในระบบ HOSxp ของโรงพยาบาลพร้อมทั้งลงวันนัด และลงข้อมูลในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)

5. เจ้าหน้าที่ประจำสถานพยาบาลยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรวิชัย ดำเนินการตรวจเช็คจำนวนผู้ป่วยที่จะเข้ารับบริการในสัปดาห์ถัดไป แล้วส่งข้อมูลให้พยาบาลยาเสพติด ดำเนินการแจ้งต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล ล่วงหน้าก่อนวันนัด 1 วัน

6. เมื่อผู้ป่วยเข้ารับบริการบำบัดฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มผู้เสพติดยาเสพติด ณ สถานพยาบาลยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรวิชัย เสร็จสิ้นภายในวันเดียวกันนี้พยาบาลผู้รับผิดชอบด้าน ยาเสพติดจะดำเนินการตรวจเช็คจำนวนผู้มารับบริการและแจ้งต่อผู้ดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ในกรณีผู้ป่วยไม่มารับบริการ ทั้งนี้เพื่อนัดให้เข้ารับบริการในวันถัดไป

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observation)

มีการเก็บข้อมูล การมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาของกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนารูปแบบฯ ความรู้ ความความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมายผู้มารับบริการ และประเมินผลหลังการดำเนินงาน ดังนี้

1) ผลการพัฒนารูปแบบฯ การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับบริการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มเสพติดยาเสพติด ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย จำนวน 26 คน มีส่วนร่วมทั้งด้านการรับผลประโยชน์ ด้านการติดตามประเมินผล ด้านการดำเนินการ ด้านการตัดสินใจ และภาพรวมการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.44 (S.D. 0.60) ในการพัฒนารูปแบบฯ หลังการดำเนินการมีมากกว่าก่อนการดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดแสดงตาราง 1

ตารางที่ 1 การมีส่วนร่วมการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับบริการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด หลังการพัฒนา (n=26)

ประเด็นการมีส่วนร่วม	n	Mean Rank	Sum of Ranks	z	p-value
การรับผลประโยชน์	23	12	276	4.269 ^a	<.0001
การติดตามและประเมิน	24	12.50	300	4.327 ^a	<.0001
การดำเนินการ	24	12.50	300	4.329 ^a	<.0001
การตัดสินใจ	23	12	276	4.266 ^a	<.0001
ภาพรวม	23	12	276	4.238 ^a	<.0001

2) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาเสพติดของกลุ่มผู้เข้ารับบริการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพติดยาเสพติด ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม หลังการดำเนินการตามโครงการพบว่ากลุ่มเป้าหมายมีความรู้มากกว่าก่อนดำเนินการตามโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.05$) รายละเอียดแสดงตาราง 2

ตารางที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาเสพติดของกลุ่มผู้เข้ารับบริการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดหลังการพัฒนา (n=20)

ระดับความรู้	n	Mean Rank	Sum of Ranks	z	p-value
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาเสพติด	18	9.50	93.75	3.834 ^a	<.0001

- 3) ความพึงพอใจต่อรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มผู้เข้ารับบริการด้านมิติทางกาย มิติทางจิตใจ จิตวิญญาณ ปัญญา มิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ในภาพรวมอยู่ระดับมาก โดยมี ค่ามัธยฐาน = 2.50) รายละเอียดแสดงตาราง 3

ตารางที่ 3 ค่ามัธยฐาน ของความพึงพอใจของกลุ่มผู้เข้ารับบริการที่มีต่อรูปแบบการบำบัดฟื้นฟู (n=20)

ด้านความพึงพอใจ	Mdn	ระดับความพึงพอใจ
มิติทางกาย (Min=2.00; Max=2.50)	2.50	มาก
มิติทางจิตใจ จิตวิญญาณ ปัญญา (Min=2.00; Max=3.00)	2.75	มาก
มิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อม (Min=2.00; Max=3.00)	2.50	มาก
ภาพรวม (Min=2.00; Max=3.00)	2.50	มาก

- 4) การขาดนัดระหว่างการบำบัดของกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูในกลุ่มผู้เสพ เมทแอมเฟตามีน พบว่า ในระหว่างช่วงเดือนที่ 1 ถึง 2 และเดือนที่ 2 ถึง 3 ของการบำบัดฟื้นฟู มีผู้ขาดนัดไม่มาตามเวลานัดหมาย 3 คน (ร้อยละ 15) รายละเอียดแสดงตาราง 4

ตารางที่ 4 ระยะเวลาของการขาดนัดระหว่างการบำบัดของกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู (n=20)

ช่วงเวลาเข้ารับการบำบัด	จำนวน	ร้อยละ
ในช่วงเดือนที่ 1	2	10.00
เดือนที่ 1- เดือนที่ 2	3	15.00
เดือนที่ 2- เดือนที่ 3	3	15.00
เดือนที่ 3- เดือนที่ 4	1	5.00

- 5) อัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดของกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูเมื่อครบ 4 เดือนพบว่า มีผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู คงอยู่ในระบบครบทั้งหมด 20 คน (ร้อยละ 100)

ขั้นตอนที่ 4 สะท้อน (Reflection)

ได้พัฒนาในวงรอบที่ 2 โดยทุกภาคส่วนร่วมกันสรุปผลการดำเนินงาน และเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาต่อไปผ่านเวทีสะท้อนผล ที่ ห้องประชุมโรงพยาบาลกันทรวิชัย (25 กันยายน 2566) ซึ่งได้ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัดของผู้เสพยาเสพติด เมทแอมเฟตามีน คือ จากการสนทนากลุ่ม และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพยาเสพติดเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1) กลุ่มเป้าหมาย ในส่วนวิชาการที่ปฏิบัติงาน ณ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลกันทรวิชัย ได้ดำเนินงานส่งบุคลากรทั้งพยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข เข้ารับการอบรมตามหลักสูตร modified matrix ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ขอนแก่น หลักสูตรให้คำปรึกษาเบื้องต้น BA BI เพื่อปฏิบัติหน้าที่ในการให้การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟ ได้อย่างครบถ้วนตามโปรแกรม โดยที่สามารถทำหน้าที่ทดแทนกันได้ ทุกคนมีระบบส่งต่อข้อมูลการดำเนินงาน CPG และแนวทางการดำเนินงานอย่างชัดเจน ส่งผลให้ผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟ เมทแอมเฟตามีน มีอัตราการคงอยู่ในระบบและไม่ขาดนัดระหว่างการบำบัดที่เพิ่มขึ้น

2) กลุ่มเป้าหมาย ในส่วนของผู้นำชุมชนและผู้ดูแลผู้ป่วย ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เข้าเฝ้าพบทบทวนหน้าที่ในการดำเนินงานร่วมกับภาคส่วนสาธารณสุข เห็นถึงความสำคัญของการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟ เมทแอมเฟตามีน ทำหน้าที่ประสานและติดตามผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟ เมทแอมเฟตามีน อย่างเป็นมิตร ดำเนินงานโดยยึดความเป็นเพื่อน พี่ น้อง ลูก หลาน ไม่ตัดสินผู้ป่วย ร่วมถึงการทำหน้าที่ส่งต่อข้อมูลการนัดติดตามจากทางภาคส่วนสาธารณสุข ในกับผู้ป่วยได้รับทราบ ส่งผลให้ผู้ป่วยเดินทางเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟ ได้อย่างครบถ้วนตามโปรแกรม

3) กลุ่มเป้าหมาย ในส่วนของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟ เมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ได้เห็นถึงความสำคัญของการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟ เมทแอมเฟตามีน และเดินทางเข้ารับการบำบัดตามวันเวลาที่นัดล่วงหน้า มีคะแนนความรู้ในเรื่องของยาเสพติดเพิ่มขึ้นและความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟ เมทแอมเฟตามีน ที่ถูกพัฒนาขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลก่อนวันนัดและย้ำเตือนการเข้ารับบริการสามารถที่จะปรับกิจวัตรประจำวันให้สอดคล้องกับการเข้ารับบริการได้ แม้ว่าในช่วงแรกของการกำหนดผู้ดูแลจะมีความไม่แน่ใจและไม่รู้ว่าจะเลือกใครแต่เมื่อรับทราบข้อมูลทำให้มีความเข้าใจกันมากยิ่งขึ้นระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลและผู้ดูแลมีความตั้งใจที่จะเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟ เมทแอมเฟตามีน จนครบโปรแกรมการบำบัด

จากปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้น สะท้อนผลที่ได้รับความร่วมมือ และสนับสนุนจากทุกภาคส่วน จึงทำให้การดำเนินการพัฒนาแบบการป้องกันการขาดนัดการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟ เมทแอมเฟตามีน มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ต่อไป

อภิปรายผล

มีการดำเนินงานตามขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action) ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observation) และขั้นตอนที่ 4 สะท้อน (Reflection) พบว่าการปฏิบัติหน้าที่ในการให้การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟได้อย่างครบถ้วนตามโปรแกรม โดยที่สามารถทำหน้าที่ทดแทนกันได้ มีระบบส่งต่อข้อมูลการดำเนินงาน CPG และแนวทางการดำเนินงานอย่างชัดเจน ส่งผลให้ผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟ เมทแอมเฟตามีน มีอัตราการคงอยู่ในระบบและไม่ขาดนัดระหว่างการบำบัดที่เพิ่มขึ้น เป็นผลมาจากการนำปัญหาที่พบจากการสำรวจภาวะปัญหาาร่วมกันผ่านกระบวนการกลุ่มของกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องโดยตรงในการให้การบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด ทำให้การให้บริการบำบัดฟื้นฟูสามารถดำเนินการทดแทนกันได้ ส่งผลให้ผู้เข้ารับการบริการได้รับองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องตามโปรแกรมที่กำหนดซึ่งเป็นโปรแกรมที่ถูกพัฒนาขึ้นโดยมีการวางลำดับการพัฒนาการรับรู้ของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดอย่างเป็นขั้นตอน และส่งเสริมการตัดสินใจของผู้เข้ารับการบำบัดความสอดคล้องกับการศึกษานักสตรณ รั้งสิโรจน์⁹ และกนกลักษณ์ ศิริรุ่งวัฒนากุล¹⁰ การศึกษาประสิทธิภาพของการ

บำบัดกลุ่มประชากรตัวอย่างสามารถหยุดเสฟที่ 3 เดือนหลังจบโปรแกรม (ร้อยละ 76.9) มาจากกระบวนการบำบัดใช้หลักการปรับความคิดและพฤติกรรม ที่ใช้การสำรวจผลกระทบจากการใช้สารเสพติดของผู้ป่วย สำรวจความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการบำบัดที่ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักต่อปัญหาจากการใช้สารเสพติดช่วยสร้างแรงจูงใจในการเลิกสารเสพติดมีการให้ความรู้เรื่องผลเสียของยาเสพติด พฤติกรรมที่เกิดจากภาวะสมองติดยา มีการป้องกันการกลับไปเสฟซ้ำโดยแนะนำการจัดตารางการออกกำลังกายและความคิดที่ไม่เหมาะสม การค้นหาและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เสฟยา การจัดตารางกิจกรรมประจำวัน ค้นหาอุปสรรคระหว่างการบำบัด นอกจากนี้ยังให้ความรู้แก่ญาติ สนับสนุนผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพในครอบครัว โดยกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดได้ปรับการบำบัดจากแนวทางเดิมที่บำบัด 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็น 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านรายได้ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ทำให้สะดวกในการมารับบริการได้ต่อเนื่องและมีประสิทธิผลมากที่สุด

ด้านการนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวม และนำมาคืนข้อมูลให้กับกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้รับทราบข้อมูลพร้อมๆ กันและรวมกันวางแผนการดำเนินงาน นักกลุ่มเป้าหมายเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของแผนปฏิบัติการตามทฤษฎีการมีส่วนร่วม ทำให้กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การรับทราบข้อมูลปัญหา สถานการณ์ มีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงาน เป็นส่วนหนึ่งในการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ร่วมกัน และการมีส่วนร่วมในการสังเกตความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รวมถึงเป็นผู้รับรู้ถึงผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการทำงานร่วมกันในครั้งนี้ มีความสอดคล้องกับการศึกษา สมบูรณ์ อำพนพนารัตน์¹¹ และโสณกุลย์ ทรัพย์สมบัติ¹² การพัฒนาเครือข่ายชุมชนพึ่งตนเองในการแก้ไขปัญหาเสฟติ พบว่า ประชาชนร้อยละ 80.6 ประชาชนเห็นว่าปัญหาเสฟติเป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ และร้อยละ 98.9 เห็นด้วยกับการพัฒนาเครือข่ายชุมชนให้สามารถพึ่งตนเองใน การแก้ไขปัญหาเสฟติ โดยอาศัยจุดแข็งคือความสัมพันธ์แบบเครือญาติ คนรู้จักสนิทสนมเกื้อกูล แบ่งปันทรัพยากร สมาชิกในชุมชนร่วมคิดร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติและประเมินผล ทำให้เกิดความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย

ด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสฟสารเสฟติประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสฟติแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ส่วนใหญ่ในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.44 (S.D. 0.60) โดยจำแนกรายด้านพบว่า มีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.40 (S.D. 0.56) ด้านการติดตามและประเมินระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.48 (S.D. 0.60) ด้านการดำเนินการระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.50 (S.D. 0.58) ด้านการตัดสินใจระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.40 (S.D. 0.61) และมีประเด็นการร่วมประชุมในกระบวนการวางแผนพัฒนา มีส่วนร่วมในการกำกับ ดูแล แนะนำ ติดตาม ความก้าวหน้า ทบทวน การกำหนดผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติตามแผนงาน/โครงการกิจกรรมดำเนินการในการป้องกันการขาดนัดบำบัด ในกลุ่มผู้เสฟสารเสฟติประเภทเมทแอมเฟตามีน ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสฟติแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสฟ ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย จึงได้ดำเนินการตามขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ให้ผู้นำชุมชนและผู้ดูแลผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เข้าใจบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานร่วมกับ ภาคส่วนสาธารณสุข ให้ความสำคัญและกระตุ้นเตือนต่อการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสฟติแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟเมทแอมเฟตามีน ทำหน้าที่ประสานและติดตามผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสฟติแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟเมทแอมเฟตามีนอย่างเป็นมิตร ดำเนินงานโดยยึดความเป็นเพื่อน พี่-น้อง ลูก-หลาน ไม่ตัดสินผู้ป่วย รวมถึงการทำหน้าที่ส่งต่อข้อมูลการนัดติดตามจากทางภาคส่วนสาธารณสุขกับผู้ป่วยได้รับทราบ ส่งผลให้ผู้ป่วยเดินทางเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสฟติแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟ ได้อย่างครบถ้วนตามโปรแกรม เป็นผลมาจากการทบทวนการดำเนินงานด้านการบำบัดฟื้นฟูที่ผ่านมาร่วมกันของผู้ให้บริการ ตัวแทนผู้ป่วย และผู้ดูแล ทำให้ทราบว่าครอบครัว ชุมชน ผู้ดูแล มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผลลัพธ์ในการ

บำบัดของของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ เนื่องจากผู้ป่วยเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลเพียง 1 – 2 ชั่วโมง ในขณะที่เวลาที่เหลือผู้ป่วยอยู่กับครอบครัว ชุมชน ทำให้ทราบว่า การมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว หรือผู้นำชุมชน จะช่วยผู้ป่วยให้เข้ารับบริการตามวันนัดครบทุกครั้ง โดยใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วม ร่วมรับทราบปัญหาที่ผ่านมาในการบำบัด ร่วมรับทราบวิธีการแนวทางการรักษา ร่วมดำเนินการดูแลผู้ป่วย และร่วมรับผลประโยชน์ร่วมกันกับทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการตามนัดและได้รับองค์ความรู้ตามกระบวนการบำบัดอย่างครบถ้วนตามโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในกลุ่มเสฟซ้ำ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยยาเสพติดที่กลับไปเสฟซ้ำและติดตามการรักษาโดยโรงพยาบาลธัญญารักษ์ จำนวน 138 คน พบว่า บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในกลุ่มเสฟซ้ำโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และแต่ละด้านมีค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยคือ ด้านการสื่อสาร (ค่าเฉลี่ย 3.99) ด้านสัมพันธภาพ (ค่าเฉลี่ย 3.96) ด้านการแก้ปัญหา (ค่าเฉลี่ย 3.91) และด้านการปฏิบัติหน้าที่ (ค่าเฉลี่ย 3.80) โดยทุกด้านอยู่ในระดับมาก ปัญหาและอุปสรรคของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังรับการบำบัดรักษาในกลุ่มเสฟซ้ำโดยภาพรวมอยู่ใน ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 2.54) และแต่ละด้านมีค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยคือ ด้านการสังเกตอาการผู้ป่วย ยาเสพติด (ค่าเฉลี่ย 2.89) ด้านการดูแลร่างกายและจิตใจ (ค่าเฉลี่ย 2.64) ด้านเศรษฐกิจ (ค่าเฉลี่ย 2.33) และด้านการใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด (ค่าเฉลี่ย 2.22) มีความสอดคล้องกับการศึกษา อินทร์ทิพย์ อินทรสุข¹³ และอับดุลคอลิก อรรอฮีมีย, อิสยัส มะเก็ง, ฮูเซ็น ชาวัว¹⁴

ในประเด็นของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟเมทแอมเฟตามีนในโรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม เห็นถึงความสำคัญของการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสฟ เมทแอมเฟตามีน และเดินทางเข้ารับการบำบัดตามวันเวลาที่นัดล่วงหน้า มีคะแนนความรู้ในเรื่องของยาเสพติดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และปัญหาการขาดนัดบำบัดมาจากหลายสาเหตุประกอบเกื้อหนุนกัน พบว่า ประเด็นการขาดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องจะต้องสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ส่งผลต่อการเข้ารับการบำบัด มีแนวโน้มกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำและส่งผลการออกจากระบบการบำบัด การดำเนินการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดที่ใช้สารเสพติด เข้ารับการบำบัดรักษาเข้าสู่กระบวนการบำบัด เมื่อผู้ป่วยใช้สารเสพติดมารายงานตัวเข้ารับคัดกรองเพื่อประเมินการติด สารเสพติด และแบ่งกลุ่มตามคะแนนประเมินแล้ว พยาบาลผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดจะดำเนินการออกสมุดนัดซึ่งจะระบุวันนัดล่วงหน้าครั้งถัดไปเพื่อให้ผู้ป่วยได้จำวันนัดได้ และร่วมกันกำหนดข้อตกลงการเข้ารับบริการ ซึ่งการดำเนินการป้องกันการขาดนัดดังกล่าว พบว่ายังไม่สามารถแก้ไขปัญหาการขาดนัดในระหว่างกระบวนการบำบัดได้ จากการถอดบทเรียนของผู้มีส่วนรับผิดชอบในการบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่รับบริการ ณ โรงพยาบาลกันทรวิชัย พบว่า นอกจากสาเหตุการขาดนัดที่มาจากผู้ป่วย ยังพบว่าการดำเนินงานที่ผ่านมาจำนวนเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการไม่เพียงพอ โดยมีพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางสาขายาเสพติดเพียง 1 คน และพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ 1 คน ยังไม่ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะด้านการบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด ส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติงานทดแทนกันได้ ขาดการส่งต่อข้อมูลการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม รวมทั้งไม่สามารถดำเนินการตามรูปแบบการบำบัดที่กำหนดไว้ครบทุกครั้ง และอีกทั้งพบว่าขาดการมีส่วนร่วมจากครอบครัวผู้ป่วยและชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยเดินทางมารับการบำบัดและต้องเดินทางกลับบ้านซึ่งทำให้เห็นว่าช่วงเวลาที่ผู้ป่วยอยู่กับครอบครัวนั้นมากกว่ามารับบริการที่โรงพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยปฏิบัติการ (action research) ตามแนวคิดของเคมมิส และแมคแท็กการ์ท⁵ โดยเริ่มจากขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action) ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observation) และขั้นตอนที่ 4 สะท้อน (Reflection) ซึ่งเป็นประโยชน์ในการป้องกันการขาดนัดของผู้เสฟสารเสพติดในด้านยาเสพติดพื้นที่อำเภอกันทรวิชัย ที่มีประสิทธิภาพและที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

รวมทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความพึงพอใจด้านมิติทางกายมิติทางจิตใจ/จิตวิญญาณ/ปัญญา มิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ต่อรูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพเมทแอมเฟตามีนที่พัฒนาขึ้นในระดับมาก เป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยได้เข้ารับบริการบำบัดฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง และได้รับองค์ความรู้ตามโปรแกรมที่กำหนด ทำให้มีองค์ความรู้และเข้าใจในเรื่องของยาเสพติด เนื่องจากในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูจะได้รับใบงานซึ่งเป็นความรู้ทางวิชาการ และได้ความเข้าใจจากการตอบประเด็นข้อสงสัย จากผู้ให้บริการซึ่งผ่านการอบรมพัฒนาความรู้ด้านการให้บริการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด และได้รับฟังมุมมองเกี่ยวกับยาเสพติดจากกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดที่ทำการระดมการกลุ่มร่วมกัน ทำให้มีความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการได้รับการทบทวนและทำความเข้าใจอยู่ตลอดระหว่างกระบวนการบำบัดฟื้นฟู สอดคล้องกับการศึกษาคะแนนด้านการรู้ตนเอง ความพึงพอใจในการตัดสินใจ ไม่มีการเปลี่ยนแปลง คะแนนด้านการลงมือทำก่อนเข้ารับการบำบัดอยู่ในระดับต่ำ หลังเข้ารับการบำบัดคะแนนด้านการลงมือทำอยู่ระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการลงมือทำและคะแนนรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยด้านคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับดีทั้งก่อนและหลังการเข้ารับการบำบัดไม่มีการเปลี่ยนแปลง คะแนนเฉลี่ยด้านคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านสังคม ก่อนและหลังเข้ารับการบำบัด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 มีความสอดคล้องกับการศึกษา อรรถพงษ์ ฉัตรดอน¹⁵และอรอนงค์ หงษ์ชุมแพ¹⁶ ข้อเสนอแนะมีการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรขยายกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาศึกษารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพเมทแอมเฟตามีน ให้ครอบคลุมภาคส่วนของกรมการปกครอง เจ้าหน้าที่ด้านกฎหมาย (ตำรวจ) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อศึกษาการขับเคลื่อนรูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพในระดับของการขับเคลื่อนนโยบายภาคของอำเภอ

2) ควรศึกษาผลของรูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพเมทแอมเฟตามีน เปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองเพื่อศึกษาความแตกต่างกันของประสิทธิภาพของรูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มเสพเมทแอมเฟตามีน

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลือเป็นอย่างยิ่งจาก คณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ให้คำปรึกษาชี้แนะ ตลอดจนแก้ไข ข้อบกพร่องต่าง ๆ ในการศึกษาครั้งนี้ และขอขอบคุณ คณะผู้บริหารโรงพยาบาลกันทรวิชัย ผู้นำชุมชนในพื้นที่อำเภอกันทรวิชัย อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งและผู้เกี่ยวข้องที่ให้การสนับสนุนวิทยานิพนธ์ของข้าพเจ้าฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

อ้างอิง

1. สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ.2564. กรุงเทพฯ: สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี; 2564.
2. กลุ่มงานยุทธศาสตร์ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการดำเนินงานศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2564. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2564.
3. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ[อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 11 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://citly.me/alj5o>.
4. ประพัทธ์ ธรรมวงศา. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชน อำเภอภูพาน จังหวัดอุดรธานี. วารสารสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น. 2567; 6: 1-14.
5. Kemmis, S & McTaggart, R. The Action research Planer. 3rd ed: Victoria: Deakin University; 1988.
6. โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น. คู่มือการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มเสพ. ขอนแก่น: สำนักพิมพ์บริษัท ขอนแก่นพิมพ์พัฒนา จำกัด; 2562.
7. Best, J. W. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Practice Hall, Inc; 1977.
8. สมัทนา กลางคาร, และ วรพจน์ พรหมสัตยพรต. หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 6. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์สาคราณเปเปอร์; 2553.
9. นภัสสรณ์ รังสิเวโรจน์. การพัฒนาระบบฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้เสพสารเสพติดเมทแอมเฟตามีนโดยครอบครัวอุปถัมภ์. วารสารกรมการแพทย์. 2563; 45(4), 81-90. 9
10. กนกลักษณ์ ศิริรุ่งวัฒนากุล. ประสิทธิภาพและปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดโดยใช้รูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบประยุกต์ของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์: วารสารการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3. 2565; 16: 23-33.
11. สมบูรณ์ อำพนพนารัตน์. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันไฟฟ้า กรณีศึกษาอุทยานแห่งชาติเขาสามหลั่น จังหวัดสระบุรี. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2542.
12. โสณกุลย์ ทรัพย์สมบัติ. การพัฒนาเครือข่ายชุมชนพึ่งตนเองในการแก้ไขปัญหายาเสพติด[วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2556.
13. อินทร์ทิพย์ อินทรสุข. บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในกลุ่มเสพซ้ำ. วารสารวิชาการเสพติด. 2556; 1:32- 43.
14. อับดุลคอลิก อรรอฮิมีย, อิสัยส มะเก็ง, ฮูเซ็น ชาวัล. บทบาทของครอบครัวมุสลิมต่อความสำเร็จและความล้มเหลวในการบำบัดรักษาผู้ป่วย (ผู้ติดยาเสพติด) กรณีศึกษาสถาบันบำบัดในพื้นที่จังหวัดปัตตานี: วารสารอิสลามศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2565; 13: 66-96.
15. อรรถพงษ์ ฉัตรดอน. แรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดและคุณภาพชีวิตของผู้ที่เข้ารับการบำบัดสารเสพติดในโรงพยาบาลปทุมธานี. วารสารการแพทย์ เขต 4-5. 2564; 40: 181.
16. อรอนงค์ หงส์ชุมแพ. ความรู้เกี่ยวกับยาบ้าและการป้องกันตนเองจากการเสพยาบ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่:มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2538

Received: 1 Apr. 2024, Revised: 9 May 2024

Accepted: 16 May 2024

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย

ศิริพร เรือนมูล^{1*} สมชาย จาคศรี²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 245 คน สุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.00 ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปากอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 52.70 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก ได้แก่ เพศ (หญิง) อาชีพ (รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานของรัฐ/พนักงานบริษัท) ประสบการณ์การดูแลเด็กติดเชื้อมือเท้าปาก การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการได้รับสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติป้องกันโรค

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำข้อมูลไปใช้วางแผนเพื่อส่งเสริมโปรแกรมการพัฒนาการเฝ้าระวังควบคุมโรคมือเท้าปาก โดยมีกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก ซึ่งผู้ปกครอง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการอย่างมีส่วนร่วมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง และรับรู้ผลกระทบจากโรคมือเท้าปาก

คำสำคัญ : โรคมือเท้าปาก, พฤติกรรมป้องกันโรค, ผู้ปกครอง, ศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล

¹นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

*Corresponding author E-mail : aiiwretrogal@gmail.com

*Original Article***Factors Associated with Hand Foot Mouth Disease Prevention Behaviors of Guardians in Child Development Centers and Kindergarten Schools, Pa-Daet District, Chiang Rai Province.**Siriporn Ruanmoon^{1*} Somchai Jadsri²**Abstract**

This cross-sectional study aimed to investigate the prevention behaviors of Hand Foot Mouth Disease and its associated factors among guardians in child development centers and kindergarten schools in Pa-Daet District, Chiang Rai Province. The sample consisted of 245 participants selected through stratified sampling, and data were collected through a questionnaire. Descriptive statistics, including frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation, were employed for data analysis. Inferential statistics, such as Pearson's Product Moment Correlation Coefficient and Stepwise Multiple Regression Analysis, were conducted at a significance level of 0.05.

The findings revealed that the majority of the sample exhibited high levels of Hand Foot Mouth Disease prevention behavior (91.00%) and had a high level of knowledge about Hand Foot Mouth Disease (52.70%). Factors associated with Hand Foot Mouth Disease prevention behavior included gender (female), occupation (government service/state enterprise/government employee/company employee), experience in caring for children infected with Hand Foot Mouth Disease, perceived risk, perceived severity, perceived benefits, and cues to action.

The results of this research can inform the development of programs aimed at enhancing surveillance and control of Hand Foot Mouth Disease, as well as promoting health awareness activities related to the disease among guardians in child development centers and kindergarten schools.

Keyword : Hand Foot Mouth Disease, Prevention behavior, Guardians, Child Development Centers and Kindergarten Schools

¹Master's degree Student of Public Health, School of Public Health, University of Phayao

²Asst. Prof. School of Public Health, University of Phayao

*Corresponding author E-mail : aiiwretroga@gmail.com

บทนำ

โรคมือเท้าปาก ถือเป็นโรคติดต่อที่มีความสำคัญโรคหนึ่งในทางระบาดวิทยา เป็นโรคที่มักเกิดในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และมักพบการเกิดโรคหรือการระบาดในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล โดยโรคมือเท้าปาก สาเหตุเกิดจากการติดเชื้อในกลุ่มเอนเทอโรไวรัส ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักไม่มีอาการรุนแรง แต่หากเกิดการติดเชื้อสายพันธุ์ที่ก่อให้เกิดอาการรุนแรง คือ เอนเทอโร 71 อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ปอดบวม กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ สมออักเสบ นำไปสู่ภาวะหัวใจวาย ระบบหัวใจล้มเหลวและอาจรุนแรงจนทำให้เสียชีวิตได้¹ จากสถานการณ์โรคมือเท้าปาก ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จากรายงานเฝ้าระวังโรค กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ในประเทศไทย 5 ปี ย้อนหลัง ตั้งแต่ปี 2561 – 2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 1,772.30, 1,750.40, 856.93, 514.3 และ, 2,623.81 ต่อแสนประชากร² ตามลำดับ ปี 2565 พบผู้ป่วยโรคมือเท้าปาก จำนวน 78,768 ราย ภาคเหนือมีอัตราป่วยสูงสุด 3,850.12 ต่อแสนประชากร จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ จังหวัดเชียงราย²⁻³

จังหวัดเชียงราย เป็นอีกจังหวัดที่พบปัญหาการระบาดของโรคมือเท้าปาก ตั้งแต่ปี 2561 – 2565 พบอัตราป่วย 164.79, 169.59, 50.75, 213.04 และ 197.57 ต่อแสนประชากร³ ตามลำดับ ไม่พบผู้เสียชีวิต สถานการณ์โรคมือเท้าปากในพื้นที่อำเภอป่าแดด ตั้งแต่ปี 2561 – 2565 พบอัตราป่วย 162.02, 185.73, 23.04, 499.14 และ 176.62 ต่อแสนประชากร³ ตามลำดับ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับสถานการณ์ของจังหวัดเชียงรายแล้ว แนวโน้มของอัตราป่วยโรคมือ เท้า ปาก ในพื้นที่อำเภอป่าแดด พบอัตราป่วยมากกว่า ในปี 2562 และ ปี 2564 โดยในปี 2564 พบอัตราป่วยโรคมือ เท้า ปากมากกว่าเป็น 2 เท่า ของจังหวัดเชียงราย

การควบคุมป้องกันโรคมือเท้าปากถึงแม้จะมีมาตรการ และแนวทางในการป้องกันโรคแล้ว แต่ยังพบการระบาดของโรคในพื้นที่เรื่อยมา ต้องดำเนินการปิดศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล เพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของโรค ซึ่งปัญหาสุขภาพของเด็กที่พบบ่อย มักมีส่วนมาจากพฤติกรรมการเล่นของผู้ปกครองที่มีความรู้ความเข้าใจไม่ถูกต้อง รวมถึงการมีความตระหนักในการป้องกันโรค สิ่งที่ต้องให้ความสำคัญคือพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคของผู้ปกครองที่มีบทบาทอย่างยิ่งในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่เหมาะสมให้กับบุตรหลาน ซึ่งพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ถูกต้องมีสาเหตุจากหลากหลายปัจจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์การรับรู้สุขภาพตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ เบคเกอร์⁴ มาเป็นกรอบในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย เพื่อสามารถนำข้อมูลผลการวิจัยไปใช้วางแผน กำหนดรูปแบบ และวิธีในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือเท้าปากที่เหมาะสม และพัฒนาระบบการเฝ้าระวังควบคุมโรคให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงรวมถึงอัตราป่วยด้วยโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล ทั้งนี้สามารถนำแนวทางนี้ไปปรับใช้ในพื้นที่อื่น ที่ประสบปัญหาด้านคล้ายกันต่อไปได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย Cross-sectional study

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล ในเขตอำเภอป่าแดด จังหวัด เชียงราย จำนวน 527 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือโรงเรียนอนุบาล อำเภอป่าแดด จังหวัด เชียงราย คำนวณโดยการประมาณค่าสัดส่วนที่ทราบประชากรแน่นอน ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างจากโปรแกรม n4Studies⁵⁻⁶ และเพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจึงได้เพิ่มร้อยละ 10 ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 245 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) จากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล คำนวณสัดส่วนจำนวน ผู้ปกครองในแต่ละศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียนอนุบาล ทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดย การจับสลากรายชื่อเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียนอนุบาลจนครบตามจำนวนที่กำหนด

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ (Independent Variable) ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์ของผู้ปกครองกับเด็ก ประวัติการป่วยโรคมือเท้าปากของบุตรหรือเด็กในครอบครัว และประสบการณ์การ ดูแลเด็กที่ติดเชื้อมือเท้าปาก
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก
3. การรับรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคมือเท้าปาก การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมือเท้าปาก การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติป้องกันโรคมือเท้าปาก การรับรู้ อุปสรรคในการปฏิบัติป้องกันโรคมือเท้าปาก และสิ่งชักนำที่ทำให้เกิดการปฏิบัติป้องกันโรคมือเท้าปาก

ตัวแปรตาม (Dependent Variable) คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล อำเภอป่าแดด จังหวัด เชียงราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์ของผู้ปกครองกับเด็ก และประสบการณ์การดูแลเด็กที่ป่วยด้วย โรคมือเท้าปาก ซึ่งมี ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ และเติมข้อความ จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคมือเท้าปาก ลักษณะเป็นคำถามให้เลือกตอบถูก หรือ ผิด จำนวน 10 ข้อ ใช้เกณฑ์การแปลผลของบลูม⁷ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ปานกลาง และต่ำ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้เรื่องโรคมือเท้าปาก ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วน ประเมินค่า (Rating scale) ตามระดับความเห็น 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมือเท้าปาก 2) การรับรู้ความรุนแรงของ โรคมือเท้าปาก 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติในการป้องกันโรคมือเท้าปาก 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติใน การป้องกันโรคมือเท้าปาก 5) การได้รับสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติในการป้องกันโรคมือเท้าปาก จำนวน 40 ข้อ ใช้ เกณฑ์การแปลผลของเบสท์⁸ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ปานกลาง และต่ำ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการโรคมือเท้าปาก ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) ตามระดับการปฏิบัติ 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติน้อยครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย จำนวน 12 ข้อ ใช้เกณฑ์การแปลผลของเบสท์⁸ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ปานกลาง และต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.67 - 1.00 แบบสอบถามด้านความรู้ใช้สูตรของ Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก เท่ากับ 0.78 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก เท่ากับ 0.89 และด้านพฤติกรรมป้องกันการโรคมือเท้าปาก เท่ากับ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการให้ข้อมูล อธิบายการตอบแบบสอบถาม และอธิบายเพิ่มเติมหากกลุ่มตัวอย่างมีความไม่เข้าใจในข้อคำถามนั้นๆ สร้างความมั่นใจในการเก็บรักษาความลับของข้อมูล ผู้ที่ยินยอมให้ข้อมูลลงนามยินยอมไว้เป็นลายลักษณ์อักษร
2. เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างพร้อมซองจดหมายหากตอบแบบสอบถามแล้วเสร็จให้นำแบบสอบถามใส่ซองปิดผนึก เก็บรวบรวมไว้ที่ครูผู้ดูแลเด็กหรือครูประจำชั้นผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บแบบสอบถามด้วยตนเองจากครูผู้ดูแลเด็กหรือครูประจำชั้นแต่ละแห่ง
3. ตรวจสอบความเรียบร้อยความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคมือเท้าปากของผู้ปกครอง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) โดยทดสอบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยทดสอบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา เลขที่ 1.2/153/66 รับรองวันที่ 9 ตุลาคม 2565 ผู้วิจัยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิโดยตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลในการสมัครใจเข้าร่วมการ

วิจัย มีการให้ข้อมูลก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ปกปิดข้อมูลที่ต้องการเปิดเผย และสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง

ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 205 ราย (ร้อยละ 83.70) มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี จำนวน 121 ราย (ร้อยละ 49.40) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นคู่ จำนวน 193 ราย (ร้อยละ 78.80) ระดับการศึกษา คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 84 ราย (ร้อยละ 34.30) ประกอบอาชีพมากที่สุดคือ รับจ้าง จำนวน 91 ราย (ร้อยละ 37.10) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนในช่วง 5,001 - 10,000 บาท (ร้อยละ 33.50) ความสัมพันธ์ของผู้ปกครองกับเด็ก ส่วนใหญ่เป็น พ่อ-แม่ จำนวน 207 ราย (ร้อยละ 84.50) โดยมีเด็กอายุ 0 - 5 ปี ในครอบครัวเฉลี่ย 1 คน ซึ่งส่วนใหญ่เด็กในครอบครัวมีประวัติการป่วยด้วยโรคมือเท้าปาก (ร้อยละ 44.90) และผู้ปกครองส่วนใหญ่มีประสบการณ์การดูแลเด็กที่ติดเชื้อโรคมือเท้าปาก (ร้อยละ 46.50)

2. ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก การรับรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล

ตัวแปร	ระดับ						$\bar{x}$	S.D
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก	129	52.70	103	42.00	13	5.30	8.47	1.15
การรับรู้เกี่ยวกับโรค มือเท้าปาก	212	86.50	33	13.50	-	-	3.99	0.33
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	143	58.40	102	46.10	-	-	3.89	0.53
การรับรู้ความรุนแรง	166	67.80	79	32.20	-	-	3.89	0.45
การรับรู้ประโยชน์	231	94.30	14	5.70	-	-	4.44	0.48
การรับรู้อุปสรรค	82	33.50	159	64.90	4	1.60	3.54	0.55
การได้รับสิ่งชักนำ	187	76.30	57	23.30	1	0.40	4.08	0.57
พฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้าปาก	223	91.00	22	9.00	-	-	4.38	0.50

จากตาราง 1 พบว่า ระดับความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 52.70 ($\bar{x}$ =8.47, S.D.=1.15) ระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 86.50 ($\bar{x}$ =3.99, S.D.=0.33) มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมือเท้าปาก ระดับสูง ร้อยละ 58.40 ($\bar{x}$ =3.89, S.D.=0.53) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมือเท้าปาก ระดับสูง ร้อยละ 67.80 ($\bar{x}$ =3.89, S.D.=0.45) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติในการป้องกันโรคมือเท้าปาก ระดับสูง

ร้อยละ 94.30 ($\bar{x}=4.44$, S.D.=0.48) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรคมือเท้าปาก ระดับปานกลาง ร้อยละ 64.90 ($\bar{x}=3.54$, S.D.=0.55) การได้รับสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติในการป้องกันโรคมือเท้าปาก ระดับสูง ร้อยละ 76.30 ($\bar{x}=4.08$, S.D.=0.57) และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.00 ($\bar{x}=4.38$, S.D.=0.50)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ระหว่างตัวแปรอิสระกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	P-value
เพศหญิง*	.356	<.0001
อายุ (ปี)	0.008	0.899
สถานภาพคู่*	-.018	0.781
การศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย*	-.015	0.812
อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานของรัฐ/พนักงานบริษัท*	.132	0.039
รายได้สูงกว่า 10,000 บาท/เดือน*	0.001	0.986
สถานะพ่อแม่*	0.089	0.165
ประวัติการป่วยด้วยโรคมือเท้าปากของบุตรหรือเด็กในครอบครัว*	-.014	0.833
ประสบการณ์การดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคมือเท้าปาก*	0.187	0.003
ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคมือเท้าปาก	0.234	<.0001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมือเท้าปาก	0.351	<.0001
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมือเท้าปาก	0.388	<.0001
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติในการป้องกันโรคมือเท้าปาก	0.554	<.0001
การรับรู้อุปสรรคในของการปฏิบัติในการป้องกันโรคมือเท้าปาก	0.096	.135
การได้รับสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติในการป้องกันโรคมือเท้าปาก	0.438	<.0001

หมายเหตุ : *Point biserial correlation coefficient

จากตาราง 2 พบว่า เพศหญิง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับต่ำมาก ($r = 0.356$, $p\text{-value} < 0.001$) อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานของรัฐ/พนักงานบริษัท มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับต่ำมาก ($r = 0.132$, $p\text{-value} = 0.039$) ประสบการณ์การดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคมือเท้าปาก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับต่ำมาก ($r = 0.187$, $p\text{-value} = 0.003$) ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคมือเท้าปาก มีความสัมพันธ์ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับต่ำมาก ($r = 0.234$, $p\text{-value} < 0.001$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมือเท้าปาก มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับต่ำ ($r = 0.351$, $p\text{-value} < 0.001$) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมือเท้าปาก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับต่ำ ($r = 0.388$, $p\text{-value} < 0.001$) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติในการป้องกันโรคมือเท้าปาก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับปานกลาง ($r = 0.554$, $p\text{-value} < 0.001$) การได้รับสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติในการป้องกันโรคมือเท้าปาก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับปานกลาง ($r = 0.438$, $p\text{-value} < 0.001$) อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก ($r = 0.008$, $p\text{-value} = 0.899$) สถานภาพคู่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก ($r = -0.018$, $p\text{-value} = 0.781$) การศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก ($r = -0.015$, $p\text{-value} = 0.812$) รายได้สูงกว่า 10,000 บาท/เดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก ($r = 0.001$, $p\text{-value} = 0.986$) ประวัติการป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปากของบุตรหรือเด็กในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้าปาก ($r = 0.096$, $p\text{-value} = 0.135$)

4. ผลการวิเคราะห์แบบตัวแปรตัวแปรเชิงซ้อน เพื่อหาความสัมพันธ์และปัจจัยคัดทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก

ตารางที่ 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก

ตัวแปรทำนาย	b	S.E.	Beta	t	p-value
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติในการป้องกันโรคมือเท้าปาก (X_1)	0.526	0.094	0.336	5.608	<.001
เพศหญิง (X_2)	4.121	0.814	0.250	5.063	<.001
การได้รับสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติในการป้องกันโรคมือเท้าปาก (X_3)	0.365	0.073	0.275	5.029	<.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมือเท้าปาก (X_4)	0.233	0.080	0.161	2.920	0.004

หมายเหตุ : Constant (α) = 11.329, Adjust $R^2 = 0.443$, $F = 49.453$, S.E. = 3.210

จากตาราง 3 พบว่า ตัวแปรที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล อำเภอบ้านดวด จังหวัดเชียงราย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติในการป้องกันโรคมือเท้าปาก (X_1) เพศหญิง (X_2) การได้รับสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติในการป้องกันโรคมือเท้าปาก (X_3) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมือเท้าปาก (X_4) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียนอนุบาล ได้ร้อยละ 44.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสามารถสร้างสมการอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียนอนุบาล อำเภอบ้านดวด จังหวัดเชียงราย ได้ดังนี้ $Y = 11.329 + 0.526 (X_1) + 4.121 (X_2) + 0.365 (X_3) + 0.233 (X_4)$

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก

พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย อยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกวรรณ นวนเกิด และคันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์⁹ ที่พบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครอง อยู่ในระดับสูง ในขณะที่ผลการศึกษาของ ณัฐวุฒิ อุดมสารี และธนัช กนกเทศ¹⁰ รวมถึง นิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศ และคณะ¹¹ พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครอง อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ผู้ปกครองส่วนใหญ่ให้ความสำคัญ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กเมื่อป่วย และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยเบื้องต้นเบื้องต้นในการป้องกันโรคมือเท้าปาก ซึ่งเมื่อพบว่าเด็กมีอาการเจ็บป่วย มีไข้ เจ็บปาก มีผื่นที่ฝ่ามือฝ่าเท้า ผู้ปกครองจะให้เด็กหยุดเรียน พาไปพบแพทย์ แจ้งให้ครูผู้ดูแลเด็กทราบ ซึ่งพฤติกรรมนี้เป็นแนวทางหนึ่งในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาลได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้เนื่องจากผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความรู้ และมีการรับรู้ที่เดียวเกี่ยวกับโรคทางปากทั้งยังได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรค และยังพบข้อมูลในรายประเด็นที่ผู้ปกครองมีการแนะนำเด็กหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้อื่น แยกของใช้ส่วนตัวไม่ใช้ร่วมกับผู้อื่น เช่น แก้วน้ำ และการล้างมือให้สะอาดทุกครั้ง ก่อนและหลังการเตรียมอาหาร ให้เด็ก รวมถึงให้เด็กนั้นล้างมือให้สะอาด ก่อนรับประทานอาหารและหลังเข้าห้องน้ำทุกครั้ง ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าว นับเป็นสิ่งที่ควรส่งเสริมให้มีการปฏิบัติต่อไป

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก

ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงว่าตัวแปรเหล่านี้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครอง เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นแล้ว โดยสามารถอธิบายตัวแปรที่มีความสำคัญได้ดังนี้

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติในการป้องกันโรคมือเท้าปาก มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ปกครองที่มีการรับรู้ ประโยชน์ของการปฏิบัติในการป้องกันโรคมือเท้าปาก จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กนกวรรณ นวนเกิด และคันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์⁹ ที่พบว่า ผู้ปกครองรับรู้ถึงประโยชน์และผลทางบวกที่จะเกิดขึ้นหากปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องในการป้องกันโรค และเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์ที่จะช่วยป้องกันโรคมือเท้าปาก จึงทำให้ผู้ปกครองเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ถูกต้องเหมาะสม

เพศหญิง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม ป้องกันโรคมือเท้าปาก ของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กนกวรรณ นวนเกิด และคันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์⁹ ที่พบว่า เพศหญิง มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับเด็ก ช่างสังเกต มีความใส่ใจและมีความละเอียดอ่อนในการดูแล สามารถปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือเท้าปากที่ถูกต้องให้กับเด็กในความปกครองไม่ให้ป่วยเป็นโรคมือเท้าปากได้ และเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากได้

การได้รับสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติในการป้องกันโรคมือเท้าปาก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กนกวรรณ นวนเกิด และคันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์⁹ ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอยู่ในประเด็นของการ ได้รับสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติในการป้องกันโรคมือเท้าปาก เนื่องจากผู้ปกครองส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากครูผู้ดูแลเด็กในเรื่องของการ

แจ้งข้อมูลข่าวสารการป้องกันโรค โดยจะแจ้งให้ผู้ปกครองทราบทันทีเมื่อมีเด็กป่วยโรคมือเท้าปาก รวมถึงจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ชุมชน ที่ให้การช่วยเหลือด้านความรู้ ความร่วมมือในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมือเท้าปาก ดูแลสุขภาพบุตรหลานของตนเอง ส่งผลทำให้ผู้ปกครองสามารถ ปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันโรคมือเท้าปากได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศ และคณะ¹¹ ที่พบว่า การได้รับสนับสนุนจากชุมชน หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือเท้าปาก ของผู้ปกครองเด็ก เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทหน้าที่จัดบริการสาธารณสุขในแก่ประชาชน การ สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือในการป้องกันโรคและระงับโรคติดต่อ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมือเท้าปาก มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมือเท้าปากของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับผล การศึกษาของ ญัฐภูมิ อุดมสารี และธนัช กนกเทศ¹⁰ ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมือเท้าปาก มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครอง และจากการศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิด โรคข้อมูลรายประเด็นในการทำความเข้าใจของเล่นเป็นประจำจะช่วยลดความเสี่ยงการเกิดโรคมือเท้าปากได้มากที่สุด ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถบ่งชี้ให้เห็นว่าผู้ปกครองเด็กมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และมีแนวโน้มที่จะสามารถ ปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือเท้าปากได้ ในขณะที่การศึกษาของ กนกวรรณ นวนเกิด และคันสนีย์ เมฆรุ่งเรือง วงศ์⁹ รวมถึงผลการศึกษาของ จันทราวดี พรหมโสภณ และสมคิด ปราบภัย ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค มือเท้าปากนั้น ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครอง

สรุปผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือเท้าปาก ในระดับสูงโดย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติในการป้องกันโรคมือเท้าปาก เพศหญิง การได้รับสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติในการป้องกัน โรคมือเท้าปาก และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมือเท้าปาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือเท้า ปากของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานด้านสาธารณสุขควรร่วมมือในการ สนับสนุนด้านทรัพยากร ความรู้ในการป้องกันโรคมือเท้าปากแก่ผู้ปกครองอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งควรร่วมกันจัดกิจกรรม หรือโปรแกรมที่เป็นการสร้างเสริมพลังของผู้ปกครองในด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมือ เท้าปาก รวมถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือเท้าปาก เพื่อให้ ผู้ปกครองมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือเท้าปากและสุขภาพที่ดี ปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ทราบข้อมูลของการเกิดโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและใน ชุมชน และพฤติกรรมในการป้องกันโรคในบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ให้ได้ข้อมูลเชิงลึกของบริบทในพื้นที่ เพื่อให้นำผลที่ได้ ไปใช้ในการวางแผนจัดมาตรการการป้องกันโรคมือเท้าปากให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

2. ควรมีการศึกษาวิจัยในรูปแบบการทดลองโดยการพัฒนาโปรแกรมหรือชุดความรู้ เพื่อแก้ไขพฤติกรรมที่ เป็นปัญหา ลดพฤติกรรมเสี่ยงและผลกระทบที่เกิดขึ้นในการเกิดโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียน อนุบาล

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สามารถสำเร็จได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณอาจารย์ทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ให้คำแนะนำ ปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์ และขอขอบคุณผู้ปกครอง คุณครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงรายทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องที่ให้ความสนับสนุนในทุกๆ ด้าน ให้ความห่วงใยและเป็นกำลังใจเสมอมา จึงขอขอบคุณพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. นิยามโรคและแนวทางการรายงานโรคติดต่ออันตราย และโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: หจก.แคนนา กราฟฟิค; 2563.
2. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ระบบรายงานโรคเฝ้าระวัง 506 โรคมือเท้าปาก 2566. [เข้าถึงเมื่อ 19 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://doe.moph.go.th/surdata/disease.php?ds=71>.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506. [เข้าถึงเมื่อ 16 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://healthcro.moph.go.th/epid/>
4. Becker M. H., Clark, N. M. Theoretical model and strategies for improving adherence and diseases management. In A. S. Sally, B. S. Elenor, K. O. Judith, & L. M. Wendy (Eds.), The handbook of health behavior change (2nd ed.). New York: Springer; 1998
5. Ngamjarus C, Chongsuvivatwong V. n4studies: Sample size and power calculation for iOS. The Royal Golden Jubilee Ph.D. Program – The Thailand Research Fund&Prince of Songkla University; 2014
6. Wayne, W. D. Biostatistics: A foundation of analysis in the health science (6th ed.). New York: John Wiley & Sons.1995; Inc., 177-178.
7. Bloom, B.S. Taxonomy of Education. David McKay Company Inc., New York; 1975.
8. Best, John W. Research is Evaluation. (3rd ed). Englewood cliffs: N.J. Prentice Hall; 1977.
9. กนกวรรณ นวนเกิด, ศันนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2563; 30(1): 107-19.
10. ณัฐวิ อุดมสารี, ธนัช กนกเทศ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครอง เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเขตตำบลชุมตาบง อำเภอชุมตาบง จังหวัดนครสวรรค์. การประชุมวิชาการระดับชาติ; มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์. เพชรบูรณ์ 2560.
11. นิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศ, กิ่งแก้ว สำรวัยริน, วิภาดา ศรีเจริญ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก ของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก.
12. PSRU Journal of Science and Technology. 2560; 2(3): 9-19.
13. จันทราวดี พรหมโสภณ, สมคิด ปราบภัย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของ ผู้ปกครอง และเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารควบคุมโรค. 2560; 43(4): 356-67.

Received: 24 Apr. 2024, Revised: 11 May 2024

Accepted: 16 May 2024

บทความวิจัย

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น
อายุระหว่าง 15-19 ปี เขตสุขภาพที่ 2รัชนก ใจเชิดชู^{1*}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น อายุระหว่าง 15-19 ปี เขตสุขภาพที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่น อายุระหว่าง 15-19 ปี ที่กำลังศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 400 คน ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสำรวจการเข้าถึงบริการอนามัย การเจริญพันธุ์ แบบสอบถามความรู้เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษา และทักษะชีวิต ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ.2566 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติ การถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลการให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ในโรงพยาบาล ร้อยละ 54.5 ส่วนใหญ่รับรู้ข้อมูลการให้บริการทางออนไลน์ ร้อยละ 62.8 โดยในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาได้มีการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ในโรงพยาบาลเพียง ร้อยละ 30.7 บริการที่ใช้ตรงกับความต้องการของวัยรุ่นมากที่สุด คือ บริการให้คำปรึกษา ร้อยละ 88.1 ตรวจรักษาโรคทั่วไป ร้อยละ 35.8 และสุขภาพจิต ร้อยละ 16.4 สำหรับปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อายุ 15-16 ปี (Adjusted OR = 5.74, 95%CI = 2.54 - 12.98) $P < 0.001$ ความรู้เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในระดับน้อย (Adjusted OR = 1.93, 95% CI = 1.09 - 3.78) $P = 0.045$ ดังนั้นควรมีการพัฒนารูปแบบบริการให้ตอบสนองความต้องการของวัยรุ่นทั้งเชิงรุกและเชิงรับเพื่อให้วัยรุ่นเข้าถึงข้อมูลความรู้ และบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ได้ตามสิทธิภายใต้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ตั้งแต่อายุเริ่ม เข้าสู่วัยรุ่น

คำสำคัญ : การเข้าถึงบริการ, บริการอนามัยการเจริญพันธุ์, วัยรุ่นอายุ 15-19 ปี

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

* Corresponding author E-mail: chanok.jai@hotmail.com

*Original Article***Factors affecting adolescents' access to reproductive health services
aged 15-19 years in the Regional Health Promotion Center 2**Ratchanok Jaicherdchoo ^{1*}**Abstract**

This study aimed to study factors affecting access to reproductive health services for adolescents aged 15-19 years in the Regional Health Promotion Center 2. The sample was a multi-stage random sample of 400 teenagers aged between 15-19 years who were studying in Mathayom 4-6 in schools under the Secondary Educational Service Area Office, Health Area 2. Data were collected using a survey on access to health services. Fertility Knowledge questionnaire to prevent pregnancy CSE knowledge survey questionnaire and life skills Between December 2023 and March 2024. Statistics used in data analysis include frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation. and test hypotheses using statistics logistic regression.

The results of the study found that 54.5% of the sample group were aware of information on reproductive health services provided by the hospital. Sources for receiving service information Most were online, 62.8 percent. In the past 6 months, 30.7 percent had access to reproductive health services in hospitals. The services most relevant to their needs were counseling services, 88.1 percent, and general medical examinations and treatment, 100 percent. 35.8 and mental health 16.4 percent. Factors that affect access to reproductive health services for teenagers with statistical significance at the 0.05 level include those aged 15-16 years. (Adjusted OR = 5.74, 95%CI = 2.54 - 12.98 P<0.001. Knowledge to prevent early pregnancy was low (Adjusted OR = 1.93, 95% CI = 1.09 - 3.78) P=0.045

Therefore, service models should be developed to meet the needs of teenagers both proactively and reactively. To enable teenagers to access knowledge and reproductive health services according to rights under the Act on Prevention and Solution of Adolescent Pregnancy Problems, 2016, from the beginning of adolescence.

Keywords: Access to services, Reproductive health services, Adolescents aged 15-19 years

¹ Professional Registered Nurse

* Corresponding author E-mail: chanok.jai@hotmail.com

บทนำ

วัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการปรับตัว และปัญหาต่าง ๆ มากมายที่ซับซ้อน รวมถึงสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม และครอบครัว ตลอดจนเทคโนโลยีในปัจจุบัน ส่งผลให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ เช่น พฤติกรรมเสี่ยงเรื่องเพศ การใช้สารเสพติด การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และปัญหาด้านสุขภาพจิต¹ นอกจากนี้วัยรุ่นยังมีพฤติกรรมทางเพศที่เปลี่ยนไป มีเพศสัมพันธ์ เร็วขึ้น มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกโดยไม่ป้องกัน มีคู่นอนมากกว่าหนึ่งคน ซึ่งปัญหาสำคัญที่ตามมา คือ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม การทำแท้งไม่ปลอดภัย และการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์²

ข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนไทยอายุ 15-24 ปี ช่วงปี พ.ศ.2557-2562 พบว่า วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุต่ำกว่า 15 ปี และมีอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2555-2565 จากอัตรา 93.41 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ.2562 เพิ่มขึ้นเป็น 178.10 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ.2562 ซึ่งเป็นปีที่พบอัตราสูงสุด จากนั้นเริ่มมีอัตราลดลงเป็น 172.32 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ.2563 และอัตรา 137.14 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ.2564 และเพิ่มสูงขึ้น ในปี พ.ศ.2565 เป็น 154.43 ต่อประชากรแสนคน³ จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นปัญหาสำคัญ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ ขาดความตระหนักถึงอันตรายของโรค

สถานการณ์การคลอดมีชีพในวัยรุ่นตลอด 10 ปี ที่ผ่านมา พบว่า อัตราการคลอดมีชีพในวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี สูงที่สุดใน พ.ศ. 2555 คือ 53.4 ต่อพัน หลังจากนั้นแนวโน้มลดลงเรื่อย ๆ โดยข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2563-2565 เท่ากับ 28.7, 24.4 และ 21.0 ตามลำดับสถานการณ์เขตสุขภาพที่ 2 ในปี พ.ศ. 2565 มีอัตราการคลอดมีชีพในหญิง อายุ 15-19 ปี เท่ากับ 24.6 รายจังหวัด พบว่า มีอัตราสูงสุดที่ จังหวัดตาก เท่ากับ 38.0 ส่วนจังหวัดพิษณุโลก สุโขทัย เพชรบูรณ์และอุตรดิตถ์ มีอัตราน้อยกว่า 25.0 เช่นเดียวกับข้อมูลอัตราการคลอดมีชีพในวัยรุ่น อายุ 10-14 ปี สูงที่สุดใน พ.ศ. 2555 คือ 1.8 ต่อพัน ข้อมูลตั้งแต่ พ.ศ. 2563-2565 เท่ากับ 0.9, 0.9 และ 0.8 ตามลำดับ⁴ ถึงแม้ว่าสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจะมีแนวโน้มลดลง ภายหลังจากที่มีการบังคับใช้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาคู่สมรสในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 แต่ก็ยังนับว่าอยู่ในระดับสูงที่ยังเป็นประเด็นปัญหาของทั่วโลกและประเทศไทย โดยเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ที่มีการกำหนดตัวชี้วัด และเป้าหมายลดอัตราคลอดในวัยรุ่น อายุ 10-14 ปี ให้เหลือ 0.5 ต่อพันประชากร และอัตราคลอดในวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี ให้เหลือ 15 ต่อพันประชากร ภายในปี พ.ศ. 2570⁵

สถานการณ์เขตสุขภาพที่ 2 ในปี พ.ศ. 2565 มีอัตรา เท่ากับ 1.2 รายจังหวัด พบว่า สูงสุดที่จังหวัดตาก เท่ากับ 1.8 รองลงมา จังหวัดพิษณุโลก เท่ากับ 1.6 สำหรับการคลอดซ้ำในแม่วัยรุ่นเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 15-19 ปี ถึงแม้ว่าตั้งแต่ปีที่เริ่มมีพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาคู่สมรสในวัยรุ่น พ.ศ.2559 จะสามารถลดอัตราการคลอดมีชีพในวัยรุ่นได้ แต่ยังมีแม่วัยรุ่นจำนวนมากที่มีการตั้งครรภ์ซ้ำก่อนอายุ 20 ปี โดยในปี พ.ศ. 2564-2566 มีแม่วัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำถึง ร้อยละ 14.0 13.8 และ 14.5 ตามลำดับ ส่งผลกระทบ ในด้านร่างกาย จิตใจ การดำเนินชีวิต ขาดโอกาสพัฒนาตนเอง ให้มีศักยภาพ และการเลี้ยงลูกให้มีคุณภาพ^{4,6} ซึ่งจากรายงานการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2564 พบว่า แม่วัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นนักเรียน นักศึกษา อายุระหว่าง 17-18 ปี ร้อยละ 44.7 รองลงมา คือตั้งครรภ์จากการไม่ได้คุมกำเนิดก่อนตั้งครรภ์ ร้อยละ 44.2 สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ตั้งใจ ไม่รู้จักวิธีคุมกำเนิด มีเพศสัมพันธ์ขณะมึนเมา เมื่อวิเคราะห์สาเหตุหลักของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และการตั้งครรภ์ซ้ำ เกิดจากการไม่ได้ป้องกันก่อนมีเพศสัมพันธ์ คุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ ขาดความรู้เรื่องการคุมกำเนิด ไม่ใช่

อุ้งยางอนามัยเพราะคิดว่าขัดขวางความรู้สึกทางเพศ และไม่กล้าเข้าพบหรือปรึกษาเจ้าหน้าที่เพื่อขอรับบริการคุมกำเนิด ส่งผลให้วัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงบริการคุมกำเนิดได้^{7,8}

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัยโดยเฉพาะ กลุ่มวัยรุ่น มีการกำหนดยุทธศาสตร์การจัดบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานครอบคลุม และเข้าถึงวัยรุ่นทั้งในสถานบริการสาธารณสุข สถานศึกษา และชุมชน โดยมีมาตรการสำคัญ คือ การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตร สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของวัยรุ่น เน้นการดูแลสุขภาพวัยรุ่นแบบองค์รวม ทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต พัฒนาการด้านการเรียนรู้ อารมณ์ และสังคม^{4,8} โดยให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 และยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560 - 2570 ในยุทธศาสตร์ที่ 3 ว่าด้วย พัฒนาระบบบริการสุขภาพทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพและเป็นมิตร ครอบคลุมบริการที่จำเป็นทุกด้าน โดยมุ่งให้บริการที่สอดคล้องกับความต้องการและสิทธิของวัยรุ่นตามมาตรา 5 ครอบคลุมสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเอง การได้รับข้อมูลข่าวสารและความรู้ การได้รับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ การได้รับการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว การได้รับการจัดสวัสดิการสังคมอย่างเสมอภาคและไม่ถูกเลือกปฏิบัติ และการได้รับสิทธิอื่นใดที่เป็นไปเพื่อประโยชน์ตามพระราชบัญญัตินี้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเพียงพอ⁴

จากนโยบายดังกล่าว ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก ขับเคลื่อนงานตามภารกิจกรมอนามัย เร่งพัฒนาแผนงาน โครงการเพื่อป้องกันและลดปัญหาสุขภาพของวัยรุ่นและเยาวชน รวมทั้งส่งเสริมการดำเนินการที่จะทำให้วัยรุ่นและเยาวชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร บริการสุขภาพ และอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์สำคัญที่ช่วยป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยส่งเสริมสนับสนุนโรงพยาบาล สถานบริการทุกระดับ ให้มีการพัฒนาคุณภาพ การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ภายใต้มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services : YFHS) ควบคู่กับการรักษาคุณภาพการเยี่ยมประเมิน และรับรองโรงพยาบาลตามมาตรฐานฯ มีการจัดสถานที่บริการ การส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้วัยรุ่นและเยาวชนเข้าถึง และใช้บริการตามความต้องการ และเป็นไปตามหลักการด้านคุณภาพการดูแล (Quality of Care) ขององค์การอนามัยโลกจะต้องเป็นบริการที่สามารถเข้าถึงได้ (accessible) เป็นที่ยอมรับ (acceptable) เท่าเทียม (equitable) เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ (appropriate and effective)⁸

ปัจจุบันมีโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับการรับรองมาตรฐาน บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2563 แล้ว จำนวน 899 แห่งผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานฯ ร้อยละ 39.38 (354 แห่ง) ผ่านเป้าหมาย ร้อยละ 30 (270 แห่ง) ข้อมูลโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 2 จำนวนทั้งหมด 47 แห่ง ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานฯ ร้อยละ 46.81 (22 แห่ง) ข้อมูลสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ณ วันที่ 21 สิงหาคม พ.ศ.2566⁹ แม้ว่าโรงพยาบาลได้รับการรับรองตามมาตรฐานแล้วก็ตาม แต่ยังพบว่ามีช่องว่างในการจัดบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขาดข้อมูลเกี่ยวกับการใช้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์และสาเหตุที่วัยรุ่นและเยาวชนเข้ามาใช้บริการจำนวนน้อย ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเรื่องเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์ ไม่รับทราบสิทธิของตนเอง และไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่จำเป็นตามสิทธิ¹⁰ ดังนั้นการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน จึงมีความสำคัญต่อการแก้ปัญหาดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นที่ต้องเร่งพัฒนาศักยภาพวัยรุ่นให้มีทักษะชีวิตที่สามารถคิด วิเคราะห์ หาความรู้ ทำความเข้าใจข้อมูล เพื่อตัดสินใจ สามารถเข้าถึงสิทธิทางสุขภาพและสามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาวะที่ดีได้ ซึ่งการที่วัยรุ่นและเยาวชน จะสามารถใช้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ตามสิทธิได้ ต้องรับรู้สิทธิของตนเอง ภายใต้ข้อจำกัดต่าง ๆ ทำให้

การให้บริการสุขภาพยังไม่สามารถทำให้วัยรุ่นและเยาวชนเข้าถึงบริการได้อย่างแท้จริง โดยเฉพาะบริการเชิงรับที่จัดขึ้นในโรงพยาบาลของรัฐ ผู้วิจัยจึงศึกษาการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นและเยาวชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 โดยใช้แนวคิดการเข้าถึงบริการของ Penchansky and Thomas¹¹ และแนวคิดการเข้าถึงบริการของ Adey and Andersen¹² เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน กำหนดมาตรการ และขับเคลื่อนงานให้บรรลุเป้าหมายในการดูแลสุขภาพวัยรุ่น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น อายุระหว่าง 15-19 ปี เขตสุขภาพที่ 2
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น อายุระหว่าง 15-19 ปี เขตสุขภาพที่ 2

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง โดยศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น อายุระหว่าง 15-19 ปี เขตสุขภาพที่ 2 ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ.2566 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา (สพม.) อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 2 ที่มีพื้นที่รับผิดชอบ 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดพิษณุโลก จังหวัดอุตรดิตถ์ จังหวัดสุโขทัย จังหวัดเพชรบูรณ์ และจังหวัดตาก มีจำนวนทั้งสิ้น 61,236 คน¹³

กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) ขั้นที่ 1 เลือกแบบเจาะจงโดยเลือกโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาที่อยู่ในเขตอำเภอเมือง ซึ่งมีจำนวนวัยรุ่นมากที่สุดในแต่ละจังหวัด ขั้นที่ 2 สุ่มแบบง่ายด้วยการจับสลากเลือกโรงเรียนที่อยู่ในอำเภอเมือง จำนวน 2 แห่ง และขั้นที่ 3 เลือกนักเรียนกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ คือ เพศชายและเพศหญิงกำลังเรียนอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 และสนใจเข้าร่วมการวิจัย โดยคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากร ด้วยสูตร Yamane 1973 อ้างถึงใน ยุทธไภยวรรณ¹⁴ ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 และความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้งสิ้น 397 ตัวอย่าง แต่ในการทำวิจัยครั้งนี้จะเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 400 ตัวอย่าง

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ รหัสโครงการวิจัย 40/2566 รับรองวันที่ 28 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 3 ส่วน รายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา จำนวนพี่น้องพ่อแม่เดียวกัน และรูปแบบการพักอาศัย

ส่วนที่ 2 แบบสำรวจการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ที่ผู้วิจัยใช้ของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁸ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการ และการไปใช้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ มี 3 ด้าน ดังนี้

1) ด้านการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ลักษณะคำถามมีหลายคำตอบให้เลือกตอบ (Check list) จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย การเคยได้ยิน/เคยเห็น การเคยรู้จักบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (คลินิกวัยรุ่น) ในโรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุข การเข้าไปใช้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ในโรงพยาบาล และสถานพยาบาลที่ไปใช้บริการ

2) ด้านความต้องการใช้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ลักษณะคำถามมี 2 คำตอบให้เลือกตอบ คือ บริการตรงกับความต้องการ และไม่ตรงกับความต้องการ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย บริการด้านสุขภาพ ได้แก่ สุขภาพกาย จิต สารเสพติด อุบัติเหตุ การตรวจรักษาโรคทั่วไป บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้แก่ บริการให้คำปรึกษา การตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิดชั่วคราว การคุมกำเนิดถาวร การตั้งครรภ์ (ทดสอบการตั้งครรภ์/ฝากครรภ์/คลอด/ดูแลหลังคลอด) และเหตุผลที่เลือกใช้บริการ หน่วยงานที่เลือกเข้าไปใช้บริการ แหล่งข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่ได้รับ

3) ด้านความพึงพอใจต่อการใช้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ มี 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิด ข้อคำถามเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ พึงพอใจมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน พึงพอใจมาก เท่ากับ 4 คะแนน พึงพอใจปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน พึงพอใจน้อย เท่ากับ 2 คะแนน และพึงพอใจน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ ผู้วิจัยดัดแปลงของ กองสุศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข¹⁵ มีจำนวน 8 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามปลายปิด เลือกตอบคำตอบเดียว จากคำตอบที่กำหนดให้ 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Bloom¹⁶ ดังนี้

คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80

มีความรู้ระดับสูง

คะแนน อยู่ระหว่าง ร้อยละ 60-79

มีความรู้ระดับปานกลาง

คะแนน น้อยกว่า ร้อยละ 60

มีความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้รอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต สำหรับวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี ผู้วิจัยใช้ของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข¹⁷ แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษา จำนวน 16 ข้อ จำแนกรายด้าน 5 ด้าน ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูล ความเข้าใจ การซักถาม การตัดสินใจ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีลักษณะ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามแบบวัดของลิเคิร์ต (Likert) การให้คะแนน คือมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน มาก 4 คะแนน ปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน น้อย เท่ากับ 2 คะแนน น้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

ตอนที่ 2 ทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น จำนวน 21 ข้อ จำแนกรายด้าน 10 ด้าน ประกอบด้วย ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะการคิดสร้างสรรค์ ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ทักษะตระหนักรู้ในตน ทักษะการเข้าใจผู้อื่น ทักษะการจัดการกับอารมณ์ และทักษะการจัดการกับความเครียด มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามแบบวัดของลิเคิร์ต (Likert) ข้อคำถามที่ 25 -39 และ ข้อ 42, 43 เป็นข้อ

คำถามเชิงบวก มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 5 คะแนน เห็นด้วย เท่ากับ 4 คะแนน ไม่แน่ใจ เท่ากับ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน ข้อคำถามที่ 24, 37, 40, 41, 44 เป็นข้อคำถามเชิงลบ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน เห็นด้วย เท่ากับ 2 คะแนน ไม่แน่ใจ เท่ากับ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 4 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 5 คะแนน

การแปลผลคะแนนความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ การคำนวณช่วงกว้างของชั้นตามเกณฑ์ของ Best¹⁸ ดังนี้

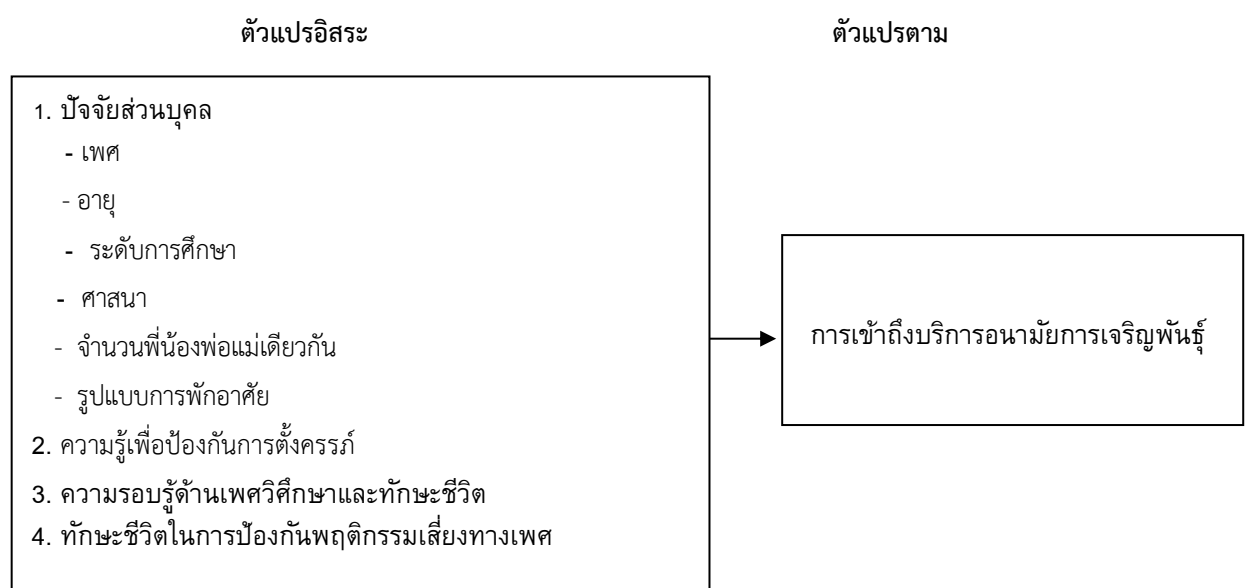
ระดับคะแนนเฉลี่ย	ระดับความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต
1.00-2.33	มีความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต อยู่ในระดับน้อย
2.34-3.66	มีความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต อยู่ในระดับปานกลาง
3.67-5.00	มีความรอบรู้และทักษะชีวิต อยู่ในระดับดี

การตรวจสอบเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านวัยรุ่น 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรม 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการให้บริการในคลินิกสุขภาพจิต และจิตเวชวัยรุ่น 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามรายข้อ ค่า CVI เท่ากับ 0.86 และหาค่าความเชื่อมั่น(Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับนักเรียนที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน แบบสอบถามความรู้เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ ด้วยสูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.74 แบบสำรวจความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต สำหรับวัยรุ่น อายุ 10-19 ปี ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 และแบบสำรวจการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.94

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 2 มีกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานงานกับสาธารณสุขในพื้นที่ ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลในโรงเรียนกลุ่มตัวอย่าง และส่งชุดแบบสอบถามทางไปรษณีย์ โดยให้ครูอนามัยคัดเลือกนักเรียนกลุ่มตัวอย่างด้วยความสมัครใจ และให้นักเรียนเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้จัดประชุมออนไลน์กับครูอนามัย เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดข้อคำถาม โดยเฉพาะข้อคำถามที่มีนัยสำคัญเฉพาะ เช่น สุขภาพทางเพศ บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ เมื่อได้แบบสอบถามครบถ้วน ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรู้เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ ความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต การเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติการถดถอยโลจิสติก ทดสอบสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น อายุระหว่าง 15-19 ปี เขตสุขภาพ ที่ 2

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.8 และเพศหญิง ร้อยละ 34.3 อายุอยู่ระหว่าง 15-16 ปี มากที่สุด ร้อยละ 60.8 และอายุระหว่าง 17-19 ปี ร้อยละ 39.3 ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 54.5 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.8 มีพี่น้องพ่อแม่เดียวกัน 1-2 คน ร้อยละ 73.3 รองลงมาเป็น 3-4 คน ร้อยละ 21.8 ส่วนใหญ่อาศัยร่วมกับพ่อแม่ ร้อยละ 65.8 รองลงมาเป็นพ่อหรือแม่ ร้อยละ 20.0 อยู่กับญาติ ร้อยละ 13.8 และอยู่กับแฟนหรือคู่วัย ร้อยละ 0.5 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ความรู้เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร เท่ากับ 4.84 ± 1.36 คะแนน (คะแนนเต็ม 8 คะแนน) ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 55.3 รองลงมาระดับน้อย ร้อยละ 36.2 เพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร เท่ากับ 5.18 ± 1.22 คะแนน ซึ่งสูงกว่าเพศชาย ที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.67 ± 1.40 คะแนน

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.18 ± 0.49 คะแนน จำแนกรายด้านส่วนใหญ่ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี พบว่าด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 4.52 ± 0.54 คะแนน รองลงมา คือ ด้านการตัดสินใจ เท่ากับ 4.40 ± 0.54 คะแนน และด้านการเข้าถึงข้อมูล เท่ากับ 4.23 ± 0.67 คะแนน ยกเว้นด้านการซักถาม คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 3.58 ± 0.79 คะแนน

ทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ พบว่า ส่วนใหญ่มีทักษะอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.08 ± 0.41 คะแนน เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีทักษะอยู่ในระดับดี โดยมีทักษะการคิดอย่างมี

วิจารณ์ญาณมากที่สุด เท่ากับ 4.54 ± 0.55 คะแนน ทักษะการจัดการกับความเครียด เท่ากับ 4.43 ± 0.64 คะแนน และทักษะการเห็นอกเห็นใจ เท่ากับ 4.34 ± 0.64 คะแนน ตามลำดับ ยกเว้นทักษะการจัดการกับอารมณ์ เท่ากับ 3.54 ± 0.64 คะแนน และทักษะการตระหนักรู้ในตนเอง เท่ากับ 3.42 ± 0.80 คะแนน ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 4 การเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ในโรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุข

ด้านการรับรู้เกี่ยวกับการให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ในโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยได้ยิน/เคยเห็น/เคยรู้จัก/เคยรับรู้ ร้อยละ 54.5 แหล่งหรือช่องทางที่รู้จักบริการอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่นมากที่สุด คือทางออนไลน์ ร้อยละ 62.8 ทางบุคคล ร้อยละ 53.2 และทางสิ่งพิมพ์ ร้อยละ 10.1

ด้านการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ในโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยไปใช้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์หรือปรึกษาปัญหาสุขภาพในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาเพียง ร้อยละ 30.7

ด้านการให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เคยไปใช้บริการ ได้รับบริการตรงกับความต้องการมากที่สุด คือ บริการให้คำปรึกษา ร้อยละ 88.1 รองลงมา ตรวจรักษาโรคทั่วไป ร้อยละ 35.8 และสุขภาพจิต ร้อยละ 16.4 เหตุผลที่เลือกใช้บริการสุขภาพครั้งนี้ ที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ การเดินทางไปใช้บริการได้ง่ายและสะดวก เท่ากับ 4.64 ± 0.59 คะแนน รองลงมา คือ ความมั่นใจในคุณภาพบริการการยอมรับ และมีทัศนคติที่ดีต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ เท่ากับ 4.64 ± 0.67 คะแนน และความพร้อมของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ สิ่งอำนวยความสะดวก เท่ากับ 4.63 ± 0.65 คะแนน สำหรับหน่วยงานที่เลือกเข้าไปใช้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์มากที่สุด คือ โรงพยาบาล/คลินิกเอกชน ร้อยละ 67.4 รองลงมาเป็น สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ และร้านขายยามีจำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 35.8 และสายด่วนให้คำปรึกษา 1663 ร้อยละ 20.6 ตามลำดับ

ด้านความพึงพอใจต่อการใช้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยภาพรวม เท่ากับ 4.46 ± 0.79 คะแนน มีความพึงพอใจมากที่สุด คือ การไม่เลือกปฏิบัติและให้บริการทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน และการรักษาความลับ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.55 ± 0.80 คะแนน รองลงมาเป็นสถานที่ให้บริการ สะดวก เป็นส่วนตัว คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.52 ± 0.79 คะแนน และมีสื่อให้ความรู้ที่เข้าใจง่าย มีช่องทางเข้าถึงความรู้ที่หลากหลาย คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.46 ± 0.73 คะแนน

ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ในโรงพยาบาล

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ อายุ 15-16 ปี (Crude OR 5.93 [95% CI 2.82 - 12.48]) กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 (Crude OR 13.06 [95% CI 4.90 - 34.81]) พี่น้องพ่อแม่เดียวกัน 3-4 คน (Crude OR 2.16 [95% CI 1.11 - 4.21] $P=0.024$) ความรอบรู้เพศวิถีศึกษาด้านการตัดสินใจระดับน้อย/ปานกลาง (Crude OR 2.36 [95% CI 1.04 - 5.34]) ทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศด้านทักษะการเห็นอกเห็นใจผู้อื่นระดับน้อย/ปานกลาง (Crude OR 2.23 [95% CI 1.08 - 4.59]) ความรู้เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรระดับน้อย (Crude OR 2.43 [95% CI 1.34 - 4.39])

จากนั้นทำการคัดเลือกปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น ($P\text{-value} < 0.001$) เข้าสู่การวิเคราะห์พหุตัวแปรโดยใช้สถิติถดถอย Multiple logistic regression ด้วยวิธี Enter เพื่อควบคุมและขจัดอิทธิพลของปัจจัยรบกวน พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นที่ระดับ 0.05 ($P<0.05$) ได้แก่ อายุ 15-16 ปี (Adjusted OR 5.74 [95% CI 2.54 - 12.98] $P<0.001$) ความรู้เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรระดับน้อย (Adjusted OR 1.93 [95% CI 1.09 - 3.78] $P=0.045$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 วิเคราะห์พหุตัวแปรของปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น (n=400)

ตัวแปร	B	S.E.	Adjusted OR (95%CI)	P-value
ค่าคงที่	-2.759	0.496	0.06	<0.001*
เพศ				
ชาย	-0.322	0.382	0.72 (0.34, 1.53)	0.399
หญิง			Ref.	
อายุ				
15-16 ปี	1.747	0.416	5.74 (2.54, 12.98)	<0.001*
17-19 ปี			Ref.	
จำนวนพี่น้องพ่อแม่เดียวกัน				
1-2 คน			Ref.	
3-4 คน	0.547	0.383	1.73 (0.82, 3.66)	0.153
> 4 คน	0.643	0.745	1.90 (0.44, 8.20)	0.388
ความรู้ด้านเพศวิถีศึกษา				
การเข้าถึงข้อมูล				
น้อย/ปานกลาง	0.094	0.429	1.10 (0.47, 2.55)	0.826
ดี			Ref.	
ความเข้าใจ				
น้อย/ปานกลาง	-0.202	0.509	0.82 (0.30, 2.22)	0.692
ดี			Ref.	
การตัดสินใจ				
น้อย/ปานกลาง	0.258	0.646	1.30 (0.37, 4.59)	0.689
ดี			Ref.	
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม				
น้อย/ปานกลาง	-0.476	0.688	0.62 (0.16, 2.39)	0.489
ดี			Ref.	
ทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรม				
เสี่ยงทางเพศ				
ทักษะการตัดสินใจ				
น้อย/ปานกลาง	0.282	0.409	1.33 (0.59, 2.96)	0.491
ดี			Ref.	
ทักษะการแก้ปัญหา				
น้อย/ปานกลาง	0.219	0.417	1.25 (0.55, 2.82)	0.600
ดี			Ref.	
ทักษะการสื่อสารอย่างมี				

ตัวแปร	B	S.E.	Adjusted OR (95%CI)	P-value
ประสิทธิภาพ				
น้อย/ปานกลาง	0.068	0.374	1.07 (0.51, 2.23)	0.856
ดี			Ref.	
ทักษะการตระหนักรู้ในตนเอง				
น้อย/ปานกลาง	0.352	0.394	1.42 (0.66, 3.08)	0.372
ดี			Ref.	
ทักษะการเห็นอกเห็นใจผู้อื่น				
น้อย/ปานกลาง	0.519	0.505	1.68 (0.63, 4.52)	0.303
ดี			Ref.	
ความรู้เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร				
น้อย	0.658	0.342	1.93 (1.09, 3.78)	0.045*
สูง/ปานกลาง			Ref.	

Nagelkerke R² 0.241, Power of predict 70.2%

วิเคราะห์ข้อมูลโดย Multiple logistic regression (Enter method). Ref: กลุ่มอ้างอิง

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น และปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น อายุระหว่าง 15-19 ปี เขตสุขภาพที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยได้ยิน/เคยเห็น/เคยรู้จัก/เคยรับรู้ เกี่ยวกับการให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ในโรงพยาบาล ร้อยละ 54.5 แหล่งหรือช่องทางที่รู้จักบริการอนามัยการเจริญพันธุ์มากที่สุด คือ ทางออนไลน์ ร้อยละ 62.8 มีเพียง ร้อยละ 30.7 ที่เคยไปใช้บริการในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา อธิบายได้ว่า สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให่วัยรุ่นส่วนใหญ่ใช้เทคโนโลยีเพื่อการสื่อสารและเข้าถึงข้อมูลด้วยสื่อออนไลน์เพิ่มขึ้น ไม่ว่าจะเป็นบนอินเทอร์เน็ต มือถือสมาร์ทโฟน แอปพลิเคชัน ซึ่งจากข้อมูลการสำรวจสถานการณ์เด็กไทยในปี พ.ศ. 2565 พบว่า มีแท็บเล็ต หรือสมาร์ทโฟนเป็นของตนเอง ร้อยละ 81 มีอินเทอร์เน็ตที่บ้าน ร้อยละ 64 ใช้โซเชียลมีเดียทุกวันหรือเกือบทุกวัน ร้อยละ 85 โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 15 -24 ปี มีการใช้อินเทอร์เน็ต และโทรศัพท์มือถือมากที่สุด^{19,20} ส่งผลต่อการรับรู้ เรียนรู้ในเรื่องต่าง ๆ ดังผลการศึกษาของ อัครวัฒน์ รัตสิริสวัสดิ์ และศุภฤกษ์ โพธิ์ไพรตนา²¹ ที่พบว่าพฤติกรรมการสื่อสารมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้พฤติกรรมทางเพศของเยาวชน เช่นเดียวกับการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.23±0.67 คะแนน แต่ในด้านการซักถามอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.58±0.79 คะแนน นอกจากนี้ยังพบว่า วัยรุ่นที่เข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ในโรงพยาบาล ได้รับการที่ตรงกับความต้องการมากที่สุด คือ บริการให้คำปรึกษา ร้อยละ 88.1 รองลงมา ตรวจรักษาโรคทั่วไป ร้อยละ 35.8 และสุขภาพจิต ร้อยละ 16.4 เหตุผลที่เลือกใช้บริการสุขภาพ คือ 1) การเดินทางไปใช้บริการได้ง่ายและสะดวก 2) ความมั่นใจในคุณภาพบริการการยอมรับ และมีทัศนคติที่ดีต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ และ 3) ความพร้อมของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ สิ่งอำนวยความสะดวก สำหรับหน่วยงานที่เลือกเข้าไปใช้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์มากที่สุด คือ โรงพยาบาล/คลินิกเอกชน ร้อยละ 67.4 รองลงมาเป็น สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ และร้านขายยามีจำนวนเท่ากัน

คือ ร้อยละ 35.8 และสายด่วนให้คำปรึกษา 1663 ร้อยละ 20.6 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และวนิดา ศรีพรหมษา²² ที่ศึกษาการจัดบริการสุขภาพด้านอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่น พบว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าสถานบริการอยู่ที่ไหน ร้อยละ 80 ไม่ทราบว่ามีการให้บริการอะไร ร้อยละ 50 และร้อยละ 98 แสดงความคิดเห็นว่าการเข้าไปรับบริการเข้าถึงยาก ร้อยละ 75 โดยวัยรุ่นส่วนใหญ่กังวลว่าเจ้าหน้าที่ของสถานบริการจะคาดเดาพฤติกรรมของวัยรุ่นได้ ร้อยละ 75 และวัยรุ่นมีทัศนคติต่อการจัดบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ร้อยละ 74.7 และพบว่าความรู้ที่ได้รับจากโรงเรียนยังไม่เพียงพอในเรื่องเกี่ยวกับการรกร่วมเพศ การมีสัมพันธ์ทางเพศกับเพื่อนต่างเพศ การตั้งครรภ์ และการทำแท้ง แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่นให้สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการ และบริบททางสังคม ดังเช่น การศึกษาของอาริตา สมุห์ทวน, พรณิ บรรพหัตถกิจ และณณณิณ สุริยเศรษฐ์²³ ที่ศึกษาการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนเพื่อแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง พบว่า รูปแบบการให้บริการควรบูรณาการทีมสหสาขาวิชาชีพในการแก้ไขปัญหาวัยรุ่น โดยมีทีมแพทย์เฉพาะทางด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ด้านสูติ นรีแพทย์ พยาบาลทั่วไป พยาบาลจิตเวช นักสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้คำแนะนำ ปรึกษา ส่งต่อแบบครบวงจรตามปัญหาพฤติกรรมสุขภาพวัยรุ่น โดยมีระบบบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ และมีกลไกการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่น มีช่องทางการรับเรื่องที่หลากหลายเข้าถึงง่าย ไม่มีค่าใช้จ่ายหรือค่าใช้จ่ายน้อย ซึ่งจะทำให้วัยรุ่นเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ได้ตามสิทธิภายใต้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559²⁴

ผลการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ได้แก่ อายุ 15-16 ปี Adjusted OR 5.74, 95% CI (2.54 - 12.98) $P < 0.001$ หรือกล่าวได้ว่า ผู้ที่เคยเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นมักจะเป็นช่วงอายุ 15-16 ปี มากเป็น 5.74 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น ซึ่งวัยรุ่นช่วงอายุนี้นี้เป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายสมบูรณ์ขึ้น เริ่มสนใจเพศตรงข้าม มีความคิดที่ลึกซึ้ง หาเอกลักษณ์ของตนเอง อาจทำให้มีความอยากรู้อยากเห็นในเรื่องเพศ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมมากขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้นำมาสู่การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ พฤติกรรมเสี่ยงทางสังคม มีปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่จำเป็นต้องเข้าไปใช้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ในโรงพยาบาล¹

ความรู้เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ระดับน้อย Adjusted OR 1.93, 95% CI (1.09 - 3.78) $P = 0.045$ อธิบายได้ว่า ผู้ที่เคยเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่น มักจะมีความรู้เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรระดับน้อย มากเป็น 1.93 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น อาจกล่าวได้ว่า วัยรุ่นที่มีเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ อาจมีความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไม่เพียงพอ หรือมีปัญหาที่ต้องการรับคำปรึกษา จึงเข้าไปรับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งจะเห็นได้ว่าข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่เคยไปใช้บริการ ได้รับบริการตรงกับความต้องการมากที่สุด คือ บริการให้คำปรึกษา ร้อยละ 88.1 โดยเรื่องที่วัยรุ่นขอรับคำปรึกษามากที่สุด คือการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอดส์ และการคุมกำเนิดชั่วคราว เช่น ยาเม็ด ยาฉีด ฝังยาอนามัย ยาคุมฉุกเฉิน หากวัยรุ่นมีความรู้เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์น้อย หรือไม่ถูกต้อง ก็เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัย เกิดการตั้งครรภ์ไม่พร้อม สอดคล้องกับการศึกษาของ สุดคณะ ธีระนง และ นันทวัน หอมเกตุ²⁵ ที่พบว่าสาเหตุของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เกิดจากการขาดความรู้ ความเข้าใจในการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง เช่นเดียวกับการวิจัยเพื่อทบทวนการเรียนการสอนเพศวิถีศึกษาในสถานศึกษาไทย ของศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล²⁶ พบว่านักเรียนจำนวนมาก มีความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องเพศ

นอกจากนี้วัยรุ่นสามารถแสวงหาความรู้ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับประเด็นเรื่องเพศผ่านสื่ออินเทอร์เน็ต มีโอกาสเข้าถึงและรับข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง และเป็นที่น่าตกใจว่าการบริการสุขภาพในเชิงรับอย่างเดียว ไม่สามารถป้องกันปัญหาของวัยรุ่นและเยาวชนได้ เนื่องจากวัยรุ่นและเยาวชนมักไม่ใช้บริการของรัฐ โดยเฉพาะไม่กล้าพบเจ้าหน้าที่เพื่อขอรับบริการคุมกำเนิด ดังนั้นการให้บริการเชิงรุก จึงเป็นกลยุทธ์ที่จำเป็นอย่างยิ่ง เพราะเป็นช่องทางการเข้าถึงวัยรุ่น กลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันปัญหา และเข้าถึงวัยรุ่นทั่วไปเพื่อการส่งเสริม²⁷ เน้นมาตรการเชิงรุกสู่ชุมชน เช่น จัดพื้นที่สร้างสรรค์ที่วัยรุ่นและเยาวชนมีส่วนร่วม การจัดบริการเชิงรุก และการจัดพื้นที่เรียนรู้สำหรับพ่อแม่ผู้ปกครอง เสริมสร้างศักยภาพวัยรุ่นและเยาวชนในการเรียนรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อดิจิทัล เสริมสร้างศักยภาพครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายให้ส่วนร่วมในการสร้างภูมิคุ้มกันทางสังคมให้แก่วัยรุ่นและเยาวชนด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ทั้งนี้ปัจจัยด้านเพศ จำนวนพี่น้องพ่อแม่เดียวกัน ความรอบรู้เพศวิถีศึกษาด้านการเข้าถึงข้อมูล ความเข้าใจ การตัดสินใจ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปัจจัยทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศด้านทักษะการตัดสินใจ ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ทักษะการตระหนักรู้ในตนเอง และทักษะการเห็นอกเห็นใจผู้อื่น เป็นปัจจัยที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นในทางสถิติ ($P>0.05$)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ผลการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นที่ ได้แก่ ช่วงอายุ 15-16 ปี และการมีความรู้เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ระดับน้อย ดังนั้นควรมีการส่งเสริมให้วัยรุ่นสามารถเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ครอบคลุมความต้องการ และปัญหาโดยเน้นบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ และคำนึงถึงสิทธิวัยรุ่นภายใต้ พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559
2. ควรมีการพัฒนารูปแบบช่องทางการสื่อสารความรู้ การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ตามสิทธิของวัยรุ่นที่หลากหลาย ทันสมัย ในสื่อสังคมออนไลน์รูปแบบต่าง ๆ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงข้อมูล นำไปสู่การสร้างความรู้เรื่องเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ถูกต้อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก ที่กรุณาให้การสนับสนุนด้านวิชาการ และการพัฒนางานวิจัย ขอขอบพระคุณ ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก ที่ให้คำปรึกษา และคำแนะนำในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงเรียน ครู นักเรียน รวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้การช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลจนทำให้การวิจัยประสบความสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการดำเนินงานของทีมนักจัดการสุขภาพวัยรุ่น (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1). พิมพ์ครั้งที่ 2. บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด. นนทบุรี, 2559.
2. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานความก้าวหน้าของประเทศไทยในการยุติปัญหาเอดส์ ปี พ.ศ. 2561. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อ 2 พ.ค. 2567, จาก https://hivhub.ddc.moph.go.th/Download/Report/APR/2018/TH_GAM%202018.pdf.
3. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2562 . [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ย. 2566, จาก <https://ddc.moph.go.th/doe/publishbooksub.php?5>
4. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน ปี 2565. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ย. 2566, จาก <https://rh.anamai.moph.go.th>
5. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560-2570 ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559. พิมพ์ครั้งที่ 3. บริษัท โอ-วิทย์ (ประเทศไทย) จำกัด. นนทบุรี, 2563.
6. ระบบฐานข้อมูลกลางด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center (HDC). รายงานแม่วัยรุ่น ปี 2563-2566. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อ 17 พ.ย. 2566, จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
7. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. รายงานการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2564. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ย. 2566, จาก <https://rh.anamai.moph.go.th/th/surveillance-report>
8. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ฉบับ พ.ศ. 2563. พิมพ์ครั้งที่ 2. ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. นครปฐม, 2564.
9. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ระบบฐานข้อมูลและโปรแกรมการประเมินตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ฉบับ พ.ศ. 2563. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อ 15 ต.ค. 2566, จาก <https://yfh.s.anamai.moph.go.th/home>
10. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. คู่มือการดูแลแม่วัยรุ่นแบบบูรณาการ. จัดพิมพ์โดย องค์การทุน เพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF), 2564.
11. Penchansky, R. and William Thomas, J. The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. Medical Care,19(2), 127-140, 1981.
12. Aday, L.A. and Andersen, R. A framework for the study of access to medical care. Health services research, 9(3), 208, 1974.
13. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. แนวทางการนิเทศการดำเนินงานเพศวิถีศึกษาสู่คุณภาพผู้เรียน. . [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อ 1 พ.ค. 2566, จาก http://www.sakonarea15487.go.th/news_file/p39733561145.pdf
14. ยุทธ ไกยวรรณ. หลักสถิติวิจัยและการใช้โปรแกรม (พิมพ์ครั้งที่ 5). สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ, 2561.

15. กองสุกศึกษา. คู่มือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสำหรับสตรีไทยวัยรุ่น อายุ 15 – 21 ปี. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. นนทบุรี, 2559.
16. Bloom, B. Taxonomy of Education Objective Handbook I.Cognitive Domain. David McKay, New York, 1975.
17. สำนักงานนัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2564). แบบสอบถามความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง ทางเพศของวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ค. 2566, จาก <https://rh.anamai.moph.go.th/web-upload>
18. Best, J. W. Research in Education. (3rd ed). New Jersey: Prenticehall Inc, 1977.
19. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัล. การสำรวจการมี การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2566 (ไตรมาส 1). [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อ 1 ก.พ. 256, จาก https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20230913093840_23932.pdf.
20. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ผลสำรวจสถานการณ์เด็กกับภัยออนไลน์ และเวทีสัมมนา Child Grooming. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อ 11 ต.ค. 2565, จาก <https://www.prd.go.th/th/content/page/index/id/126760>
21. อัครวัฒน์ ราตรีสวัสดิ์ และศุภฤกษ์ โพธิ์ไพรัตน์. พฤติกรรมการสื่อสารและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้พฤติกรรม ทางเพศของเยาวชนยุคดิจิทัลในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารการสื่อสารมวลชน คณะการสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 9(1), 26-51, 2564.
22. ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, วนิดา ศรีพรหมษา และดวงพร ถิ่นถา. การจัดบริการสุขภาพด้านอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่นตามการรับรู้ของวัยรุ่นในชนบท จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา, 17(2), 43-56, 2559.
23. อาริตา สมุห์นวล, พรณี บรรพตถกิจ และเมธินี สิริเศรษฐ์ภพ. การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนเพื่อแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 16(3), 44-58, 2566.
24. ปติมา หิริสังจะ. การพัฒนารูปแบบกลไกดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ให้ได้รับสิทธิตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 45(1), 27-38, 2565.
25. สุดคะนิง ณ ระนอง และนันทวัน หอมเกตุ. การศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยทางจิตสังคมที่ส่งผลกระทบต่อ การตั้งครรภ์ในมารดาวัยรุ่น โรงพยาบาลห้วยยอด อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง. รายงานการวิจัย คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการประมง มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย. [อินเทอร์เน็ต] 2560. เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ค. 2566, จาก <https://riss.rmuts.ac.th/upload/doc/201904/hKDFINXX\LrsuprCkuBE/hKDFINXX\LrsuprCkuBE.pdf>
26. กระทรวงศึกษาธิการ. รายงานผลการวิจัยเพื่อทบทวนการสอนเพศวิถีศึกษาในสถานศึกษา 2559. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อ 1 มี.ค. 2567, จาก <https://www.unicef.org/thailand/media/1106/file.pdf>
27. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นและเยาวชนในชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 2. บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด. นนทบุรี, 2559.

Received: 25 May 2024, Revised: 8 Jun. 2024

Accepted: 14 Jun. 2024

บทความวิจัย

การศึกษาเพื่อคัดกรองความเสี่ยงและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะทุพโภชนาการ
ในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่เจษฎาภรณ์ จันตะวงศ์¹, กุลนิภา กิตติศักดิ์มนตรี², พรพิมล วัฒนอาพร³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อคัดกรองความเสี่ยงของการเกิดภาวะทุพโภชนาการและศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในหอผู้ป่วยเด็กโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 97 คน คัดกรองความเสี่ยงการเกิดภาวะทุพโภชนาการโดยใช้ แบบคัดกรอง STRONGkids เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและผู้ปกครอง รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะทุพโภชนาการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน โดยใช้ Student t-test, Mann-Whitney U test และ Fisher's exact

ผลการวิจัย พบว่า จากการคัดกรองภาวะโภชนาการ ร้อยละ 97 อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงปานกลาง และร้อยละ 3 อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ปัจจัยด้านผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหารที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาการเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย และประวัติน้ำหนักที่ลดลง ปัจจัยจากผู้ป่วยเด็ก พบว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะทุพโภชนาการคือกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งชนิดก้อน (solid tumors) และจะได้รับการเสริมวิตามินและแร่ธาตุมากกว่าในกลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยจากผู้ปกครอง พบว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ผู้ปกครองจะมีอายุน้อยกว่า 20 ปีในอัตราส่วนที่สูงกว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุป ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่เป็นผู้มีความเสี่ยงปานกลางต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ สำหรับผู้ป่วยคัดกรองแล้วพบว่ามีความเสี่ยงสูงส่วนใหญ่จะมีภาวะทุพโภชนาการไปแล้ว โดยปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพโภชนาการได้แก่ ผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด มะเร็งชนิดก้อน และผู้ปกครองอายุน้อย

คำสำคัญ : การคัดกรองความเสี่ยงการเกิดภาวะทุพโภชนาการ, ภาวะทุพโภชนาการ, ผู้ป่วยเด็ก, ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

¹พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่²กุมารแพทย์ อนุสาขาโภชนาการเด็ก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่* Corresponding author E-mail: jedsadaporn.jun@gmail.com

Original Article

**Nutritional screening and factors associated with malnutrition
in oncological patients receiving chemotherapy in a pediatric ward
at Chiang Mai University Hospital**

Jedsadaporn Juntawong¹, Kulnipa Kittisakmontri², Pornpimol Watana-Amporn¹

Abstract

This study aimed to investigate risk of malnutrition by using nutritional screening tool and factors associated with malnutrition in oncological pediatric patients receiving chemotherapy. This study was a cross-sectional analytical analysis. The subjects were 97 oncological patients receiving chemotherapy at the pediatric ward, Chiang Mai University Hospital. Screening for risk of malnutrition using the Screening Tool for Risk on Nutritional status and Growth (STRONGkids). Data were collected by using a questionnaire comprising of general information about patients and parents including factors related to malnutrition. Data were analyzed by using descriptive and comparative statistics between two independent groups using Student t-test, Mann-Whitney U test and Fisher's exact.

The results showed that 97% of oncological pediatric patients had moderate risk of malnutrition while 3% of all patients were in a high-risk group. The study found that side effects from chemotherapy that were significantly associated with decreased food intake including anorexia, fatigue, and a history of weight loss. Focusing on patient's factors, the study found that all patients in the high-risk group were diagnosed with solid tumors and received micronutrient supplementations more than those in the moderate-risk group significantly. The parental factors showed that parents of the high-risk patients had higher percentage of age less than 20 years old compared to parents of the moderate-risk patients. In conclusion, most of oncological patients were moderate risk of malnutrition. For those with high-risk, all of them were malnutrition. The associated factors of malnutrition included side effects of chemotherapy, solid tumors and younger parents.

Keywords : Screening for risk of malnutrition, malnutrition, pediatric patients, oncological patients receiving chemotherapy

¹Bachelor of Nursing Science, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

²Pediatrician, Child Nutrition Subspecialty, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

* Corresponding author E-mail: jedsadaporn.jun@gmail.com

บทนำ

โรคมาเร็งเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้เด็กเสียชีวิต ในปี 2563 มีรายงานสถิติผู้ป่วยโรคมาเร็งรายใหม่ทั่วโลกจำนวนประมาณ 19 ล้านราย และสถิติการเสียชีวิต จำนวนเกือบ 10 ล้านราย¹ ในประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยโรคมาเร็งรายใหม่ ในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 190,636 ราย และสถิติการเสียชีวิต จำนวน 124,866 ราย² สำหรับอุบัติการณ์ในเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมาเร็งมีรายงานประมาณ 950 รายต่อปี คิดเป็นอุบัติการณ์ 74.9 รายต่อประชากรล้านคน³

ปัญหาที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคมาเร็ง คือ ภาวะทุพโภชนาการ (malnutrition) โดยอัตราการเกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยมาเร็งนั้นจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งของมาเร็ง ระยะของโรคและวิธีการรักษามาเร็ง โดยการศึกษาภาวะโภชนาการในผู้ป่วยเด็กโรคมาเร็ง พบว่า ร้อยละ 46 ของเด็กที่เป็นมาเร็งมีภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากมีเนื้องอกจำนวนมาก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา^{4,5,6} การศึกษาในประเทศอิตาลี พบว่า ร้อยละ 28.6 ของผู้ป่วยเด็กโรคมาเร็งมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะทุพโภชนาการจากการคัดกรองภาวะทุพโภชนาการ ในขณะที่ร้อยละ 4.7 มีภาวะทุพโภชนาการ⁷ นอกจากนี้การศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 4 แห่งในประเทศไทยพบว่าประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยเด็กจะมีภาวะโภชนาการแย่งขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยพบว่าหากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมาเร็งจะเพิ่มความเสี่ยงขึ้นมากกว่า 2 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคอื่น⁸ ดังนั้นการคัดกรองภาวะโภชนาการก่อนที่ผู้ป่วยจะมีภาวะทุพโภชนาการจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

ปัจจุบันมีเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองภาวะโภชนาการในเด็กที่พัฒนาล่าสุด ได้แก่ Screening Tool for Risk on Nutritional status and Growth (STRONGkids) ถูกออกแบบให้ใช้สำหรับการคัดกรองทุกสัปดาห์ โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กที่รักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน⁹ และจากการศึกษาของภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช พบว่าการคัดกรองภาวะโภชนาการโดยใช้ STRONGkids มีความไวร้อยละ 95.7 ความจำเพาะร้อยละ 22.8 ค่าทำนายผลบวกร้อยละ 20.6 และค่าทำนายผลลบร้อยละ 96.2 ทั้งนี้ผลการคัดกรองภาวะโภชนาการจะแบ่งผู้ป่วยตามความเสี่ยงที่จะเกิดโรคขาดโปรตีนและพลังงานออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ กลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลาง และกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง¹⁰

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคมาเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวนมากที่สุดในภาคเหนือ แต่ยังไม่เคยมีการศึกษาเรื่องภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้ และยังไม่เคยใช้เครื่องมือในการคัดกรองภาวะโภชนาการในผู้ป่วยเด็กมาก่อน ทีมผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาคัดกรองความเสี่ยงรวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยเด็กโรคมาเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาล เพื่อทำให้ทราบความชุกของภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยกลุ่มนี้และใช้เครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะทุพโภชนาการในแต่ละระดับความรุนแรง เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันภาวะทุพโภชนาการและส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมาเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อคัดกรองความเสี่ยงของการเกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
2. เพื่อศึกษาความชุก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (cross-sectional study) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 5 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด อายุตั้งแต่ 1 เดือน -15 ปี

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

- ผู้ป่วยเด็กทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 1 เดือน -15 ปี
- ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับยาเคมีบำบัดระหว่างการรักษา
- ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 24 ชั่วโมง
- ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

- ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่า 24 ชั่วโมง
- ผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายของชีวิต (palliative care)

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรของ Kregcie and Morgan formular

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนประชากร จำนวน 130 ราย (จำนวนผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 5 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พ.ศ.2565) คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรดังนี้

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

โดยกำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้(e) 0.05 ระดับความเชื่อมั่น(X^2) 3.841 สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร(p) 0.5 จำนวนประชากรที่ศึกษา(N) 130 คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 97 ราย¹¹

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

1. แบบคัดกรองภาวะโภชนาการสำหรับผู้ป่วยเด็ก (Screening Tool for Risk on Nutritional status and Growth, STRONGkids)¹² ประกอบด้วยการประเมิน 4 ข้อ ได้แก่ การประเมินภาวะโภชนาการ (1 คะแนน) การประเมินโรคเดิมของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ (2 คะแนน) การรับประทานอาหารและการสูญเสีย

อาหาร (1 คะแนน) และน้ำหนักลดลงหรือน้ำหนักเพิ่มขึ้นน้อย (1 คะแนน) สามารถแบ่งกลุ่มความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะทุพโภชนาการตามเกณฑ์คะแนนได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มความเสี่ยงน้อย(low risk) คือ 0 คะแนน กลุ่มความเสี่ยงปานกลาง(moderate risk) คือ 1-3 คะแนน กลุ่มความเสี่ยงสูง(high risk) คือ 4-5 คะแนน

2. แบบเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยและผู้ปกครอง โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของผู้ปกครองประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความสามารถในการจัดซื้ออาหารเสริมทางการแพทย์และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองกับผู้ป่วยเด็ก

ส่วนที่ 2 แบ่งออกเป็น

2.1 ข้อมูลของผู้ป่วยเด็กประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ (weight-for-age, W/A) ความสูงตามเกณฑ์อายุ (height-for-age, H/A) และน้ำหนักตามเกณฑ์ความสูง (weight-for-height, W/H) และโรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัย

2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ประกอบด้วย ระยะเวลาของการได้รับเคมีบำบัด ระยะของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ณ ปัจจุบัน การกลับเป็นซ้ำ ผลข้างเคียงที่ปรากฏ ปริมาณอาหารที่รับประทานในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา การได้รับอาหารเสริมทางการแพทย์ และวิตามินแร่ธาตุเสริม ณ ปัจจุบัน

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

การวิจัยครั้งนี้ได้คำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้แก่ หลักความเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย และหลักความยุติธรรม โดยผ่านการตรวจสอบและได้รับการพิจารณารับรอง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารเลขที่ 087/2566

การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability)

เครื่องมือ STRONGkids เป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐาน ผ่านการหาประสิทธิภาพความไวและค่าทำนายผลลบเรียบร้อยแล้ว ทางทีมวิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือจากผู้พัฒนาเครื่องมือเรียบร้อยแล้ว แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน จากนั้นทำการปรับปรุงแก้ไขแบบเก็บรวบรวมข้อมูลตามข้อเสนอแนะ และตรวจสอบความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต (interrater reliability) เท่ากับ 1.0 จึงจะเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลภายใน 2 วันแรกขณะเข้ารับการรักษา พร้อมทั้งแจกแบบสอบถามข้อมูลของผู้ปกครอง ข้อมูลของผู้ป่วยและปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการ และผู้ป่วยเด็กจะได้รับการคัดกรองภาวะโภชนาการโดยใช้เครื่องมือสตรองคิตส์ (STRONGkids) รวมถึงการชั่งน้ำหนักและวัดความยาวหรือความสูง จากนั้นนำไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน เพื่อประเมินภาวะโภชนาการของผู้เข้าร่วมวิจัยว่ามีภาวะโภชนาการปกติ น้ำหนักน้อย เตี้ย หรือผอม โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของ Gomez¹³ และ Waterlow's classification¹⁴ รวมทั้งเกณฑ์มาตรฐานน้ำหนักส่วนสูงเด็ก 0-18 ปี กรมอนามัย (DOH Growth)¹⁵ โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบ 97 ราย และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS (IBM SPSS Statistics for Windows, version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของผู้ปกครองและผู้ป่วยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ด้วยสถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ร่วมกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์คะแนนของการคัดกรองกับปริมาณอาหารที่รับประทาน ความสัมพันธ์ภาวะโภชนาการกับกลุ่มความเสี่ยงจากการคัดกรอง และความสัมพันธ์คะแนนการรับประทานอาหารกับผลข้างเคียงจากการรักษา ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test
3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยจากผู้ป่วยและผู้ปกครองกับระดับความเสี่ยงจากการคัดกรอง ด้วยสถิติ Fisher's exact
4. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยจากผู้ป่วยและผู้ปกครองกับภาวะโภชนาการ ด้วยสถิติ Student t-test

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กโรคเมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 97 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.8 และมีอายุอยู่ระหว่าง 2 เดือน ถึง 15 ปี ($\bar{x} = 8.0$, SD = 4.4) ได้รับการวินิจฉัยโรค เป็นโรคเมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันมากที่สุด ระยะเวลาของการรักษาโรคเมะเร็งมากที่สุดคือ 1-3 ปี โดยมีประวัติโรคเมะเร็งกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 10.3 ด้านผลข้างเคียงจากการรักษา พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ปากแห้ง เบื่ออาหาร และอาเจียน ตามลำดับ ทั้งนี้ ผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางการแพทย์เสริม และได้รับวิตามินหรือแร่ธาตุเสริม มีร้อยละ 10.3 และ ร้อยละ 9.3 ตามลำดับ

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กโรคเมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 97 ราย ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง โดยเป็นมารดาร้อยละ 81.4 ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 20-40 ปี และจบการศึกษาระดับกว่าปริญญาตรีถึงร้อยละ 64.9 สำหรับรายได้ของครอบครัวต่อเดือนพบว่า มากกว่า 1 ใน 3 ของผู้ปกครองได้รับน้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน แต่ร้อยละ 78.4 ของผู้ปกครองมีความสามารถซื้ออาหารเสริมทางการแพทย์ได้

1. ข้อมูลกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดภาวะทุพโภชนาการ

จากการคัดกรองภาวะโภชนาการด้วยเครื่องมือ STRONGKIDS พบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคเมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ร้อยละ 97 อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงปานกลางต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ และร้อยละ 3 อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงสูง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการคัดกรองด้วยเครื่องมือ STRONGKIDS ในกลุ่มความเสี่ยงปานกลาง และ กลุ่มความเสี่ยงสูง ได้แก่ 2.1 ± 0.2 และ 4.0 ± 0.1 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนการคัดกรองด้วยเครื่องมือ STRONGKIDS อยู่ระหว่าง 2 ถึง 4 คะแนน ($\bar{x} = 2.1$, SD = 0.4)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างเครื่องมือคัดกรองและภาวะโภชนาการที่ได้จากการประเมินตาม Gomez และ Waterlow's classification

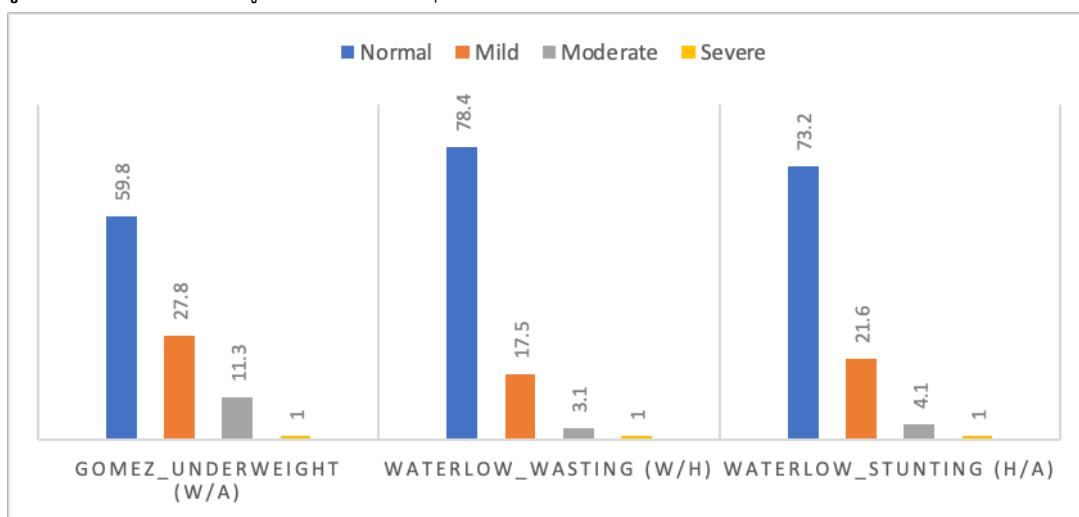
จากการคัดกรองภาวะโภชนาการด้วยเครื่องมือ STRONGKIDS พบว่า ผู้ป่วยเด็กกลุ่มความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการมีค่า W/A, W/H และ H/A น้อยกว่า ผู้ป่วยเด็กกลุ่มความเสี่ยงปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยเด็กกลุ่มความเสี่ยงสูงจากการคัดกรอง มักจะมีปัญหาเรื่องผอมและเตี้ยร่วมด้วย ส่วนผู้ป่วยเด็กกลุ่มความเสี่ยงปานกลางมีค่าเฉลี่ยของ W/A W/H และ H/A อยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังแสดงในตารางที่ 1 และพบว่า ผู้ป่วยเด็ก

ร้อยละ 40 จะมีภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (underweight) รวมทั้งมีผู้ป่วยเด็กประมาณ 1/4 จะมีภาวะผอม (wasting) หรือเตี้ย (stunting) ร่วมด้วย ดังแสดงในรูปที่ 1

ตาราง 1 แสดงค่าเฉลี่ยร้อยละของน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ (weight-for-age) น้ำหนักตามเกณฑ์ความสูง (weight-for-height) และส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ (height-for-age) ตาม Gomez และ Waterlow's classification เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่าง ๆ จากการคัดกรองโดยเครื่องมือ STRONGKIDs (n=97)

ค่าที่ทำการศึกษา (ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	กลุ่มความเสี่ยงปานกลาง (จำนวน 94 คน)	กลุ่มความเสี่ยงสูง (จำนวน 3 คน)	p-value
ร้อยละของน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ (W/A)	121.4 $\pm$ 28.4	101.4 $\pm$ 46.7	<0.001
ร้อยละของน้ำหนักตามเกณฑ์ความสูง (W/H)	102.8 $\pm$ 18.0	80.6 $\pm$ 11.8	<0.001
ร้อยละของส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ (H/A)	98.3 $\pm$ 4.5	85.2 $\pm$ 7.6	0.01

รูปที่ 1 แสดงร้อยละของผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการตาม Gomez และ Waterlow's classification (n=97)



4. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลการเจ็บป่วย และภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยกับระดับความเสี่ยงของการเกิดภาวะทุพโภชนาการ

พบว่า ผลข้างเคียงจากการรักษามีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร ในช่วง 1 สัปดาห์ก่อนการคัดกรอง คือ อาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด และอ่อนเพลีย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยจากการประเมินพบว่าผู้ป่วยเด็กมีน้ำหนักลดลงวันที่ทำการคัดกรองภาวะโภชนาการ จะมีค่าคะแนนของอาหารที่รับประทานต่ำมากตั้งแต่ 2 สัปดาห์ก่อนการคัดกรอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการรับประทานอาหารในช่วงที่ผ่านมากับผลข้างเคียงจากการรักษา (เฉพาะอาการที่มีนัยสำคัญทางสถิติ) (n=97)

ผลข้างเคียงจากการรักษา	คะแนน, ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		
	ปริมาณอาหารที่ รับประทานในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา	ปริมาณอาหารที่ รับประทานในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ปริมาณอาหารที่ รับประทานในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
เบื่ออาหาร			
มี (ร้อยละ 53)	3.0 $\pm$ 0.9	2.9 $\pm$ 0.9	2.5 $\pm$ 1.1
ไม่มี (ร้อยละ 47)	3.3 $\pm$ 0.8	3.2 $\pm$ 0.9	3.0 $\pm$ 0.9
p-value	0.16	0.15	0.02
น้ำหนักลดลง			
มี (ร้อยละ 9)	3.1 $\pm$ 0.8	2.3 $\pm$ 0.9	1.9 $\pm$ 0.9
ไม่มี (ร้อยละ 91)	3.1 $\pm$ 0.9	3.1 $\pm$ 0.9	2.8 $\pm$ 1.1
p-value	0.84	0.01	0.02
อ่อนเพลีย			
มี (ร้อยละ 19)	2.9 $\pm$ 0.8	2.5 $\pm$ 0.9	2.1 $\pm$ 1.1
ไม่มี (ร้อยละ 81)	3.2 $\pm$ 0.9	3.2 $\pm$ 0.8	2.9 $\pm$ 1.0
p-value	0.17	0.17	0.03

ปัจจัยจากผู้ป่วยเด็ก พบว่าผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการทั้งหมดได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งชนิดก้อน (solid tumor) และส่วนใหญ่จะได้รับการเสริมวิตามินหรือแร่ธาตุ (ร้อยละ 66.7) ซึ่งมากกว่าในกลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจากผู้ป่วยและผู้ปกครองกับความเสี่ยงจากการคัดกรองโดยเครื่องมือ STRONGKIDS (n=97)

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มมีความเสี่ยงปานกลาง (จำนวน 94 คน)	กลุ่มมีความเสี่ยงสูง (จำนวน 3 คน)	p-value
ปัจจัยจากผู้ป่วยเด็ก			
โรคประจำตัว, จำนวน (ร้อยละ)			
● Acute Leukemia	58 (61.7)	-	0.03
● Solid tumors	22 (23.4)	3 (100)	
● Bone cancer	8 (8.5)	-	
● Lymphoma	6 (6.4)	-	

ผู้ป่วยที่ได้รับวิตามินหรือแร่ธาตุเสริม

(micronutrient supplement), 7 (7.4) 2 (66.7) 0.02

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มมีความเสี่ยงปานกลาง (จำนวน 94 คน)	กลุ่มมีความเสี่ยงสูง (จำนวน 3 คน)	p-value
จำนวน (ร้อยละ)			
ปัจจัยจากผู้ปกครอง			
อายุ, จำนวน (ร้อยละ)			
● น้อยกว่า 20 ปี	1 (1.1)	1 (33.3)	0.01
● 20 – 40 ปี	57 (60.6)	2 (66.7)	
● 41 – 60 ปี	31 (33.0)	-	
● มากกว่า 60 ปี	5 (5.3)	-	

ด้านความสัมพันธ์กับภาวณ้ำหนักตัวน้อย พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 97 คน มีภาวณ้ำหนักน้อย 39 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 29 คน (ร้อยละ 74.4) และได้รับการวินิจฉัยเป็น มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน (acute Leukemia) มะเร็งชนิดก้อน มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (lymphoma) และมะเร็งกระดูก (bone cancer) คิดเป็นร้อยละ 46.2, 41.0, 7.7 และ 5.1 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวณ้ำหนักตัวน้อย ผู้ป่วยกลุ่มที่มีภาวณ้ำหนักตัวน้อยจะมีสัดส่วนของผู้ชายและเป็นมะเร็งชนิดก้อนมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังได้รับวิตามินและแร่ธาตุเสริมในอัตราส่วนที่มากกว่าอีกด้วย (ร้อยละ 17.9 และ 3.4 ตามลำดับ $p = 0.03$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจากผู้ป่วยกับภาวณ้ำหนักตัวน้อย (W/A) ตาม Gomez's classification (n=97)

ปัจจัยที่ศึกษา	ปกติ (จำนวน 58 คน)	ภาวณ้ำหนักน้อย (จำนวน 39 คน)	p-value
ปัจจัยจากผู้ป่วยเด็ก			
เพศชาย, จำนวน (ร้อยละ)	28 (48.3)	29 (74.4)	0.01
โรคประจำตัว, จำนวน (ร้อยละ)			
● Acute Leukemia	40 (69.0)	18 (46.2)	0.03
● Solid tumors	9 (15.5)	16 (41.0)	
● Bone cancer	6 (10.3)	2 (5.1)	
● Lymphoma	3 (5.2)	3 (7.7)	
ผู้ป่วยที่ได้รับวิตามินหรือแร่ธาตุเสริม (micronutrient supplement), จำนวน (ร้อยละ)	2 (3.4)	7 (17.9)	0.03

ด้านความสัมพันธ์กับภาวะเตี้ย พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 97 คน มีภาวะเตี้ย 26 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 19 คน (ร้อยละ 73.1) และได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน มะเร็งชนิดก้อน มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และ

มะเร็งกระดูก คิดเป็นร้อยละ 53.8, 34.6, 7.7 และ 3.8 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะเตี้ยจะพบว่าผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่มีภาวะเตี้ยจะเป็นผู้ป่วยที่มีโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำและมีอัตราส่วนของระยะเวลาการรักษาที่นานกว่า 4 ปี มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะเตี้ยผู้ปกครองสามารถในการซื้ออาหารเสริมทางการแพทย์ได้ในอัตราส่วนที่สูงกว่ากลุ่มที่มีภาวะเตี้ย (ร้อยละ 84.5 และ 61.5 ตามลำดับ, $p = 0.02$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจากผู้ป่วยและผู้ปกครองกับภาวะเตี้ย (H/A) ตาม Waterlow's classification (n=97)

ปัจจัยที่ศึกษา	ปกติ (จำนวน 71 คน)	ภาวะเตี้ย (จำนวน 26 คน)	p-value
ปัจจัยจากผู้ป่วยเด็ก			
เพศชาย, จำนวน (ร้อยละ)	38 (53.5)	19 (73.1)	0.11
โรคประจำตัว, จำนวน (ร้อยละ)			
● Acute Leukemia	44 (61.9)	14 (53.8)	0.52
● Solid tumors	16 (22.5)	9 (34.6)	
● Bone cancer	7 (9.9)	1 (3.8)	
● Lymphoma	4 (5.6)	2 (7.7)	
ผู้ป่วยที่มีโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำ (relapse), จำนวน (ร้อยละ)	3 (4.2)	7 (26.9)	0.003
ผู้ป่วยที่ได้รับวิตามินหรือแร่ธาตุเสริม (micronutrient supplement), จำนวน (ร้อยละ)	5 (7.0)	4 (15.4)	0.24
ปัจจัยจากผู้ปกครอง			
สามารถซื้ออาหารเสริมทางการแพทย์, จำนวน (ร้อยละ)	60 (84.5)	16 (61.5)	0.02

ด้านความสัมพันธ์กับภาวะผอม พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 97 คน มีภาวะผอม 21 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 16 คน (ร้อยละ 76.2) และได้รับการวินิจฉัยเป็น มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน มะเร็งชนิดก้อน มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และมะเร็งกระดูก คิดเป็นร้อยละ 42.9, 42.9, 9.5 และ 4.8 ตามลำดับ และผู้ป่วยที่มีโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 9.5 ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาของการรักษาโรคมะเร็ง คือ 6-12 เดือน (ร้อยละ 23.8) และ 1-3 ปี (ร้อยละ 23.8) โดยกลุ่มที่มีภาวะผอมจะมีอัตราส่วนของการได้รับอาหารเสริมทางการแพทย์มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะผอมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจากผู้ป่วยและผู้ปกครองกับภาวะผอม (W/H) ตาม Waterlow's classification (n=97)

ปัจจัยที่ศึกษา	ปกติ (จำนวน 76 คน)	ภาวะผอม (จำนวน 21 คน)	p-value
ปัจจัยจากผู้ป่วยเด็ก			
เพศชาย, จำนวน (ร้อยละ)	41 (53.9)	16 (76.2)	0.08
โรคประจำตัว, จำนวน (ร้อยละ)			
● Acute Leukemia	49 (64.5)	9 (42.9)	0.16
● Solid tumors	16 (21.1)	9 (42.9)	
● Bone cancer	7 (9.2)	1 (4.8)	
● Lymphoma	4 (5.3)	2 (9.5)	
ผู้ป่วยที่มีโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำ (relapse), จำนวน (ร้อยละ)	8 (10.5)	2 (9.5)	1.00
ระยะเวลาของการรักษาโรคมะเร็ง, จำนวน (ร้อยละ)			
● น้อยกว่า 3 เดือน	19 (25.0)	3 (14.3)	0.06
● 3-6 เดือน	8 (10.5)	4 (19.0)	
● 6-12 เดือน	8 (10.5)	5 (23.8)	
● 1-3 ปี	37 (48.7)	5 (23.8)	
● 4-6 ปี	3 (3.9)	4 (19.0)	
● มากกว่า 6 ปี	1 (13.2)	-	
ผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางการแพทย์ เสริม (oral nutritional supplement, ONS), จำนวน (ร้อยละ)	4 (5.3)	6 (28.6)	0.006
ปัจจัยจากผู้ปกครอง			
สามารถซื้ออาหารเสริมทางการแพทย์, จำนวน (ร้อยละ)	58 (76.3)	18 (85.7)	0.55

ปัจจัยจากผู้ปกครอง พบว่าผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กที่มีความเสี่ยงสูงจะมีอายุน้อยกว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า ร้อยละ 66.7 ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กที่มีความเสี่ยงสูงส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-40 ปี มีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี และรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ดังแสดงในตารางที่ 3 และพบว่าผู้ปกครองในกลุ่มของเด็กที่มีภาวะเตี้ย ร้อยละ 61.5 มีความสามารถซื้ออาหารเสริมทางการแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 5

การอภิปรายผล

จากการคัดกรองภาวะโภชนาการผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดด้วยเครื่องมือ STRONGKIDS พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงปานกลางต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการมากที่สุดโดยกลุ่มความเสี่ยงสูง มีเพียงร้อยละ 3 และไม่มีกลุ่มความเสี่ยงน้อยเลย สอดคล้องกับการศึกษาของ Triarico และคณะ⁷ ที่พบว่าผู้ป่วยเด็กที่ได้รับยาเคมีบำบัดร้อยละ 100 มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ โดยศึกษาในผู้ป่วยเด็กมะเร็งอายุ 3-18 ปี จำนวน 126 คน ที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งและได้รับการคัดกรองด้วย STRONGkids ตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผลการคัดกรองพบว่า ร้อยละ 71.4 อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงปานกลาง และร้อยละ 28.6 อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงสูง

การศึกษาในครั้งนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยเด็กกลุ่มความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการจากการคัดกรองมีค่า W/A W/H และ H/A น้อยกว่า ผู้ป่วยเด็กกลุ่มความเสี่ยงปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหากพิจารณาจาก Gomez¹³ และ Waterlow's classification¹⁴ ค่าเฉลี่ยร้อยละของ W/H และ H/A ของเด็กกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงจากการคัดกรองจะมีค่าผิดปกติไปแล้ว กล่าวคือผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้มีภาวะผอมและเตี้ยไปแล้วนั่นเอง ซึ่งแตกต่างจากเด็กกลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลางที่ W/A W/H และ H/A ยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งแสดงว่าเครื่องมือเองสามารถคัดกรองความเสี่ยงได้ก่อนที่ผู้ป่วยเด็กจะมีภาวะทุพโภชนาการ

จากข้อมูลดังที่นำเสนอจะเห็นความสอดคล้องกับการศึกษาของวีรภัทราและคณะ¹⁰ ที่พบว่าเครื่องมือ STRONGKids มีความไวค่อนข้างสูง แต่มีค่าทำนายผลบวกที่ค่อนข้างต่ำ ทำให้แม้ว่าผลคัดกรองผู้ป่วยในการศึกษานี้ทุกรายจะพบว่ามีความเสี่ยงปานกลางถึงสูง แต่มีเพียงบางรายเท่านั้นที่มีภาวะทุพโภชนาการแล้วเมื่อประเมินจากน้ำหนักและความสูงของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสนใจว่าเมื่อนำความชุกของภาวะน้ำหนักน้อย ผอม และเตี้ย ในผู้ป่วยโรคมะเร็งในการศึกษานี้ไปเปรียบเทียบกับความชุกที่รายงานโดยการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ตั้งแต่ครั้งที่ 2 ถึง 5 ระหว่างปี.ศ. 2538 ถึง 2557 จะพบว่าความชุกของภาวะทุพโภชนาการที่ได้จากการศึกษานี้สูงกว่าความชุกของเด็กไทยค่อนข้างมาก¹⁶

ด้านปัจจัยการเกิดภาวะทุพโภชนาการที่สัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งชนิดก้อนทั้งหมด สอดคล้องกับการศึกษาของ Pei Chien Tah และคณะ¹⁷ ที่พบว่าผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งกลุ่มมะเร็งชนิดก้อนจะมีภาวะทุพโภชนาการมากกว่า กลุ่มที่เป็นมะเร็งเม็ดเลือด เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้จะได้รับสารอาหารต่าง ๆ โดยเฉพาะพลังงานและโปรตีนน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากผลวิจัยผู้ป่วยกลุ่มความเสี่ยงสูงนี้ยังพบว่าได้รับการเสริมวิตามินแร่ธาตุมากกว่าในกลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายได้จากการที่ผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงจากการคัดกรองมีภาวะทุพโภชนาการ เช่น น้ำหนักน้อย ผอม หรือเตี้ยไปแล้ว แพทย์ผู้ทำการรักษาจึงมีแนวโน้มที่จะให้วิตามินหรือแร่ธาตุเสริมมากกว่าในกลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลางที่ส่วนใหญ่ยังไม่มีภาวะทุพโภชนาการที่ชัดเจน

ด้านความสัมพันธ์กับภาวะผอม พบว่าผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะผอมได้รับอาหารเสริมทางการแพทย์มากกว่ากลุ่มปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ซึ่งอธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวลดลงหรือมีน้ำหนักตัวน้อยผิดปกติอย่างชัดเจน แพทย์หรือผู้ปกครองมีแนวโน้มที่จะให้อาหารเสริมทางการแพทย์ วิตามินหรือแร่ธาตุมากกว่าเด็กที่ยังไม่มีภาวะน้ำหนักน้อยหรือผอม ส่วนด้านความสัมพันธ์กับภาวะเตี้ย พบว่า ผู้ป่วยเด็กที่มีโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำจะพบในผู้ป่วยที่มีภาวะเตี้ยมากกว่ากลุ่มปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มที่มีภาวะเตี้ยจะมีแนวโน้มที่จะได้รับการรักษาโรคนานกว่า 4 ปีแต่ยังไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะเตี้ยเป็นกลุ่มที่มีภาวะทุพโภชนาการเรื้อรัง เนื่องจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเป็นเวลานาน ร่วมกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งในผู้ป่วยเด็กที่มี

การกลับเป็นซ้ำของโรคหรือได้รับการรักษาเป็นระยะเวลานาน แต่ไม่ได้รับการดูแลด้านโภชนาการที่เหมาะสมจึงทำให้เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเองมีภาวะทุพโภชนาการเรื้อรังได้มากกว่ากลุ่มที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยและรักษา

ด้านปัจจัยการเกิดภาวะทุพโภชนาการที่สัมพันธ์กับผู้ปกครอง พบว่า ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กที่มีความเสี่ยงสูงจะมีอายุน้อยกว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 20 ปี ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าตรงกับการศึกษาในประเทศแอฟริกาใต้ ที่รายงานว่าจำนวนของผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะทุพโภชนาการเฉียบพลันรุนแรงมีอัตราส่วนสูงกว่าในกลุ่มที่มารดาอายุระหว่าง 16-20 ปีเมื่อเปรียบเทียบกับมารดาอายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป¹⁸ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับรายงานจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่รวบรวมการศึกษาในเด็กไทยก่อนวัยเรียนว่ามารดาที่ตั้งครรภ์ขณะอายุน้อยกว่า 24 ปีมีแนวโน้มที่จะมีบุตรที่มีภาวะทุพโภชนาการ¹⁹ นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยของผู้ปกครองยังมีความสัมพันธ์กับภาวะเตี้ย โดยผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะเตี้ยจะมีความสามารถในการซื้ออาหารเสริมทางการแพทย์ได้น้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยเด็กปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะเตี้ยนั้นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.7) มีรายได้ที่น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน จึงทำให้ไม่สามารถซื้ออาหารเสริมทางการแพทย์ได้ ซึ่งรายได้ของครอบครัวที่มีรายได้น้อย ทำให้ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งอาหารที่ครบถ้วนได้ยากกว่าครอบครัวที่มีรายได้เพียงพอหรือมีรายได้สูง²⁰

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ควรมีการคัดกรองภาวะโภชนาการโดยใช้เครื่องมือ STRONGkids ในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งทุกรายเนื่องจากผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดทุกคนในการศึกษานี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการในระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลางซึ่งส่วนใหญ่น้ำหนักและส่วนสูงยังไม่เข้าเกณฑ์ผิดปกติ การคัดกรองอาจจะทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับคำแนะนำทางโภชนาการที่เหมาะสมและป้องกันการเกิดปัญหาทุพโภชนาการได้
2. ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีปัจจัยดังต่อไปนี้ เป็นมะเร็งชนิดก้อน มีการกลับเป็นซ้ำของโรค มีอาการเบื่ออาหารหรืออ่อนเพลีย ผู้ปกครองที่มีอายุน้อย และผู้ปกครองที่มีเศรษฐกิจที่ไม่ดี ควรได้รับการดูแลด้านโภชนาการอย่างใกล้ชิด นอกเหนือจากการคัดกรองภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการเฉียบพลันและเรื้อรังจากการศึกษา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งถัดไป

1. ปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการของผู้ปกครองกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สนับสนุนโดยทุนอุดหนุนการวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนฤมล เค้นทรัพย์สุนทร หัวหน้าสาขาการเวชศาสตร์โภชนาการ ภาควิชาการเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ที่กรุณาให้คำปรึกษา คำแนะนำและชี้แนวทาง

ที่เป็นประโยชน์รวมทั้งอนุเคราะห์ข้อมูลการใช้เครื่องมือสตรองคิดส์รูปแบบภาษาไทย (STRONGkids) ที่เป็นประโยชน์และนำมาใช้ในบทความฉบับนี้

อ้างอิง

1. World Health Organization. World Source: Globocan [Internet].2021 [cited 2022 Dec 9]; https://www.who.int/health-topics/cancer #tab=tab_1
2. World Health Organization. Thailand Source: Globocan [Internet].2021 [cited 2022 Dec 9]; https://www.who.int/health-topics/cancer #tab=tab_1
3. Wiangnon S, Veerakul G, Nuchprayoon I, Seksarn P, Hongeng S, Krutvecho T, et al. Childhood cancer incidence and survival 2003-2005, Thailand: study from the Thai Pediatric Oncology Group. Asian Pac J Cancer Prev. 2011;12:2215-20.
4. Pietsch JB, Ford C. Children with cancer: measurements of nutritional status at diagnosis. Nutr Clin Pract. 2000;15:185-8.
5. Sara A, Puncher P, Barr RD. Children Cancer and Nutrition- A Dynamic Triangle. America Cancer Society. 2004;100:677-87.
6. Smith DE, Stevens MC, Booth IW. Malnutrition at diagnosis of malignancy in childhood: common but mostly missed. Eur J Pediatr. 1991;150:318-22.
7. Triarico S, Rinninella E, Cintoni M, Capozza MA, Mastrangelo S, Mele MC, et al. Impact of malnutrition on survival and infections among pediatric patients with cancer: a retrospective study. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2019;23:1165-75.
8. Saengsipanthkul S. Hospital-acquired malnutrition in paediatric patients: a multicentre trial focusing on prevalence, risk factors, and impact on clinical outcomes. Eur J Pediatr. 2021;180(6):1761-67.
9. Joosten KF, Hulst JM. Nutrition screening tools for hospitalized children: Methodological consideration. Clin Nutr. 2014;33:1-5.
10. วีรภัทรา เอี่ยมวัฒน์, สุภาพรณ ตันตราชีวธร. การคัดกรองทางโภชนาการสำหรับผู้ป่วยเด็กใน โรงพยาบาลโดยใช้STRONGkids เปรียบเทียบกับ STAMP. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง. 2018;62(6):431-41.
11. ชีรวุฒิ เอกะกุล. ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี, 2543.
12. นฤมล เด่นทรัพย์สุนทร. แบบคัดกรองภาวะโภชนาการสำหรับผู้ป่วยเด็ก. ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563.
13. Gomez F. Mortality in second and third degree malnutrition. J Trop Pediatr.1956;78(10):1275-80.
14. Waterlow JC. Classification and definition of protein-calorie malnutrition. Br Med J. 1972;3:566-69.
15. ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. มาตรฐานน้ำหนักส่วนสูงเด็ก 0-18 ปี กรมอนามัย (DOH Growth). สำนักโภชนาการ กรมอนามัย, 2564. <https://doh.hpc.go.th/student/topicDisplay.php?id=73>

16. ลัดดา เหมาะสุวรรณ, และวิชัย เอกพลากร. ภาวะโภชนาการเด็กไทย. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 ฉบับสุขภาพเด็ก พ.ศ. 2557 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2557;1(1):121-46.
17. Tah PC, Shanita SN, Poh BK. Nutritional status among pediatric cancer patients: A comparison between hematological malignancies and solid tumors. J Spec Pediatr Nurs. 2012;17:301–11.
18. Mokwena K, Kachabe J. Profile of mothers whose children are treated for malnutrition at a rural district hospital in the North West province, South Africa. South Afr J Clin Nutr. 2022;35(1):17-22. DOI:10.1080/16070658.2021.1921899.
19. ศักรินทร์ สุวรรณเวหา, อมาวสี อัมพันศิริรัตน์, และวิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. JBCNM. 2562;25(2):8-24.
20. Khejonchit P, Chutiman N, Kumphon B. Factor Associated with Under- Nutrition of Preschool Children in Kuchinarai District, Kalasin Province. KKU Journal for Public Health Research. 2013;6(3):168-175.

Received: 7 May 2024, Revised: 27 May 2024

Accepted: 30 May 2024

บทความวิจัย

การพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยในด้วยโรคสมองเสื่อมและ
โรคอัลไซเมอร์ในประเทศไทยรัชณี หาญสมสกุล¹, วัฒนา ชยธวัช^{2*}

บทคัดย่อ

การศึกษาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 มีการสำรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปพบความชุกภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 8.1 กระทรวงสาธารณสุขสรุปรายงานการป่วย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ถึง 2565 ในปี พ.ศ. 2565 มีจำนวนผู้ป่วยในโรคสมองเสื่อม 11,865 คน และโรคอัลไซเมอร์ 8,227 คน และกรมการแพทย์แถลงข่าวว่ามี 770,000 คน หรือมีความชุกร้อยละ 6.17 และเป็นผู้ป่วยในร้อยละ 2.61 การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยในโรคสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์ปี พ.ศ. 2566 จากสถิติจำนวนผู้ป่วยจำนวน 10 ปี (พ.ศ. 2556 ถึง 2565) พยากรณ์อนุกรมเวลาด้วยทฤษฎีระบบเกรย์ตามแบบจำลอง GM(1,1) และแบบจำลองขยายปรับค่าตามรอบ (GM(1,1) expanded with periodic correction model : GM(1,1)EPC) พิจารณาความแม่นยำจากค่าเฉลี่ยของร้อยละความผิดพลาดสัมบูรณ์ (the Mean Absolute Percentage Error : MAPE) ผลการศึกษาพบว่า ค่าพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยในตามแบบจำลอง GM(1,1)EPC และ แบบจำลอง GM(1,1) ปี พ.ศ. 2566 จะมีผู้ป่วยในโรคสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์ จำนวน 12,408 ถึง 13,200 คน และ 8,898 ถึง 9,352 คน ตามลำดับ ซึ่งเมื่อนำค่าเฉลี่ยของทั้งสองโรคมา รวมกันจะมีผู้ป่วยสูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีอาการสมองเสื่อมรวม 21,929 คน ถ้าผู้ป่วยในมาจากผู้ป่วยอาการสมองเสื่อมร้อยละ 2.61 แล้ว ในปี พ.ศ. 2566 ก็จะมีผู้ป่วยอาการสมองเสื่อม 840,192 คน หรือความชุกร้อยละ 6.49

คำสำคัญ: การพยากรณ์, ผู้ป่วยใน, โรคสมองเสื่อม, โรคอัลไซเมอร์

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

²คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

*Corresponding author, e-mail: vadhana.j@ptu.ac.th

*Original Article***Forecasting the number of inpatients with dementia and Alzheimer's disease in Thailand.****Rachanee Harnsomskul¹ Vadhana Jayathavaj²****Abstract**

Study of dementia in the elderly aged 60 years and over, from the report of the Thai Public Health Survey by Physical Examination, No. 5, 2014, which included a survey to screen for dementia in the elderly aged 60 years and over, found the prevalence of dementia to be 8.1 percent. The Ministry of Public Health summarized sickness reports from 2013 to 2022, and in 2022, there were 11,865 people with dementia and 8,227 with Alzheimer's disease. The Department of Medical Services announced that the elderly people with dementia statistics in 2022 were 770,000 people, or a prevalence of 6.17 percent, and 2.61 percent of them were inpatients. The objective of this research is to forecast the number of patients with dementia and Alzheimer's disease in 2023 based on 10-year patient statistics from 2013–2022, using Grey System Theory time series forecasting with the GM(1,1) model and the GM(1,1) expanded with periodic correction model (GM(1,1)EPC), and consider the accuracy based on the mean absolute percentage error (MAPE). The results showed the predicted value of the number of inpatients according to the GM(1,1)EPC model and the GM(1,1) model: in 2023, there will be inpatients with dementia and Alzheimer's disease, ranging from 12,408 to 13,200 and 8,898 to 9,352, respectively. When the average of the two diseases is combined, there will be a total of 21,929 inpatients with dementia symptoms, and if inpatients come from dementia patients by 2.61 percent, then in the year 2023, there will be 840,192 people with dementia symptoms, accounting for a prevalence of only 6.49 percent in the elderly aged 60 years and over.

Keywords: Forecasting, Inpatient, Dementia, Alzheimer's disease¹Instructure, Faculty of Nursing, Pathumthani University²lecturer, Faculty of Allied Health Sciences, Pathumthani University

*Corresponding author, e-mail: vadhana.j@ptu.ac.th

บทนำ

โรคสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์ ตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ จัดอยู่ในกลุ่มความผิดปกติทางจิต และพฤติกรรม รหัส F00-F03 สมองเสื่อม (Dementia) หมายถึง ภาวะสมองเสื่อม แพทย์วินิจฉัยจากการตรวจพบความรู้ความเข้าใจในด้านต่าง ๆ อย่างน้อย 1 ด้าน ได้แก่ ความจำ ภาษา การคำนวณ การตัดสินใจ และการแก้ปัญหา มีการลดลงจากระดับเดิมอย่างชัดเจนของ ความบกพร่องนี้ส่งผลให้เกิดความยากลำบากในการจัดการกิจวัตรประจำวัน และต้องไม่เกิดภาวะอาการเพ้อ (Delirium) หรือ อาการสับสน หรือโรคทางจิตเวชอื่น ๆ สมองเสื่อมเกิดได้จากหลายสาเหตุ 1) โรคความจำเสื่อม หรืออัลไซเมอร์เป็นโรคที่เกิดจากความเสื่อมของเนื้อสมอง มีอาการความจำเสื่อมและอาการของสมองเสื่อมเป็นมากขึ้นอย่างช้า ๆ ส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุ 2) ภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นอาการตามหลังจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ที่เกิดได้จากทั้งโรคหลอดเลือดสมองตีบ และโรคหลอดเลือดสมองแตก เมื่อเวลาผ่านไปจะมีอาการสมองเสื่อมตามมา เกิดในผู้ป่วยเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดตีบ หลอดเลือดอุดตัน หรือหลอดเลือดแตกมาก่อน 3) โรคอื่น ๆ ส่วนรหัส G30 โรคอัลไซเมอร์ หมายถึง โรคความจำเสื่อม ส่วนใหญ่เกิดในผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปี ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการใช้ภาษา เช่น นึกคำพูดไม่ออก หรือหลงทางหรือประสบความลำบากในการเดินทางหรือขับพาหนะ ถ้าเป็นรุนแรงจะไม่สามารถบอกเวลาหรือคำนวณง่าย ๆ ได้¹

สาเหตุเฉพาะของโรคอัลไซเมอร์จะยังไม่ทราบแน่ชัด แต่ก็มีลักษณะเฉพาะคือการเปลี่ยนแปลงในสมองคือแผ่นอะไมลอยด์เบต้าและเส้นใยประสาทหรือเทา หรือเส้นใยพันกัน ซึ่งส่งผลให้สูญเสียเซลล์ประสาทและการเชื่อมต่อของเซลล์ประสาท การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลต่อความสามารถในการจดจำและคิดของบุคคล การทดสอบประสิทธิภาพของยา “Leqembi” ในการศึกษาแบบปกปิดสองทาง กลุ่มควบคุมด้วยยาหลอกคู่ขนานกับกลุ่มทดลองในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ 856 ราย เป็นการรักษาเริ่มต้นในคนไข้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อยหรือเป็นโรคสมองเสื่อมเล็กน้อย ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในขนาดยาที่อนุมัติคือ 10 มิลลิกรัม/กิโลกรัม ทุก ๆ สองสัปดาห์ มีการลดลงมีการลดลงของคราบพลัคอะไมลอยด์เบตาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การตรวจวัดพื้นฐานตอนเริ่มการทดลองเทียบกับสัปดาห์ที่ 79 กลุ่มที่ได้รับยาหลอกซึ่งไม่มีการลดลงของคราบอะไมลอยด์เบต้า² รายงานในเดือนกรกฎาคม 2566 การทดลองของผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ 1,795 ราย การวิจัยได้ผลดีเมื่อเทียบกับกลุ่มที่รับยาหลอก แม้ว่าการรักษาโรคนี้นั้นแนวโน้มที่จะชะลอการลุกลามของอาการและมีความเป็นไปได้ของผลข้างเคียงที่เกี่ยวข้องอาการไม่พึงประสงค์จากการบวม และปฏิกิริยาภูมิแพ้³

ความชุกของภาวะสมองเสื่อมที่มีสาเหตุมาจากปัจจัยเสี่ยง 3 ประการ คือ ดัชนีมวลกายสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง และการสูบบุหรี่ Global Burden of Disease (GBD) เป็นการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพประชากรใหญ่ที่สุดของโลก แนวโน้มใหม่ของโรคภัย การเสียชีวิต และปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ โดยใช้ข้อมูลตั้งแต่ปี 2019 ถึง 2050 คาดการณ์ความเสี่ยงสัมพัทธ์และความชุกของปัจจัยเสี่ยงในปี 2050 ทั่วโลก การใช้แบบจำลองการถดถอยเชิงเส้นที่มีการศึกษารวมไว้เป็นตัวทำนายเพิ่มเติม การศึกษาการเติบโตของประชากร และอายุของประชากร การวิเคราะห์แยกองค์ประกอบคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นจาก 57.4 (ช่วงความไม่แน่นอน 95% 50.4–65.1) ล้านรายทั่วโลก ในปี 2019 เป็น 152.8 (ช่วงความไม่แน่นอน 95% 130.8–175.9) ล้านรายในปี 2050 การเพิ่มของจำนวนบุคคลที่เป็นโรคสมองเสื่อมเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการวางแผนด้านสาธารณสุขและนโยบายเพื่อตอบสนองความต้องการของคนกลุ่มนี้ การประมาณการระดับประเทศสามารถใช้เพื่อในการตัดสินใจในการวางแผนระดับชาติ ซึ่งรวมถึงการขยายมาตรการเพื่อจัดการกับปัจจัยเสี่ยงและการลงทุนในการวิจัยเกี่ยวกับกลไกทางชีววิทยาที่จะเป็นกุญแจสำคัญในการจัดการกับจำนวนบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากภาวะสมองเสื่อมที่คาดว่าจะเพิ่มขึ้น⁴

องค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา⁵ ประมาณการความชุกผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมต่อประชากร 1,000 คน ในปี 2011 2021 และ 2040 ประเทศที่มีความชุกต่ำที่สุด คือ อินเดีย 2.0, 2.8, 4.9 ตามลำดับ ออสเตรเลีย 11.4, 13.2, และ 18.1 ตามลำดับ ประเทศที่มีความชุกสูงที่สุด คือ ญี่ปุ่น 21.2, 32.2, และ 43.7 ตามลำดับ

สถาบันสุขภาพและสวัสดิการแห่งออสเตรเลีย⁶ ประมาณการปี 2023 ว่ามีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมประมาณ 411,100 รายในออสเตรเลีย ซึ่งเทียบเท่ากับผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม 15 คนต่อชาวออสเตรเลีย 1,000 ในปี 2021–2022 มีการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 11.6 ล้านครั้งในออสเตรเลีย (AIHW 2023) ในจำนวนนี้ ภาวะสมองเสื่อมเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประมาณ 25,700 ครั้ง ซึ่งเท่ากับ 2 ใน 1,000 ครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

Alzheimer's Disease International⁷ รายงานว่า ในปี พ.ศ. 2558 ประเทศไทยมีผู้ป่วยสมองเสื่อมประมาณ 600,000 ราย World Population Review⁸ (2024) ประมาณการว่า ปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยมีอัตราความชุกโรคสมองเสื่อม 876 ต่อประชากร 1 แสนคน เมื่อคูณด้วยจำนวนประชากรปี พ.ศ. 2567 ณ สิ้นเดือนมกราคม จำนวน 65,646,673 คน จะมีผู้ป่วยถึง 575,064 คน

สถิติผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคภาวะสมองเสื่อมปี พ.ศ. 2565 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 770,000 คน หรือประมาณร้อยละ 6 ของจำนวนผู้สูงอายุรวมทั้งประเทศ สถิติผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่ามีจำนวนสูงขึ้นในทุก ๆ ปี เฉลี่ยปีละหนึ่งแสนคน ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี⁹ จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 มี 12,471,005 คน⁸ จำนวนผู้ป่วย 770,000 คน เท่ากับร้อยละ 6.17 จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557¹⁰ ที่มีการสำรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองของไทยแบบย่อ (MMSE-Thai 2002) พบความชุกภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 8.1 (ชายร้อยละ 6.8 และหญิงร้อยละ 9.2) ความชุกในผู้หญิงสูงกว่าในผู้ชายทุกกลุ่มอายุ ความชุกเพิ่มจากร้อยละ 4.8 (หญิงร้อยละ 4.5 และชายร้อยละ 5.2) เป็นร้อยละ 22.6 ในกลุ่ม 80 ปีขึ้นไป (หญิงร้อยละ 28.5 และชายร้อยละ 13.6 รายงานจากการสำรวจนี้มีความชุกที่ ร้อยละ 8.1 มากกว่าร้อยละ 6 ตามที่แสดงข้างต้น ถึง ร้อยละ 2 ดังนั้น จำนวนผู้ป่วยที่มีจำนวนมากย่อมกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ การคาดการณ์จำนวนผู้ป่วยในอนาคตจึงมีความจำเป็นในการวางแผนรองรับตามสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่จะเพิ่มขึ้นด้วย

กระทรวงสาธารณสุขมีการสรุปรายงานการป่วย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ถึง 2565¹¹ ในปี พ.ศ. 2565 มีจำนวนผู้ป่วยในโรคสมองเสื่อม 11,865 คน และโรคอัลไซเมอร์ 8,227 คน หากในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วย 770,000 คน⁹ แล้ว ก็จะมีผู้เข้ารับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในร้อยละ 2.61

กิจกรรมทางสังคมรองรับสังคมผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมหรือโรคอัลไซเมอร์ ได้แก่ การเผยแพร่สัญลักษณ์ดอก Forget Me Not ตัวแทนของผู้ป่วยอัลไซเมอร์ให้เป็นที่ตระหนักรู้ในสังคม และการให้ความรู้ทำความเข้าใจกับพนักงานร้านสะดวกซื้อ 7-11 จำนวน 6,105 สาขาทั่วประเทศ และปริมณฑล ในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น เพื่อเป็นจุดรองรับประสานส่งต่อกรณีพบผู้ป่วยอัลไซเมอร์พลัดหลงได้กลับคืนสู่ครอบครัวอย่างปลอดภัย กรณีประชาชนพบเห็นผู้ป่วยพลัดหลงซึ่งสามารถสังเกตได้จากเข็มกลัดรูปดอก Forget Me Not ที่เสื้อ สามารถนำผู้ป่วยมาที่ร้านฯ พนักงานของร้าน 7-11 จะช่วยดูแลเบื้องต้น และประสานกับ จส.100 ให้ญาติ หรือเจ้าหน้าที่มารับตัวต่อไป¹² แต่การจัดทำแอปพลิเคชันระบุตัวบุคคลด้วยอุปกรณ์อัจฉริยะเช่นโทรศัพท์มือถือจากลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ใบหน้า ลายมือ แทนที่จะเป็นเพียงป้ายที่ติดกับตัว (นอกจากรอยสัก) ซึ่งอาจสูญหาย เพื่อนำผู้เป็นโรคเหล่านี้กลับบ้านอย่างปลอดภัยจึงเป็นแอปพลิเคชันสำคัญที่ควรได้มีการพัฒนาขึ้นด้วย

การคาดการณ์ความชุกของโรคอัลไซเมอร์ในประชากรผู้สูงอายุของจีนในอนาคต และเพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงสำหรับการกำหนดและการดำเนินนโยบายด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในประเทศจีน โดยใช้ข้อมูลความชุกตั้งแต่ปี 1990 ถึง 2018 แบบจำลอง ARIMA (1,0,1) และแบบจำลอง GM(1,1) แบบจำลอง ARIMA (1,0,1) มีความคลาดเคลื่อนโดยเฉลี่ยน้อยกว่าจึงใช้คาดการณ์ความชุกของโรคอัลไซเมอร์ปี 2019 ถึง 2023 ที่ร้อยละ 6.47 ถึง 6.80¹³

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำการพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยในโรคสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์ของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงปริมาณพยากรณ์อนาคตด้วยเทคนิคอนุกรมเวลา พยากรณ์จำนวนผู้ป่วยในโรคสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์ของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566 จากข้อมูลรายปีจำนวนผู้ป่วยในโรคสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์ของประเทศไทยในอดีต¹¹

ประชากรที่ศึกษา

จำนวนผู้ป่วยในโรคสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์ของประเทศไทยโดยรวมในแต่ละปี จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข¹¹ (ไม่ใช่การศึกษาจากการเก็บข้อมูลรายบุคคล)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมจากข้อมูลที่เผยแพร่สาธารณะของกระทรวงสาธารณสุข จากสรุปรายงานการป่วย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ถึง 2565¹¹ เป็นรายงานจำนวนและอัตราผู้ป่วยในต่อประชากร 100,000 คน (รวมทุกการวินิจฉัยโรค) จำแนกตามสาเหตุการป่วย เพศ รายภาค และกรุงเทพมหานคร (ตารางการป่วยตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10: 298 กลุ่มโรค) รหัส F00-F03 สมองเสื่อม (Dementia) และ G30 โรคอัลไซเมอร์ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

แบบจำลองตามทฤษฎีระบบเกรย์

ทฤษฎีระบบเกรย์ (Grey System Theory) พัฒนาโดย Julong Deng เมื่อปี พ.ศ. 2525 ใช้ในการศึกษาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลจำนวนน้อยและไม่สมบูรณ์¹⁴ ทฤษฎีระบบเกรย์เป็นหนึ่งในสามทฤษฎีความไม่แน่นอนใหม่ (คณิตศาสตร์คลุมเครือ ทฤษฎีระบบเกรย์ และทฤษฎีเซตหยาบ)¹⁵ ทั้ง Lotfi A. Zadeh ผู้ก่อตั้งคณิตศาสตร์คลุมเครือ (Fuzzy Mathematics) และ Robert Valee ประธานขององค์การโลกเพื่อระบบและการควบคุม ได้ยกย่องการวิจัยเกี่ยวกับทฤษฎีระบบเกรย์ นายกรัฐมนตรีเยอรมนี แองเงลา แมร์เคิลกล่าวชื่นชมทฤษฎีระบบเกรย์ของจีนในสุนทรพจน์ที่มหาวิทยาลัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี Huazhong ในปี พ.ศ. 2562 ว่าทฤษฎีและงานที่เกี่ยวข้องได้ “ส่งผลกระทบอย่างลึกซึ้ง”^{16,17} แบบจำลองมาตรฐานการทำนายของทฤษฎีระบบเกรย์ คือ GM(1,1) โดยที่ G แทนสีเทา (Grey) และ M แทนแบบจำลอง 1 ตัวแรกในวงเล็บแสดงถึงสมการเชิงอนุพันธ์ลำดับที่ 1 และ 1 ตัวที่สองแทนสมการที่มีตัวแปรอิสระเพียงตัวแปรเดียว แบบจำลอง GM(1,1) ใช้กับอนุกรมเวลา ช่วงเวลาเท่ากัน ข้อมูลมีจำนวนน้อย ข้อมูลไม่น้อยกว่า 4 รายการก็สามารถสร้างแบบจำลองการทำนายตามทฤษฎีระบบเกรย์ได้¹⁸ หลักการสร้างแบบจำลอง GM(1,1) คือ การ

สร้างอนุกรมเวลาที่มีลักษณะเพิ่มขึ้นอย่างเดียวยังด้วยการนำข้อมูลมาสร้างเป็นอนุกรมเวลาของค่าสะสมกล่าวคือ ค่าสะสมของอนุเวลา ณ คาบเวลาหนึ่งเท่ากับผลรวมของค่าอนุกรมเวลาก่อนหน้าถึงคาบเวลานั้นทั้งหมด แล้วสร้างสมการถดถอยจากค่าสะสมโดยเฉลี่ยกับค่าก่อนหน้า ทำการคำนวณค่าพารามิเตอร์ของสมการถดถอยด้วยวิธีกำลังสองน้อยที่สุด ใช้สมการถดถอยพยากรณ์ค่าสะสมแล้วทำการหักลบหาค่ากลับเป็นค่าพยากรณ์ปกติ¹⁵

รายละเอียดของแบบจำลองทฤษฎีระบบเกรย์ที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบจำลอง GM(1,1) เป็นแบบจำลองเริ่มต้น แบบจำลองขยาย (GM(1,1)E)¹⁹ และแบบจำลองขยายปรับค่าตามรอบ (GM(1,1)EPC)²⁰ เป็นการปรับปรุงแบบจำลอง GM(1,1) ด้วยการปรับค่าคลาดเคลื่อนด้วยอนุกรมฟูริเยร์¹⁹ เพื่อให้แบบจำลองสามารถปรับการพยากรณ์ไปตามความโค้งเพิ่มขึ้นลดลงของข้อมูลในอดีตที่ไม่เป็นเส้นตรงได้ สูตรคณิตศาสตร์สถิติผู้สนใจสามารถสืบค้นได้จากหนังสืออ้างอิงที่อ้างถึง

เกณฑ์การพิจารณาความแม่นยำของแบบจำลอง

ค่าข้อมูลจริง y_i จำนวน n ค่า ใช้ในการสร้างแบบจำลอง โดย $i=1,2,...,n$ ส่วน $\hat{y}_i$ เป็นค่าทำนายสำหรับคาบเวลาตามข้อมูลที่นำมาใช้ทำนายไปในอนาคต $i=n+1, n+2, ...$

ค่าเฉลี่ยของร้อยละความผิดพลาดสัมบูรณ์ (The Mean Absolute Percentage Error : MAPE)²¹

$$MAPE = \left(\frac{1}{(n-1)} \sum_{i=2}^n \left| \frac{y_i - \hat{y}_i}{y_i} \right| \right) \times 100\%$$

MAPE มีหน่วยเป็นร้อยละ ถ้าน้อยกว่า 10 แบบจำลองมีความแม่นยำสูง, ระหว่าง 10-20 แบบจำลองใช้พยากรณ์ได้ดี, ระหว่าง 20-50 แบบจำลองมีเหตุผลพอที่จะใช้พยากรณ์, และ มากกว่า 50 แบบจำลองไม่มีความแม่นยำ²²

ขั้นตอนการพยากรณ์

เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยในโรคสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์ ปี พ.ศ. 2556 และ 2557 มีหน่วยหลักร้อยละและหลักพันต้น ๆ ขณะที่ปี พ.ศ. อื่น ๆ มีจำนวนหลักหมื่นขึ้นไป การที่ข้อมูลมีจำนวนแตกต่างกันมาก เนื่องจากเป็นปี พ.ศ. แรก ๆ ของการทำรายงานสถิตินี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอาจยังส่งข้อมูลมาไม่ครบถ้วน จึงได้ตัดออกจากการนำมาวิเคราะห์ (ตามตารางที่ 1)

ข้อมูลชุดที่ 1 จำนวนผู้ป่วยในโรคสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์ ปี พ.ศ. 2558 ถึง 2564 ใช้พยากรณ์ปี พ.ศ. 2565 แล้วเลือกแบบจำลองที่มี MAPE ต่ำสุดมาใช้พยากรณ์ เปรียบเทียบค่าพยากรณ์กับค่าจริงในปี พ.ศ. 2565 ตามสรุปรายงานการป่วยปี พ.ศ. 2565¹¹ เพื่อศึกษาว่าแบบจำลองสามารถใช้พยากรณ์ได้ดีหรือไม่

ข้อมูลชุดที่ 2 จำนวนผู้ป่วยในโรคสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์ ปี พ.ศ. 2558 ถึง 2565 พยากรณ์ปี พ.ศ. 2566 แล้วเลือกแบบจำลองที่มี MAPE ต่ำสุดมาใช้พยากรณ์ (ซึ่งขณะทำบทความนี้ ยังไม่มีสรุปรายงานการป่วยปี พ.ศ. 2566¹¹) ประมวลผลข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป Excel

การพิทักษ์สิทธิ์อาสาสมัคร

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิที่รวบรวมและเผยแพร่ในเว็บไซต์ของกระทรวงสาธารณสุขที่สามารถเข้าถึงได้โดยทั่วไป เป็นรายงานสถิติแสดงจำนวนผู้ป่วยโดยรวม ไม่มีข้อมูลรายบุคคลที่สามารถระบุถึงตัวตนบุคคลใด ๆ ได้ จึงไม่สามารถขอคำยินยอมจากอาสาสมัคร จึงไม่ใช้การวิจัยในคน²³

ผลการวิจัย

การรวบรวมข้อมูลจากสรุปรายงานการป่วยของกระทรวงสาธารณสุข¹¹ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ถึง 2565 ดังแสดงในตารางที่ 1 พบว่า จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นสูงผิดปกติในปี พ.ศ. 2557 และ 2558 อาจเนื่องมาจากการส่งข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนระหว่างปี พ.ศ. 2556 และ 2557 จึงไม่นำมาสร้างแบบจำลอง ใช้เพียงข้อมูลระหว่างปี 2558 ถึง 2565 ซึ่งลดลงและเพิ่มขึ้นปีต่อปีระหว่างร้อยละ -7.91 ถึง +15.74

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยในโรคสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์ พ.ศ. 2556 ถึง 2565

สมองเสื่อม			อัลไซเมอร์	
พ.ศ.	จำนวน' คน	ร้อยละ +/- ต่อปี	จำนวน' คน	ร้อยละ +/- ต่อปี
2556	224		197	
2557	1,508	+573.21	800	+306.09
2558	10,671	+607.63	5,944	+643.00
2559	11,692	+9.57	7,179	+20.78
2560	11,762	+0.60	6,982	-2.74
2561	12,704	+8.01	7,924	+13.49
2562	14,274	+12.36	9,171	+15.74
2563	13,648	-4.39	9,209	+0.41
2564	12,884	-5.60	8,766	-4.81
2565	11,865	-7.91	8,227	-6.15

การพยากรณ์ ปี พ.ศ. 2565

การใช้ข้อมูลชุดที่ 1 พยากรณ์ปี พ.ศ. 2565 พบว่า แบบจำลอง GM(1,1)EPC ให้ค่า MAPE โดยเฉลี่ยจากปี พ.ศ. 2558 ถึง 2564 มีค่าต่ำสุดทั้งสองโรค แต่เมื่อพิจารณาจากการเปรียบเทียบกับค่าจริงในปี พ.ศ. 2565 พบว่า GM(1,1)EPC มีค่าร้อยละความคลาดเคลื่อนจากค่าจริงต่ำที่สุดด้วย ดังแสดงในตารางที่ 2

การพยากรณ์ปี พ.ศ. 2566

การใช้ข้อมูลชุดที่ 2 พยากรณ์ปี พ.ศ. 2566 พบว่า แบบจำลอง GM(1,1)EPC ให้ค่า MAPE โดยเฉลี่ยจากปี พ.ศ. 2558 ถึง 2565 มีค่าต่ำสุดทั้งสองโรคเช่นกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

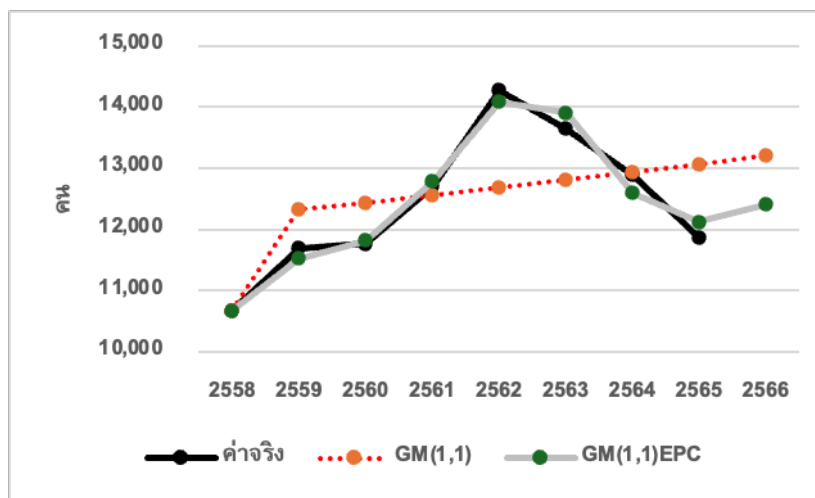
ตารางที่ 2 ค่าจริง และค่าพยากรณ์ปี พ.ศ. 2565 จำนวนผู้ป่วยในโรคสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์

พ.ศ.	ค่าจริง	สมองเสื่อม		อัลไซเมอร์		
		GM(1,1)	GM(1,1)EPC	ค่าจริง	GM(1,1)	GM(1,1)EPC
2558	10,671	10,671	10,671	5,944	5,944	5,944
2559	11,692	11,933	11,655	7,179	7,141	7,056
2560	11,762	12,277	11,799	6,982	7,536	7,105
2561	12,704	12,631	12,667	7,924	7,953	7,801
2562	14,274	12,996	14,311	9,171	8,393	9,294
2563	13,648	13,371	13,611	9,209	8,858	9,086
2564	12,884	13,757	12,921	8,766	9,348	8,889
MAPE 2558 ถึง 2564						
		4.63	0.29		4.63	1.52
ค่าพยากรณ์ 2565						
		14,154	13,877		9,865	9,781
ค่าจริง 2565						
	11,865			8,227		
ความคลาดเคลื่อนจากค่าจริง (ร้อยละ)						
		19.29	16.95		19.92	18.89

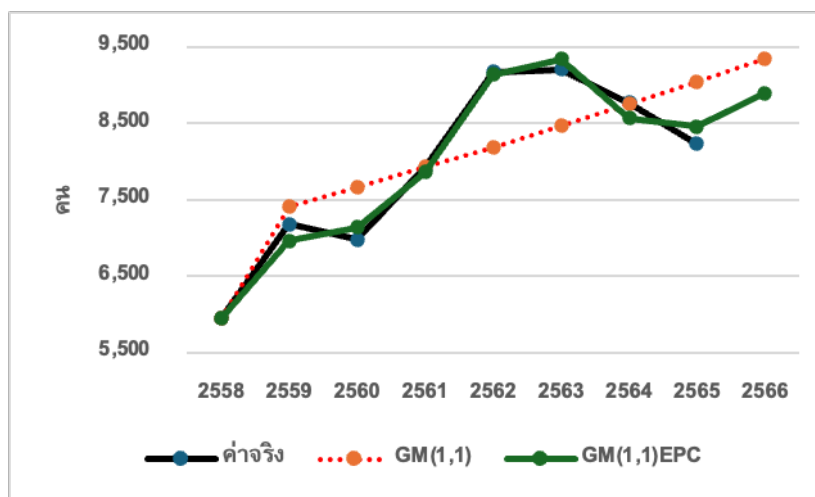
ตารางที่ 3 ค่าจริง และค่าพยากรณ์ปี พ.ศ. 2566 จำนวนผู้ป่วยในโรคสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์

พ.ศ.	ค่าจริง	สมองเสื่อม		อัลไซเมอร์		
		GM(1,1)	GM(1,1) EPC	ค่าจริง	GM(1,1)	GM(1,1) EPC
2558	10,671	10,671	10,671	5,944	5,944	5,944
2559	11,692	12,316	11,524	7,179	7,417	6,963
2560	11,762	12,439	11,813	6,982	7,667	7,139
2561	12,704	12,562	12,780	7,924	7,925	7,857
2562	14,274	12,688	14,086	9,171	8,192	9,134
2563	13,648	12,814	13,911	9,209	8,467	9,342

สมองเสื่อม				อัลไซเมอร์		
2564	12,884	12,941	12,598	8,766	8,752	8,563
2565	11,865	13,070	12,117	8,227	9,047	8,459
MAPE 2558 ถึง 2565						
	5.72	1.44		6.00	1.87	
ค่าพยากรณ์ 2566	13,200	12,408		9,352	8,898	



รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยในโรคสมองเสื่อม ค่าจริงและค่าพยากรณ์ พ.ศ. 2566



รูปที่ 2 จำนวนผู้ป่วยในโรคอัลไซเมอร์ ค่าจริงและค่าพยากรณ์ พ.ศ. 2566

เมื่อเปรียบเทียบค่าพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยใน ปี พ.ศ. 2566 แบบจำลอง GM(1,1) และ GM(1,1)EPC สูงกว่าค่าจริงปี พ.ศ. 2565 สำหรับโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 11.23 และ 4.58 ตามลำดับ และโรคอัลไซเมอร์ ร้อยละ 13.67 และ 8.15 ตามลำดับ กล่าวได้ว่า ปี พ.ศ. 2566 จำนวนผู้ป่วยในโรคสมองเสื่อม มีจำนวนอยู่ระหว่าง 12,408 ถึง 13,200 คน ดังแสดงในรูปที่ 1 และจำนวนผู้ป่วยในโรคอัลไซเมอร์ มีจำนวนอยู่ระหว่าง 8,898 ถึง 9,352 คน ดังแสดงในรูปที่ 2

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การที่ค่าพยากรณ์ในปี พ.ศ. 2565 สูงกว่าค่าจริงมาก ทั้ง ๆ ที่ MAPE ต่ำมาก (ตามตารางที่ 2) เป็นผลมาจากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจนถึงปี พ.ศ. 2562 แล้วกลับลดลงในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 ปี พ.ศ. 2563 2564 และ 2565 (ตามตารางที่ 1) อาจเป็นผลจากมาตรการเว้นระยะปลอดภัย ดังจะเห็นได้จากเส้นกราฟสีดำในภาพที่ 1 และภาพที่ 2

สำหรับค่าพยากรณ์ในปี พ.ศ. 2566 ตามตารางที่ 3 เมื่อพ้นจากภาวะโควิด-19 จำนวนผู้ป่วยน่าจะกลับมาเพิ่มขึ้น

การขั้นตอนการพัฒนาแบบจำลองอนุกรมเวลาเพื่อการพยากรณ์นั้น สิ่งที่สำคัญคือการตรวจสอบกับค่าจริงเมื่อรายงานปรากฏขึ้นตามมาในภายหลัง และมาตรการหรือการดำเนินการในช่วงเวลานั้น ๆ ที่ส่งผลต่อจำนวนผู้ป่วยในเพื่อประเมินว่าแบบจำลองดังกล่าวยังสอดคล้องกับสถานการณ์หรือไม่

อย่างไรก็ตาม เมื่อสัดส่วนผู้สูงอายุมากขึ้นจำนวนผู้ป่วยย่อมมากขึ้นตาม และจากการที่มีผู้เข้ารับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในร้อยละ 2.61^(9,11) ซึ่งต่ำกว่าประเทศออสเตรเลียที่มีผู้ป่วยในร้อยละ 6.40 การเตรียมการสถานพยาบาลจึงเป็นภาระของระบบสาธารณสุขของประเทศในอนาคต การประมาณการอย่างหยาบจากจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยในร้อยละ 2.61 นี้ เมื่อใช้ค่าพยากรณ์จากแบบจำลอง GM(1,1)EPC และ GM(1,1) ค่าพยากรณ์ 2566 ที่คาดว่าจะมีผู้ป่วยในโรคมองเสื่อม 12,408 ถึง 13,200 คน ผู้ป่วยในโรคอัลไซเมอร์ 8,898 ถึง 9,352 คน เมื่อนำค่ากลางของทั้งสองโรคมารวมกัน $(12,408+13,200)/2$ เท่ากับ 12,804 กับ $(8,898+9,352)/2$ เท่ากับ 9,125 รวมเป็น 21,929 คนแล้ว จะมีผู้ป่วยทั้งหมด $21,929/0.0261$ เท่ากับ 840,192 คน หรือร้อยละของประชากร 60 ปีขึ้นไปกลางปี 2566 ซึ่งมีจำนวน 12,937,644 คน⁸ เท่ากับร้อยละ 6.49 หมายความว่า ในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 100 คน มีผู้ป่วย 6 ถึง 7 คนเป็นโรคมองเสื่อมหรือโรคอัลไซเมอร์ ซึ่งจะสอดคล้องกับการคาดการณ์ความชุกของโรคอัลไซเมอร์ในประชากรผู้สูงอายุของประเทศจีนปี 2019 ถึง 2023 ที่จะมีร้อยละ 6.47 ถึง 6.80¹³ แต่ถ้าคิดเป็นร้อยละ 8.1 ตามรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557¹⁰ แล้ว จะมีผู้ป่วยโรคมองเสื่อม 1,051,130 คน

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณที่ใช้ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยในอดีตแต่เพียงอย่างเดียว การนำผลการศึกษาไปใช้ประกอบกับสถานการณ์และผลของการดำเนินแผนงานต่าง ๆ ตามประสบการณ์ของผู้บริหารที่สามารถปรับค่าพยากรณ์เพื่อนำไปใช้ในการวางแผน จัดทำโครงการด้านการรณรงค์ ส่งเสริม ป้องกัน คัดกรอง และการดูแลรักษาฟื้นฟูที่เหมาะสมต่อไป โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปอย่างครอบคลุมจะเป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนระบบสาธารณสุขเพื่อรองรับภาระโรคดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Thai Health Coding Center, Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. International Standard Classification of Diseases and Related Health Problem. Tenth Revision Thai Modifications. Volume 5 Standard Coding Guidelines. Bangkok: Saeng Chan Press Limited Partnership, 2017.
2. U.S. Food and Drug Administration. FDA Grants Accelerated Approval for Alzheimer's Disease Treatment [Internet]. 2023a [cited 2024 January 10]. Available from: <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-grants-accelerated-appr-oval-alzheimers-disease-treatment>

3. U.S. Food and Drug Administration. FDA Converts Novel Alzheimer's Disease Treatment to Traditional Approval [Internet]. 2023b [cited 2024 January 10]. Available from: <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-converts-novel-alzheimers-disease-treatment-traditional-approval>
4. GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators. (2022). Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Public Health* [Internet]. 2022 [cited 2024 January 10]; 7:e105–25. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00249-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00249-8)
5. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). 'Health at a Glance 2021: OECD indicators' [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2021 [cited 2024 January 10]. Available from: <https://www.oecdilibrary.org/docserver/7a7afb35en.pdf?expires=1706925867&id=id&accname=guest&checksum=56EF74847BB87D82B3A3319135A214C>
6. Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). Dementia in Australia [Internet]. [updated: 2024 March 28; cited 2024 January 10]. Available from: <https://www.aihw.gov.au/reports/dementia/dementia-in-aus/contents/summary>
7. Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2015 [Internet]. [2015 September 21; cited 2024 January 10]. Available from: <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2015/>
8. สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. ประชากรรายอายุ [อินเทอร์เน็ต]. [2567; เข้าถึงเมื่อ 2567 มกราคม 10]; เข้าถึงได้จาก <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/view>
9. Hfocus.org. กรมการแพทย์ห่วง "สังคมสูงวัย" พบ! ผู้สูงอายุป่วยสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นทุกปี [อินเทอร์เน็ต]. [2566 ธันวาคม 20; เข้าถึงเมื่อ 2567 มกราคม 10]; เข้าถึงได้จาก <https://www.hfocus.org/content/2023/12/29302>
10. วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557.
11. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการป่วย ปี 2556 ถึง 2565 [อินเทอร์เน็ต]. [2567; เข้าถึงเมื่อ 2567 มกราคม 10]; เข้าถึงได้จาก https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/01/ill_2023_full_30012567.pdf
12. MGR Online. 7-Eleven joins hands with JS 100 to take Alzheimer's patients home [Internet]. [2023 May 2; Cited 2024 January 10]. Available from: <https://mgronline.com/onlinesection/detail/9660000040274>
13. Zang, P., Jin, Z. Prediction Analysis of the Prevalence of Alzheimer's Disease in China Based on Meta Analysis. *Open Access Library Journal*. 7, 1-13; 2020. doi:10.4236/oalib.1106375.
14. Deng, J. Grey control system. *Journal of Huazhong University of Science and Technology*. 1:9–18; 1982.
15. Liu, S. Grey system theory and its application. (9th Ed.). Beijing: Science Press; 2021.

16. Liu, S. Editorial: memorabilia of the establishment and development of grey system theory (1982-2021). *Grey Systems: Theory and Application*. 12:701–2; 2022. doi:10.1108 /GS -10-2022-188
17. Tao, L., Liang, A., Xie, N., Liu, S. Grey system theory in engineering: a bibliometrics and visualization analysis. *Grey Systems: Theory and Application*. 12(4):723-43; 2022. <https://doi.org/10.1108/GS-06-2022-0059>
18. Xie, N. (2022). A summary of grey forecasting models. *Grey Systems: Theory and Application*. 12(4):703–22; 2022. doi:10.1108/GS-06-2022-0066
19. Liu, S., Lin, Y. *Grey system theory and its application*. Berlin, Heidelberg: Springer; 2010.
20. Lin, Y. H., Chiu, C. C., Lin, Y. J., Lee, P. C. (2013). Rainfall prediction using innovative grey model with the dynamic index. *Journal of Marine Science and Technology*. 21(1):63-75;2013. DOI:10.6119/JMST-011-1116-1.
21. Andrés, D. Error metrics for time series forecasting [Internet]. [2023; Cited 2024 January 10]. Available from: <https://mlpills.dev/time-series/error-metrics-for-time-series-forecasting/>
22. Lewis, C.D. *Industrial and business forecasting methods: a practical guide to exponential smoothing and curve fitting*. London: Butterworth; 1982.
23. ศูนย์ส่งเสริมจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2567. (2024). Self-Assessment form whether an activity is human subject research which requires ethical approval [อินเทอร์เน็ต]. [2567; เข้าถึงเมื่อ 2567 มกราคม 10]; เข้าถึงได้จาก <https://sp.mahidol.ac.th /th/ethics-human/forms/checklist/2022-Human%20Research%20Checklist-researcher.pdf>

Received: 24 May 2024, Revised: 3 Jul. 2024

Accepted: 5 Jul. 2024

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาประยุกต์การรับรู้ความสามารถของตน
ในการบริหารกล้ามเนื้อช่องปากเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นของช่องปาก
ในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่

จันทกรณ์ จิกัน¹, ประจวบ แหลมหลัก²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมบริหารกล้ามเนื้อช่องปากประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลวังชิ้น อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) จำนวน 62 คน แบ่งออกเป็น กลุ่มทดลอง จำนวน 31 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 31 คน ผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มทดลอง จะได้รับโปรแกรมประยุกต์การรับรู้ความสามารถของตน จำนวน 6 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามปกติ โดยวัดผลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วย แบบสอบถาม ได้แก่ 1) การรับรู้ความสามารถของตนเอง 2) ความคาดหวังต่อผลลัพธ์จากการปฏิบัติ 3) พฤติกรรมทันตสุขภาพ 4) แบบทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อช่องปาก และแบบตรวจสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย 1) ดัชนีเหงือกอักเสบ (GI) และ 2) แบบวัดอัตราการไหลของน้ำลายแบบกระตุ้นและไม่กระตุ้น ด้วยวิธี spitting method โดยแบบสอบถามและแบบตรวจสุขภาพช่องปาก ใช้สถิติ Paired t-test และ Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า เมื่อเสร็จสิ้นโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังต่อผลลัพธ์จากการปฏิบัติ พฤติกรรมทันตสุขภาพ การทำงานกล้ามเนื้อช่องปาก อัตราการไหลของน้ำลายแบบไม่กระตุ้นและแบบกระตุ้น สูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า สูงกว่าอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และถึงแม้ว่าจะไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในดัชนีเหงือกอักเสบ (GI) แต่ผลการศึกษาพบว่า ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อช่องปาก และอัตราการไหลของน้ำลาย สูงขึ้นเมื่อปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง 6 สัปดาห์ ดังนั้น การส่งเสริมทันตสุขภาพในด้านการบริหารกล้ามเนื้อช่องปากอย่างเป็นประจำจะทำให้สภาวะช่องปากดีขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : การบริหารกล้ามเนื้อช่องปาก อัตราการไหลของน้ำลาย การรับรู้ความสามารถของตน ดัชนีเหงือกอักเสบ ผู้สูงอายุ

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

* Corresponding author : drpj999@gmail.com

Original Article

THE EFFECTS OF A SELF-EFFICACY APPLICATION PROGRAM ON DENTAL
HEALTH CARE AMONG OLDER ADULTS FOR INCREASING MOISTURE OF
ORAL CAVITY AT WANGCHIN DISTRICT ELDERLY CLUB, WANGCHIN DISTRICT,
PHRAE PROVINCE

Chanthakon Chikan¹, Prachuab Lamluk^{2*}

Abstract

This study is Quasi-experimental research aimed at investigating the effects of an oral muscle management program based on the theory of Self-efficacy among elderly club members in Wang Chin sub-district, Wang Chin district, Phrae province. The sample group consisted of 62 individuals selected through multistage sampling, divided into an experimental group (31 individuals) and a control group (31 individuals). Participants in the experimental group received a 6-week program whereas the control group received a standard program aimed at enhancing their Self-efficacy. Data collection, conducted through semi-structured interviews, focused on: 1) self-efficacy, 2) expectations of outcomes from practice, 3) oral health behaviors, 4) oral muscle strength test, and oral health examination comprising gingival inflammation index (GI) and stimulated and unstimulated saliva flow rate using the spitting method. Statistical analysis included paired t-tests and independent t-tests with a significance level set at 0.05.

Results indicated that when completed program, the experimental group showed statistically significant improvements in self-efficacy, expectations of outcomes from practice, oral health behaviors, unstimulated and stimulated saliva flow rates, and oral muscle function compared to their pre-program scores. These improvements were also significantly higher compared to the control group. Although no significant differences were found in the gingival index (GI), the study concluded that regular promotion of oral muscle management contributes to better oral conditions and improved quality of life.

Keywords: oral exercise, salivary flow rate, self-efficacy, gingival index ,elder.

¹ Student in M.P.H, School of Public Health, University of Phayao.

² Assistance Professor, School of Public Health, University of Phayao

*Corresponding author: drpj999@gmail.com

บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกกำลังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และโดยปี 2025-2050 คาดว่าจะเกิน 2 พันล้านคน¹ การเปลี่ยนแปลงด้านประชากรเกิดจากความก้าวหน้าในด้านการพยาบาล การรักษา และการสาธารณสุข ซึ่งนำไปสู่การมีอายุขัยยืนยาว สหประชาชาติ (UN) กำหนดว่าประเทศที่มีประชากรมากกว่าร้อยละ 10 ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ถือเป็นสังคมสูงวัย² ซึ่งประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเรียบร้อยแล้ว³ อีกทั้งปัจจุบัน ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 20.08 ซึ่งถือว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society)⁴

ความชราภาพตามอายุ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในการทำงานของอวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะในช่องปาก ต่อมน้ำลาย ที่ส่งผลให้การหลั่งน้ำลายที่ลดลง ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพช่อง⁵ และปัญหาน้ำลายน้อย มักถูกมองข้ามในวัยผู้สูงอายุ ผลกระทบนี้ ส่งผลทำให้มีอาการปากแห้ง กลืนลำบาก และเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพช่องปากในอนาคต โดยเมื่ออายุเพิ่มขึ้น การทำงานของต่อมน้ำลายจะเสื่อมลง และลดประสิทธิภาพความสมดุลในน้ำลายอีกด้วย⁶

การศึกษาที่ผ่านมาของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย พบว่าร้อยละมากของประชากรสูงอายุมีปัญหาทางสุขภาพช่องปาก เช่น ฟันผุ, โรคปริทันต์ และประสิทธิภาพในการเคี้ยวลดลง⁷ การลดลงของน้ำลายอาจเกี่ยวข้องกับการทำลายสุขภาพช่องปาก จากข้อมูลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ภาวะปากแห้งและการหลั่งน้ำลายที่ลดลง อาจส่งผลต่อปัญหาทางสุขภาพช่องปาก ความเจ็บปวด และคุณภาพชีวิตที่ลดลงของผู้สูงอายุ⁸

จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว การบริหารกล้ามเนื้อช่องปากด้วยวิธี Kenkobi¹⁴ จึงเป็นหนึ่งในวิธีสำหรับแก้ปัญหาดังกล่าว โดยการบริหารกล้ามเนื้อช่องปากจะช่วยในการเพิ่มอัตราการไหลของน้ำลาย เพิ่มประสิทธิภาพการบดเคี้ยว เพิ่มความแข็งแรงของช่องปาก-ริมฝีปาก เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า และรวมไปถึงสภาวะต่างๆในช่องปาก^{[19][20][21][22][23]} ซึ่งโปรแกรมบริหารกล้ามเนื้อช่องปากในโปรแกรมจะประยุกต์ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง⁹ ซึ่งสามารถเพิ่มความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยจังหวัดแพร่เป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีประชากรผู้สูงอายุจำนวนมาก ซึ่งประชากรทั้งหมด 430,669 คน มีผู้สูงอายุจำนวน 112,911 คน คิดเป็นอัตราส่วนผู้สูงอายุต่อประชากร เท่ากับ 26.22% เป็นอันดับ 2 ของประเทศ⁴ อีกทั้งอำเภอวังชิ้น มีอัตราส่วนของประชากรผู้สูงอายุ เท่ากับ 35.95 %

ชมรมผู้สูงอายุในอำเภอวังชิ้น เป็นพื้นที่นำร่องในการนำทฤษฎีการบริหารกล้ามเนื้อช่องปาก มา ทดลองใช้ แต่ยังคงขาดการติดตามประเมินผลโปรแกรม เพื่อให้การพัฒนางานทันตสุขภาพในพื้นที่ เป็นไป อย่างมีประสิทธิภาพ วัดผลได้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมบริหารกล้ามเนื้อช่องปากประยุกต์กับการรับรู้ความสามารถของตนในการส่งเสริมทันตสุขภาพในผู้สูงอายุในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมบริหารกล้ามเนื้อช่องปากประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนในชมรมผู้สูงอายุ ในอำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลที่เกิดจากการปฏิบัติตัว พฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปากในด้านทันตสุขภาพ ภายในกลุ่มศึกษา และกลุ่มเปรียบเทียบ หลังสิ้นสุดโปรแกรม และเปรียบเทียบภายในกลุ่มศึกษา และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนได้รับโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของเหงือกอักเสบ (GI) ของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรม และหลังสิ้นสุดโปรแกรม และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรม และหลังสิ้นสุดโปรแกรม

3. เพื่อเปรียบเทียบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อช่องปาก ของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรม และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรม

4. เพื่อเปรียบเทียบความความชุ่มชื้นจากการวัดอัตราการไหลของน้ำลายในระยะไม่กระตุ้นและในระยะกระตุ้นของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังสิ้นสุดโปรแกรม และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

กลุ่มศึกษา : ผลของโปรแกรมบริหารกล้ามเนื้อช่องปากประยุกต์
ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนในชมรมผู้สูงอายุ ในอำเภอวัง
ขึ้น จังหวัดแพร่

โปรแกรมทันตสุขภาพ การบริหารกล้ามเนื้อช่องปากด้วยวิธี
Kenkobi โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเอง 6
สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 1 การบรรยายความรู้ทันตสุขภาพ เรื่องการบริหาร
กล้ามเนื้อช่องปาก

ทำแบบทดสอบก่อนเรียน สร้างบรรยากาศโดยการละลาย
พฤติกรรม บรรยายให้ความรู้เรื่องการบริหารกล้ามเนื้อช่องปากส่งผล
ต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ

สัปดาห์ที่ 2 พัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริหาร
กล้ามเนื้อช่องปาก

บรรยายสภาวะช่องปากในผู้สูงอายุ ผลเสียจากการภาวะน้ำลาย
น้อย แจกคู่มือ “Kenkobi” พร้อมทั้งมีวิดีโอทัศน์ประกอบการเรียนรู้
และคนในชมรมจะร่วมกันดูและสาธิต

สัปดาห์ที่ 3 การสร้างการรับรู้ความสามารถตน และความคาดหวังใน
ผลการปฏิบัติตัว

ร่วมกันระดมความคิด Brain storm แลกเปลี่ยนความคิด แนว
ทางการดูแลสุขภาพช่องปากพร้อมประยุกต์การบริหารกล้ามเนื้อช่อง
ปากกับวิธีปฏิบัติ

สัปดาห์ที่ 4 การสร้างความคาดหวังในผลการปฏิบัติตัว

สอนการตรวจช่องปากด้วยตนเอง การปฏิบัติบริหารกล้ามเนื้อ
ช่องปากที่ถูกต้อง จากนั้นให้ตัวแทนผู้สูงอายุ สรุปความรู้แลกเปลี่ยน
แนวทางการปฏิบัติกับทีม

สัปดาห์ที่ 5 สร้างความยั่งยืนในการดูแลอนามัยช่องปากเพื่อบริหาร
กล้ามเนื้อช่องปาก

จับคู่ตรวจช่องปากกัน ปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อช่องปาก
ด้วยกันโดยการจับคู่ที่ดีให้คอมเม้นปรับปรุงวิธีการปฏิบัติ

สัปดาห์ที่ 6 ทบทวนกิจกรรมในสัปดาห์ที่ผ่านมา ประเมิน และ
แลกเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก ของตนเอง วิเคราะห์
ปัญหา และหาแนวทาง

ตัวแทนกลุ่มออกมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยบอกเล่าอาหาร
หรือสิ่งที่กินเป็นประจำแล้วเกิดอาการสำคัญ หรือรู้สึกกลืนลำบาก

ตัวแปรตาม

หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม

- การรับรู้ความสามารถของตนเองใน
การบริหารกล้ามเนื้อช่องปาก
- ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการ
บริหารกล้ามเนื้อช่องปาก
- พฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปาก
- ดัชนีโรคเหงือกอักเสบในช่องปาก(GI)
- ความแข็งแรงของช่องปาก Kenkobi
- อัตราการไหลของน้ำลาย (Salivary

กลุ่มควบคุม
กลุ่มที่ได้รับทันตสุขภาพ
ตามระบบบริการสุขภาพ

ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi- experimental) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมบริหารกล้ามเนื้อช่องปากประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนในชมรมผู้สูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สมาชิกในชมรมผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในชมรมผู้สูงอายุจำนวน 6 ชมรม ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลวังชิ้น อำเภอลำปาง จังหวัดแพร่ ในช่วงเดือน กันยายน 2566 ถึง กุมภาพันธ์ 2567 จำนวน 345 คน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลวังชิ้น จังหวัดแพร่ (ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2566)

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณด้วยโปรแกรม G * Power package¹¹ โดยอ้างอิงการศึกษาที่ผ่านมา¹² มีการศึกษาตัวแปรและประชากรที่ใกล้เคียงกัน โดยนำ mean effect size ($d=.70$) มาแทนค่าในโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.2 แล้วได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 26 รายรวมทั้ง 52 ราย โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of the test) จากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้อย่างน้อยที่สุดที่ระดับร้อยละ 80 กำหนดระดับนัยสำคัญ ทางสถิติ .05 และเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล (Dropout) จึงเพิ่มขนาด กลุ่มตัวอย่าง 20%¹³ จำนวน 10 คน จะได้กลุ่มตัวอย่าง 62 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 31 คน และกลุ่มควบคุม 31 คน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุของแต่ละชมรมอยู่แล้ว

คือ ผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 345 คน จาก 6 ชมรม ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลวังชิ้น ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) โดยขั้นตอนแรก ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างจาก ชมรมผู้สูงอายุจำนวน 6 ชมรม ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลวังชิ้น เข้าร่วมวิจัยจำนวน 62 คน มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอลำปาง และเป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ (1) เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลวังชิ้น ไม่น้อยกว่า 1 ปี (2) มีอายุตั้งแต่ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป (3) มีร่องเหงือกที่สามารถใช้เครื่องมือ probe ได้ อย่างน้อย 6 ซี (4) มีฟันแท้ใช้งานได้ดี ไม่พบเหงือกอักเสบหรือฟันโยก อย่างน้อย 6 ซี (5) ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง (6) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี (7) ไม่มีความบกพร่องทางการได้ยินหรือมองเห็น (8) ไม่มีความพิการหรือเป็นโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม และ (9) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์คัดออก ได้แก่ (1) ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในช่องปากรุนแรงระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม จากทันตบุคลากร และ (2) เหงือกบวมมีเลือดออกจากภาวะติดเชื้อในช่องปากระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม

หลังจากนั้นทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 31 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 31 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือแบบสอบถามและแบบตรวจช่องปากประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

แบบสอบถาม สร้างขึ้นโดยจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตน (Self-efficacy) เพื่อให้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวัตถุประสงค์ โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสอบถามด้วยตนเอง ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป จำนวน 17 ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพหลัก แหล่งรายได้ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว การรับประทาน การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์

สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล การได้รับข่าวสารการบริหารกล้ามเนื้อช่องปาก ประวัติการไปหาหมอฟัน การรับการรักษาทางทันตกรรม และเหตุการณ์ได้รับการรักษา 2) ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ ด้านการบริหารกล้ามเนื้อช่องปาก ด้านการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง และด้านการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพช่องปาก 3) ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ด้านผลกระทบการสูญเสียฟันที่ลดลง ด้านประโยชน์ของการมีน้ำลายในช่องปาก ด้านการลดอาการสำลักอาหาร ด้านการกลืนอาหารที่ดีขึ้น และด้านการรับประทานอาหารที่ดีขึ้น 4) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ การบริหารกล้ามเนื้อช่องปาก การดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม การบริหารกล้ามเนื้อช่องปากอย่างสม่ำเสมอ การบริหารกล้ามเนื้อช่องปากอย่างถูกวิธี การสังเกตการปฏิบัติตนเอง การรับประทานอาหาร และการป้องกันเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคในช่องปาก

ส่วนที่ 2 ดัชนีสภาพเหงือกอักเสบในช่องปาก ใช้แบบตรวจของ พลินี เดชสมบูรณ์รัตน์, ผกาภรณ์ พิศาลธุรกิจ ที่พัฒนาขึ้นจาก Loe and Silness Gingival Index ซึ่งจะใช้เครื่องมือวัดร่องลึกปริทันต์ (Periodontal probe) วัดในฟันตัวแทน 6 ซี่ ได้แก่ซี่ 16 12 24 36 32 และ 44 ซี่ละ 4 ด้าน ซึ่งสามารถใช้ซี่ตัวแทนใกล้เคียงได้หากตัวแทนซี่ฟันดังกล่าวไม่สมบูรณ์ ได้แก่ ด้านแก้ม (Buccal) ด้านลิ้น (Lingual) ด้านใกล้กลาง (Mesial) และด้านไกลกลาง (Distal) โดยจะให้คะแนน 0 – 3 คะแนนที่ได้ทั้งหมดจะถูกนำมาหาค่าเฉลี่ยเพื่อแปลผลว่า ผู้ป่วยมีภาวะเหงือกอักเสบอยู่ในระดับใด โดยมีเกณฑ์ในการแปลความหมาย คือ 0 คะแนน หมายถึง สภาพเหงือกปกติ 1 คะแนน หมายถึง สภาพเหงือกมีการอักเสบและบวมเล็กน้อย : สีของเหงือก เปลี่ยน แต่ไม่มีเลือดออก 2 คะแนน หมายถึง สภาพเหงือกมีการอักเสบปานกลาง : บวมแดง เจามัน และมีเลือดออกจากการสอด Probe และ 3 คะแนน หมายถึง สภาพเหงือกอักเสบรุนแรง : สีแดงจัดและบวม มีแผลและการมีเลือดออกเอง ¹⁵

ส่วนที่ 3 ความแข็งแรงของช่องปาก โดยประยุกต์ตามแนวทางการบริหารกล้ามเนื้อช่องปากจาก IBAYASHI ¹⁸ และ Kenkobi ¹⁴ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ได้แก่ การทดสอบความแข็งแรงริมฝีปาก การทดสอบการควบคุมลิ้น ความสามารถการเคี้ยว ความรู้สึกปากแห้ง การรับประทานเหลว และการกลืนน้ำลาย หากข้อใดสามารถปฏิบัติได้ให้คะแนน 1 คะแนน ถ้าไม่สามารถปฏิบัติได้ให้ 0 คะแนน ¹²

ส่วนที่ 4 การวัดอัตราการไหลของน้ำลาย (Salivary flow rate) ก่อนการวัดอัตราการไหลของน้ำลาย งดสูบบุหรี่ งดอาหารและเครื่องดื่ม 2 ชั่วโมงก่อนการวัดอัตราการไหลของน้ำลาย โดยแบบการตรวจวัดอัตราการไหลของน้ำลาย ประยุกต์จากวิธีการบ้วนน้ำลาย(Spitting method) ¹⁶ ประกอบด้วยระยะกระตุ้นจำนวน 5 นาที และระยะแบบไม่ได้กระตุ้นจำนวน 5 นาที

Collection period (minutes)	Saliva	Tube No.	Saliva measure(ml.)	Flow rate/minute
5	UWS	1		
5	SWS-paraffin wax	2		

$$\text{Salivary flow rate}^* = \frac{\text{Saliva measure(ml.)}}{\text{Collection period}} = \text{_____ ml./minute}$$

การปรับมาตรฐานผู้ตรวจ (Objective measurement)

การปรับมาตรฐานผู้ตรวจ (Reliability) ระหว่างทันตแพทย์ (Gold standard) และผู้วิจัย พบว่าการตรวจสภาวะช่องปากจากแบบตรวจสุขภาพช่องปาก ได้ค่าความสอดคล้องของการตรวจโดยค่าสถิติแคปปา (Kappa) เท่ากับ .85 โดยแบบตรวจดัชนีเหงือกอักเสบจากเครื่องมือ Probe¹⁴ ซึ่งวิธีการเก็บน้ำลาย Spitting method¹⁵ แบบไม่กระตุ้น โดยก่อนการเก็บ ผู้เข้าร่วมวิจัยจะพัก 5 นาที จากนั้นจะให้บ้วนน้ำลายลงในบีกเกอร์พลาสติก ซึ่งจะคำนวณออกมาเป็นอัตราการไหลของน้ำลาย เช่นกันกับการเก็บน้ำลายในระยะกระตุ้นจะใช้พาราฟินสำหรับการกระตุ้นต่อมน้ำลายก่อนการบ้วน 30 วินาที

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (Subjective measurement)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เมื่อตรวจสอบเนื้อหาและปรับแก้ไขตามผู้เชี่ยวชาญแล้ว ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of item objective congruence) 0.87 ซึ่งแบบสอบถาม ประกอบด้วยคำถามจากการประยุกต์จากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองและการบริหารกล้ามเนื้อช่องปาก จากนั้นได้ทดสอบความเชื่อมั่นในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หาค่าความน่าเชื่อถือของเครื่องมือด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient: α) ได้ 0.75

การดำเนินงานวิจัย

การดำเนินงานวิจัย โดยการประยุกต์ใช้โปรแกรมทันตสุขภาพในการบริหารกล้ามเนื้อช่องปาก (Oral exercise programs) ประกอบไปด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

โปรแกรมบริหารกล้ามเนื้อช่องปากในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรม ซึ่งกิจกรรมจะประกอบด้วย

ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับโปรแกรมสำหรับการบริหารกล้ามเนื้อช่องปาก เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 40 ถึง 60 นาที การได้รับบริหารกล้ามเนื้อช่องปากจะดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยจะมีการบริหารกล้ามเนื้อช่องปาก ในครั้งที่ 1-5 และครั้งที่ 6 เป็นการสรุป บททวน และถอดบทเรียน จากสัปดาห์ที่ผ่านมา รวมไปถึงการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างภายในกลุ่มทดลอง ซึ่งการบริหารกล้ามเนื้อช่องปากมีดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 บรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับโรคในช่องปาก การรับประทานที่เหมาะสม และการบริหารกล้ามเนื้อช่องปาก โดยการสาธิตวิธีการบริหารกล้ามเนื้อช่องปาก เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของช่องปาก ซึ่งควบคู่ไปกับการทำความสะอาดช่องปาก ฝึกปฏิบัติตามแนวทางของ Kenkobi จะบริหารกล้ามเนื้อบริเวณกล้ามเนื้อช่องปาก ฝึกอ้าปากปิดปาก การออกเสียง อี อุ การขยับแก้ม การฝึกปิดริมฝีปาก แก้ม การฝึกเคี้ยวทั้งสองข้าง รวมถึงการนวดบริหารต่อมน้ำลายเพื่อกระตุ้นการหลั่งน้ำลาย การฝึกแลบลิ้น และการกลืน*

สัปดาห์ที่ 2 ทบทวนความรู้จากกิจกรรมครั้งที่ 1 พร้อมเปิดสื่อทันตสุขภาพ ทั้งภาพเคลื่อนไหวเป็นวีดิทัศน์ และภาพความรู้ เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพช่องปาก และการทำความสะอาดช่องปากในผู้สูงอายุ จากนั้นดูและสาธิตพร้อมกัน โดยจะร้องเพลงเป็นเพลงที่จำได้ง่าย หรือเป็นทำนอง จังหวะ ที่ง่ายต่อการจดจำ*

สัปดาห์ที่ 3 ฝึกการบริหารกล้ามเนื้อช่องปาก รวมกลุ่มระดมความคิด โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม โดยแต่ละกลุ่มจะแลกเปลี่ยนประเด็นสุขภาพช่องปาก หัวข้อจะประกอบด้วย สาเหตุที่ทำให้เจ็บปวด หรือเมื่อพบปัญหานี้ๆ มีวิธีการจัดการปัญหาอย่างไร โดยเหตุการณ์ที่สำคัญภายในกลุ่มที่จะนำมาแลกเปลี่ยนประเด็นระหว่างกลุ่ม และเล่าสู่กันฟัง ซึ่งจะประยุกต์กับการบริหารกล้ามเนื้อช่องปากไปด้วย

สัปดาห์ที่ 4 ฝึกบริหารกล้ามเนื้อช่องปาก การตรวจช่องปากหรือวิธีปฏิบัติด้วยตนเอง ซึ่งเป็นตำแหน่งที่ถูกต้อง และถูกวิธี หลังจากนั้น ให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนมุมมอง หลังจากปฏิบัติ ให้กล่าวความรู้สึกพร้อมเขียนลงบนกระดาษ หรือจะนำเสนอเพื่อสรุปประเด็นของแต่ละคน ซึ่งจะนำไปนำเสนอต่อชุมชนหรือชมรมผู้สูงอายุ*

สัปดาห์ที่ 5 ทบทวนวิธีการปฏิบัติทั้งหมดในสัปดาห์ที่ผ่านมา ในวิธีปฏิบัติตามแนวทางของ Kenkobi การบริหารกล้ามเนื้อช่องปาก ซึ่งจะสอนการใช้อุปกรณ์เสริมต่างๆที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ จากนั้นให้จับคู่แลกเปลี่ยนตรวจช่องปากและบริหารกล้ามเนื้อช่องปาก พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกัน โดยทั้งคู่สามารถบอกกล่าววิธีเพื่อปรับปรุงทักษะและแนะนำวิธีที่ดีแก่กัน*

สัปดาห์ที่ 6 ชมรมผู้สูงอายุจะทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมาทั้ง 5 สัปดาห์ พร้อมสังเกตการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพช่องปาก วิเคราะห์ และถอดบทเรียนจากการเข้าร่วมกิจกรรม โดยจะมีผู้สูงอายุที่ได้รับคัดเลือก เป็นต้นแบบหรือแบบอย่างของชมรมมานำเสนอและแลกเปลี่ยนหลังจากได้ปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว ซึ่งการเล่าเรื่องเกี่ยวกับอาหารหรือประสบการณ์ที่เปลี่ยนแปลงหลังจากผ่านมา 6 สัปดาห์ เช่น การเปลี่ยนแปลงเมื่อกินอาหารหรือรับประทานอาหาร

* มีกิจกรรมการฝึกปฏิบัติบริหารกล้ามเนื้อช่องปากตามแนวทางของ Kenkobi

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในงานวิจัย

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่อวิเคราะห์การแจกแจงความถี่ เป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้สถิติ Chi-square test สถิติ Paired t-test และ สถิติ Independent t-test Fisher exact test โดยสถิติ Chi-square test ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ด้าน อายุ เพศ และประสบการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารการบริหารกล้ามเนื้อช่องปากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และทำการเปรียบเทียบ ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภายในกลุ่ม ด้วยสถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของ ค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังระยะเวลา 6 สัปดาห์ ด้วยสถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา เลขที่โครงการวิจัย HREC-UP-HSST 1.2/142/66 ณ วันที่ 2 ตุลาคม 2566

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 79.9 โดยมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 67.3 ปี (Min = 60 ปี, Max = 86 ปี) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในข้อมูลทางประชากรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 1 การแจกแจงของอายุ เพศ และประสบการณ์การรับข้อมูลเกี่ยวกับบริหารกล้ามเนื้อช่องปากในกลุ่มทดแทนและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม

ข้อมูลประชากร	กลุ่มทดลอง (n = 31)		กลุ่มควบคุม (n = 31)		P Value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี)					
60-69	21	(67.7)	26	(83.9)	0.13 ^a
≥70	10	(32.3)	5	(16.1)	
(Min = 60 ปี, Max = 86 ปี)					
เพศ					
ชาย	16	(51.6)	14	(45.2)	0.61 ^a
หญิง	15	(48.4)	17	(54.8)	
ประสบการณ์การได้รับ ข่าวสารการบริหาร กล้ามเนื้อช่องปาก					
ไม่เคย ได้รับ	4	(12.9)	3	(9.7)	0.64 ^b
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	11	(35.5)	12	(38.7)	
- อาสาสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน	6	(19.4)	8	(25.8)	
- ครอบครัว	3	(9.7)	5	(16.1)	
- สื่อออนไลน์	7	(22.6)	3	(9.7)	

ตารางที่ 2 การเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมทางทันตสุขภาพในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		Mean difference	t	P Value
	Mean	SD	Mean	SD			
1. การรับรู้ความสามารถ ของตนในการบริหาร กล้ามเนื้อช่องปาก							
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	1.91	0.37	2.00	0.23	-0.09	1.19	0.23
สิ้นสุดโปรแกรม	1.90	0.37	3.63	0.19	-1.73	22.859	<0.01*
2. ความคาดหวังใน ผลลัพธ์การปฏิบัติการ บริหารกล้ามเนื้อช่องปาก							
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.71	0.30	2.61	0.37	0.94	-1.138	0.26

สิ้นสุดโปรแกรม	2.75	2.71	3.65	0.36	-0.9	11.42	<0.01*
3. พฤติกรรมการดูแล							
สุขภาพช่องปาก							
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.75	0.24	2.65	0.20	1.10	-1.93	0.06
สิ้นสุดโปรแกรม	2.71	0.29	3.65	0.36	-1.02	11.42	<0.01*

ตารางที่ 3 การเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมทางทันตสุขภาพในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วม		สิ้นสุดโปรแกรม		Mean difference	t	P Value
	Mean	SD	Mean	SD			
1. การรับรู้ความสามารถ ของตนในการบริหาร กล้ามเนื้อช่องปาก							
กลุ่มควบคุม	1.91	0.37	2.00	0.23	-0.09	0.81	0.42
กลุ่มทดลอง	1.90	0.37	3.63	0.19	-1.62	-41.86	<0.01*
2. . ความคาดหวังใน ผลลัพธ์การปฏิบัติการ บริหารกล้ามเนื้อช่องปาก							
กลุ่มควบคุม	2.71	0.30	2.75	0.29	-0.04	-0.571	0.57
กลุ่มทดลอง	2.61	0.37	3.65	0.36	-1.04	0.812	<0.01*
3. พฤติกรรมการดูแล สุขภาพช่องปาก							
กลุ่มควบคุม	2.75	0.24	2.76	0.24	-0.01	-0.83	0.41
กลุ่มทดลอง	2.65	0.20	3.78	0.23	-1.13	-1.05	<0.01*

ตารางที่ 4 การเปลี่ยนแปลงทางสภาวะช่องปากในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วม		สิ้นสุดโปรแกรม		Mean difference	t	P Value
	Mean	SD	Mean	SD			
ความแข็งแรงของช่องปาก							
การทดสอบการควบคุมของริมฝีปาก(Lip control)							
กลุ่มควบคุม	0.58	0.30	0.58	0.31	-0.13	-1.65	0.10
กลุ่มทดลอง	0.45	0.30	0.78	0.24	0.20	2.92	<0.01*
การทดสอบการควบคุมลิ้น							
(Tongue control)							

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วม		สิ้นสุดโปรแกรม		Mean difference	t	P Value
	Mean	SD	Mean	SD			
กลุ่มควบคุม	0.51	0.30	0.53	0.29	-0.4	-0.373	0.71
กลุ่มทดลอง	0.48	0.24	0.75	0.21	0.22	3.35	<0.01*
ท่านมีอาหารที่ยากกิน แต่กินไม่ได้เพราะ เคี้ยวลำบากไหม							
กลุ่มควบคุม							
ใช่	18 (58.06%)		16 (51.61%)		0.03	0.25	0.80
ไม่	13 (41.94%)		15 (48.39%)				
กลุ่มทดลอง							
ใช่	17 (54.84%)		7 (22.58%)		0.26	2.17	0.03*
ไม่	14 (45.16%)		24 (77.42%)				
รู้สึกปากแห้ง คอแห้ง กระจายน้ำบอย น้ำลาย เหนียว ขึ้นหรือไม่							
กลุ่มควบคุม							
รู้สึก	5 (48.39%)		14 (45.16%)		-0.03	-0.25	0.80
ไม่รู้สึก	16 (51.61%)		17 (54.84%)				
กลุ่มทดลอง							
รู้สึก	16 (51.61%)		5 (16.13%)		0.29	2.57	0.01*
ไม่รู้สึก	15 (48.39%)		26 (83.87%)				
ฉันทกลืนอาหารเหลว เช่น น้ำหรือน้ำซุป ยากลำบากมากกว่าปกติ							
กลุ่มควบคุม							
ใช่	17 (54.84%)		16 (51.61%)		-0.03	-0.25	0.80
ไม่	14 (45.16%)		15 (48.39%)				
กลุ่มทดลอง							
ใช่	15 (48.9%)		6 (19.35%)		0.29	2.45	0.01*
ไม่	16 (51.61%)		25 (80.65%)				
ใน 30 วินาที กลืนน้ำลายได้กี่ครั้ง (กลืนน้ำลาย 1 ครั้งก่อนจะทดสอบการกลืน)							
กลุ่มควบคุม							
มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง	21 (67.74%)		11 (35.48%)		-0.13	-1.04	0.30
ไม่กลืน/กลืนไม่ได้ หรือ	10 (32.26%)		20 (64.52%)				

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วม		สิ้นสุดโปรแกรม		Mean difference	t	P Value
	Mean	SD	Mean	SD			
กลืนได้น้อยกว่า 3 ครั้ง							
กลุ่มทดลอง							
มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง	14 (45.16%)		26 (83.87%)		0.194	1.76	0.08
ไม่กลืน/กลืนไม่ได้ หรือ	17 (54.84%)		5 (16.13%)				
กลืนได้น้อยกว่า 3 ครั้ง							
UWS(ml/min)							
กลุ่มควบคุม	0.15	0.09	0.15	0.07	-0.03	-1.56	0.12
กลุ่มทดลอง	0.12	0.07	0.39	0.12	0.05	2.44	0.01*
SWS(ml/min)							
กลุ่มควบคุม	0.38	0.10	0.15	0.09	0.01	0.18	0.85
กลุ่มทดลอง	0.38	0.10	0.44	0.07	0.06	2.05	0.04*
ดัชนีเหงือกอักเสบ (GI)							
กลุ่มควบคุม	6.40	0.92	6.42	1.15	0.28	0.90	0.37
กลุ่มทดลอง	6.2	1.19	6.60	0.95	0.40	1.46	0.15

UWS = Unstimulated whole saliva flow rate, SWS = Stimulated whole saliva, GI = Gingivitis Index

ตารางที่ 5 การเปลี่ยนแปลงทางสภาวะช่องปากในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วม		สิ้นสุดโปรแกรม		Mean difference	t	P Value
	โปรแกรม						
	Mean	SD	Mean	SD			
ความแข็งแรงของช่องปาก							
การทดสอบการควบคุมของริม							
ฝีปาก(Lip control)							
กลุ่มควบคุม	0.58	0.30	0.58	0.31	0.00	0	1.00
กลุ่มทดลอง	0.45	0.30	0.78	0.24	-0.33	-5.931	<0.01*
การทดสอบการควบคุมลิ้น							
(Tongue control)							
กลุ่มควบคุม	0.51	0.30	0.53	0.29	-0.02	-1.79	0.08
กลุ่มทดลอง	0.48	0.24	0.75	0.21	-0.26	-7.52	<0.01*
ท่านมีอาหารที่อยากกิน แต่กิน							
ไม่ได้เพราะ เคี้ยวลำบากไหม							

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		สิ้นสุดโปรแกรม		Mean difference	t	P Value
	Mean	SD	Mean	SD			
กลุ่มควบคุม							
ใช่	18 (58.06%)		16 (51.61%)		-0.10	-1.36	0.18
ไม่	13 (41.94%)		15 (48.39%)				
กลุ่มทดลอง							
ใช่	17 (54.84%)		7 (22.58%)		-0.32	-3.78	<0.01*
ไม่	14 (45.16%)		24 (77.42%)				
รู้สึกปากแห้ง คอแห้ง กระจาย น้ำบ่อย น้ำลาย เหนียว ขึ้น หรือไม่							
กลุ่มควบคุม							
รู้สึก	15 (48.39%)		14 (45.16%)		-0.03	-0.37	0.71
ไม่รู้สึก	16 (51.61%)		17 (54.84%)				
กลุ่มทดลอง							
รู้สึก	16 (51.61%)		5 (16.13%)		-0.36	-4.06	<0.01*
ไม่รู้สึก	15 (48.39%)		26 (83.87%)				
ฉันทกลืนอาหารเหลว เช่น น้ำ หรือน้ำซุยกลำบากมากกว่าปกติ							
กลุ่มควบคุม							
ใช่	17 (54.84%)		15 (48.9%)		0.03	0.37	0.71
ไม่	14 (45.16%)		16 (51.61%)				
กลุ่มทดลอง							
ใช่	16 (51.61%)		6 (19.35%)		-0.29	-3.06	<0.01*
ไม่	15 (48.39%)		25 (80.65%)				
ใน 30 วินาที กลืนน้ำลายได้กี่ ครั้ง (กลืนน้ำลาย 1 ครั้งก่อนจะทดสอบการกลืน)							
กลุ่มควบคุม							
มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง	21 (67.74%)		11 (35.48%)		0.03	0.441	0.66
ไม่กลืน/กลืนไม่ได้ หรือ กลืนได้น้อยกว่า 3 ครั้ง	10 (32.26%)		20 (64.52%)				
กลุ่มทดลอง							
มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง	14 (45.16%)		26 (83.87%)		-0.29	-2.75	0.01*

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		สิ้นสุดโปรแกรม		Mean difference	t	P Value
	Mean	SD	Mean	SD			
ไม่กลืน/กลืนไม่ได้ หรือ กลืนได้น้อยกว่า 3 ครั้ง	17 (54.84%)		5 (16.13%)				
UWS flow rate(ml/min)							
กลุ่มควบคุม	0.15	0.09	0.15	0.05	0.005	1.16	0.25
กลุ่มทดลอง	0.12	0.07	0.20	0.09	0.08	-8.63	<0.01*
SWS flow rate(ml/min)							
กลุ่มควบคุม	0.39	0.10	0.38	0.10	0.01	1.28	0.21
กลุ่มทดลอง	0.39	0.12	0.44	0.13	-0.05	-7.68	<0.01*
ดัชนีเหงือกอักเสบ (GI)							
กลุ่มควบคุม	6.14	1.14	6.40	0.92	-0.16	0.089	0.92
กลุ่มทดลอง	6.15	1.29	6.42	1.15	-0.27	0.148	0.88

UWS = Unstimulated whole saliva flow rate, SWS = Stimulated whole saliva, GI = Gingivitis Index

*Statistically significant at $P < 0.05$ *P Value of mean difference within groups

อภิปรายผลการศึกษา

โปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตน และ Kenkobi ของ Thai LION Foundation ร่วมกับกรมอนามัย ในปี 2016 ¹⁴ ในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ ทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อช่องปากและอัตราการไหลของน้ำลายเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มและเปรียบระหว่างกลุ่มควบคุมเป็นเวลา 6 สัปดาห์ โดยเป็นการบริหารกล้ามเนื้อช่องปาก ในสัปดาห์ที่ 1 – 5 เป็นการบริหารกล้ามเนื้อช่องปากอย่างต่อเนื่อง และในสัปดาห์ที่ 6 เป็นการถอดบทเรียนจากสัปดาห์ที่ผ่านมา กลุ่มทดลองผลลัพธ์สูงขึ้นกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์ของโปรแกรมนี้นี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญในการบริหารกล้ามเนื้อช่องปาก แต่ยังไม่เพียงพอสำหรับเปลี่ยนแปลงสภาวะเหงือกอักเสบ หรือดัชนีเหงือก (GI) ที่ดีขึ้นได้

การเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนในการบริหารกล้ามเนื้อช่องปาก ของกลุ่มทดลอง มีคะแนนค่าเฉลี่ยสูงขึ้น ผลของการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ N. Orawan et al. ในปี 2021 ซึ่งได้ทำการศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 31 คน ที่ได้รับโปรแกรมการบริหารกล้ามเนื้อช่องปากร่วมกับการรับรู้ความสามารถของตน เพื่อเพิ่มความแข็งแรงช่องปาก เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ พบว่าการรับรู้ความสามารถของตน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มควบคุม ¹² อีกทั้ง P. Paisit และ K. Orawan ในปี 2019 ศึกษาในชมรมผู้สูงอายุจำนวน 33 ราย ในระยะเวลา 6 สัปดาห์ พบว่าหลังจากสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ สูงกว่า ก่อนการทดสอบ และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ¹⁷

การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมทางทันตสุขภาพในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรม พบว่า หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมในผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมบริหารกล้ามเนื้อช่องปากก่ประยุต์การรับรู้ความสามารถของตน ในกลุ่มทดลอง มีคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมทางทันตสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < 0.01$) ซึ่งสอดคล้องกับ งานวิจัยของ P. Paisit และ K. Orawan อภิปรายผลได้ว่ากลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมประยุต์ความสามารถของตนเองทางทันตสุขภาพ ได้แก่ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูง การกระตุ้นทางอารมณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทันตสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)¹⁷

ในการเปลี่ยนแปลงของการทำงานของช่องปาก(Oral functions exercise) ในการศึกษาของ Ibayashi H. ได้แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีความแตกต่างในการทำงานหรือการใช้งานของกล้ามเนื้อช่องปากหลังได้รับโปรแกรมโดยขึ้นอยู่กับจำนวนฟันที่เหลืออยู่¹⁸ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในส่วนของ Oral functions นอกจากนั้น Thanga Raj et al ได้แสดงให้เห็นว่าเมื่อให้การฝึกบริหารการกลืนกับกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นระยะเวลา 3 เดือน ความสามารถในการเปิดปิดริมฝีปาก (/ta/, /ka/) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ¹⁹ ซึ่งสอดคล้องกับการทดสอบความแข็งแรงของริมฝีปากในการศึกษานี้ด้วย

อัตราการไหลของน้ำลาย (Salivary flow rate) การศึกษาของ Sugiyama T et al รายงานผลว่า การบริหารกล้ามเนื้อช่องปากในด้านการกลืนในผู้สูงอายุในกลุ่มเฉพาะจำนวน 29 คน เป็นระยะเวลา 3 เดือน เปรียบเทียบกับภายในกลุ่มเดียวกัน พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในด้านการเปิด-ปิดปาก และอัตราการไหลของน้ำลายแบบไม่กระตุ้นของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ²⁰ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่มีความแตกต่างทั้งในการเปิด-ปิดปาก และอัตราการไหลของน้ำลายที่ไม่กระตุ้นเช่นกัน นอกจากนี้ การศึกษาของ Ibayashi et al เมื่อสิ้นสุดการศึกษาหลังจาก 6 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวน 26 และ 28 ตามลำดับ ซึ่งโปรแกรมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุนี้ ทำให้การไหลของน้ำลายมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ หลังจากสิ้นสุดโปรแกรมเป็นระยะเวลา 6 เดือน สอดคล้องกับผลการศึกษาที่อัตราการไหลของน้ำลายมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ¹⁸ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Motoko Ishikawa et al ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการฝึกกล้ามเนื้อใบหน้าด้วยอุปกรณ์ฟันฟูกกล้ามเนื้อบริเวณริมฝีปากเป็นระยะเวลา 24 สัปดาห์ และพบว่าความแข็งแรงของการเปิด-ปิดปากแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ²¹ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่เช่นกัน

ดัชนีเหงือกอักเสบ (Gingival Index(GI)) ในการตรวจฟันซี่ๆ ยังไม่พบการเปลี่ยนแปลงในดัชนีเหงือกอักเสบอย่างสังเกตเห็นชัด

น้ำลายมีบทบาทสำคัญในช่องปาก ช่วยรักษาสมดุลในช่องปาก⁵ ความสามารถในการพูด รับประทานอาหาร และการหายใจของแผลช่องปาก จะมีผลกระทบเมื่อการหลั่งของน้ำลายลดลงหรือมีภาวะปากแห้ง⁸ สาเหตุหลักของการลดลงของน้ำลาย จะเกี่ยวข้องกับการใช้ยา และจะลดลงเรื่อย ๆ เมื่ออายุเพิ่มขึ้น รวมถึงการได้รับรังสี⁶ ดังนั้นปัญหาทางสุขภาพช่องปากที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตสามารถเกิดขึ้นจากการเสื่อมอวัยวะของต่อมน้ำลาย¹⁶ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการนวดต่อมน้ำลายสามารถเพิ่มการไหลเวียนของเลือดและกระตุ้นต่อมพาราซิมพาเทติกบริเวณรอบต่อมน้ำลายได้อีกด้วย²² นอกจากนี้ Kenkobi เป็นหนึ่งในรูปแบบกิจกรรมที่เป็นสามารถเข้าใจและปฏิบัติได้ในผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะต่อการนำผลการวิจัยไปใช้

1) การศึกษานี้ยังเน้นทักษะปฏิบัติของการฝึกอบรมบริหารกล้ามเนื้อช่องปากตามแนวทางของพื้นที่ที่ประยุต์แนวทางของ Kenkobi ในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยการบริหารกล้ามเนื้อช่องปากอย่าง

ต่อเนื่องในสัปดาห์ที่ 1 – 5 ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของกล้ามเนื้อช่องปาก รวมไปถึงการเพิ่มของอัตราการไหลของน้ำลายในผู้สูงอายุ หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม ทั้งนี้ควรมีเสริมแรงแก่กลุ่มเป้าหมาย ไม่ว่าจะเป็นการมีส่วนร่วมในกำหนดกิจกรรม ดำเนินกิจกรรม หรือการสอนโดยผู้สูงอายุภายในกลุ่มโดยอาศัยประสบการณ์ ควรประยุกต์ใช้การบริหารกล้ามเนื้อช่องปากแก่ผู้สูงอายุ เพิ่มความชุ่มชื้นของช่องปาก เพิ่มความแข็งแรงของช่องปาก จนไปถึงเพื่อลดการสำลักอาหาร และยังพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอีกด้วย

2) ข้อจำกัดของงานวิจัย คือ ในการศึกษาครั้งนี้ต่อไปควรเน้นไปที่การศึกษาในระยะยาวของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมของผู้สูงอายุ อีกทั้งควรมีการตรวจสอบภาวะเหงือกอักเสบอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 3 เดือน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทดสอบความแตกต่างของสุขภาพเหงือก

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ทนตแพทย์หญิง สุธาสินี อินทร์ชัย ทนตแพทย์หญิงธนิศา สายยนต์ และอาจารย์ ดร.จิรภัทร์ รัตนขมภู ซึ่งได้เสียสละเวลาอันมีค่าในการให้คำปรึกษา ชี้แนะ แนะนำแก้ไขบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตาและเอาใจใส่อย่างดียิ่งเกี่ยวกับการศึกษาค้นคว้าอย่างต่อเนื่อง จนงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Petersen PE. The world oral health report 2022. Geneva Switzerland: Publications of the World Health Organization; 2022.
2. United Nations. (2020). New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2020. Retrieved July 25, 2020, from <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-10KeyMessages.pdf>.
3. Prompak C. Turning to aging society of Thailand. Academic office. The secretariat of the senate. 2013. (in Thai).
4. Department of Older Persons . (2566). Aging society statistics as of 31 December 2023 DashBoard by Looker Studio. Retrieved July 25, from <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1767>. (in Thai).
5. Bureau of Dental Health, Department of Health. (2015). Oral Health Tips for Elderly. Bangkok: Veterans Administration Organization. (in Thai).
6. Miranda-Rius J, Brunet-Llobet L, Lahor-Soler E, Farre M. Salivary secretory disorders, inducing drugs and clinical management. Int J Med Sci 2015;12(8):11-24.
7. Bureau of Dental Health, Department of Health. (2015). Oral Health Tips for Elderly. Bangkok: Veterans Administration Organization. (in Thai).
8. Sathaka T. The efficacy of oral moisturizing jelly in alleviating symptoms of xerostomia in psychiatric patients. Journal of Mental Health of Thailand. 2008;26(2):129-141.(in Thai)

9. Katekaew Seangpraw. (2019). Health education and behavioral sciences. Bangkok: Chulalongkorn University.
10. Department of Elderly Affairs . (2022). Statistics of the elderly as of 31 December 2022. DashBoard by Looker Studio. Retrieved 12 Jan. 2023, from <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1767>
11. Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A. et al. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behavior Research Methods 41, 1149–1160 (2009). <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
12. Nammontri, O., Srihanat , S., Duangsri, H. ., & Bhudkote, J. (2021). Effects of a dental health promotion program applying self-efficacy theory on the exercise for strengthening oral cavity of the elderly. JOURNAL OF HEALTH SCIENCE RESEARCH, 15(2), 112–123. Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/248091>
13. Grove, S.K., Burns, N. and Gray, J.R. (2017) The Practice of Nursing Research—Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence. 8th Edition, Elsevier Saunders, St. Louis.
14. The LION foundation of dental health. Oral muscle exercise “Kenkobi”. LION Thailand CO.,Ltd. 2016.(in Thai).
15. Pliny Dechsomboonrat and Phakaporn Phisanturakij. (2021). Epidemiology and oral disease indices (Oral Epidemiology and oral indices) (2), Faculty of Dentistry. Chulalongkorn University, from http://161.200.36.106/km/km_community_lesson_detail.php?id=89
16. Navazesh M (1993). Methods for collecting saliva. Ann NY Acad Sci 20:72-77
17. Paisit Phirokas and Orawan Keeratisiroj. (2019). Effects of the self-efficacy application program on dental health care behavior of the elderly. In the Elderly Club, Laplae District, Uttaradit Province. Journal of Health Education;42(2):110-122.
18. Ibayashi H, Fujino Y, Pham TM, Matsuda S. Intervention study of exercise program for oral function in healthy elderly people. Tohoku J Exp Med. 2008 Jul;215(3):237-45. doi: 10.1620/tjem.215.237. PMID: 18648184.
19. Raj BT, Sreelekha B, Manjula A. Effectiveness of oral exercise on oral function among the elderly. J Family Med Prim Care. 2020 Apr 30;9(4):1896-1903. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_899_19. PMID: 32670937; PMCID: PMC7346909.
20. Sugiyama, Tetsuya & Ohkubo, Mai & Honda, Yasutoshi & Tasaka, Akinori & Nagasawa, Keiko & Ishida, Ryo & Sakurai, Kaoru. (2013). Effect of Swallowing Exercises in Independent Elderly. The Bulletin of Tokyo Dental College. 54. 109-15. 10.2209/tdcpublishation.54.109.
21. Motoko Ishikawa, Sachi Ishikawa, Hitoshi Kamata, Yoshiaki Akihiro, Umenoi Hamada, Yoshikazu Yonei. (2010). Efficacy of a Health Promotion Program with Facial Mimetic Muscle Training in Residents of a Medical Care Facility for the Elderly. ANTI-AGING MEDICINE, 2010, Volume 7, Issue 1

22. Weerapong, P., Hume, P.A. & Kolt, G.S. The Mechanisms of Massage and Effects on Performance, Muscle Recovery and Injury Prevention. Sports Med 35, 235–256 (2005).
<https://doi.org/10.2165/00007256-200535030-00004>

Received: 6 Jun. 2024, Revised: 12 Jul. 2024

Accepted: 14 Jul. 2024

บทความวิจัย

การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่ม 608 ในเขตอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

ัญญา มาศ จาริต^{1*}, ศิริพร คำสะอาด²

บทคัดย่อ

กลุ่ม 608 มีโอกาสเสียชีวิตสูงเมื่อติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อจึงมีความจำเป็น จึงสนใจศึกษาการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่ม 608 ในเขตอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา ตัวอย่าง 690 คน สุ่มโดยวิธีแบ่งกลุ่มสองขั้นตอน ตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองเพื่อประเมินคะแนนการปฏิบัติตัวจากคำถามทั้งหมด 13 ข้อ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อประมาณค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยประมาณค่าที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

ผลการศึกษา พบ ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของตัวอย่างกลุ่ม 608 เท่ากับ 33.4 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.8) จากคะแนนเต็ม 39 คะแนน ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 33.2 ถึง 33.7 คะแนน

กลุ่ม 608 ในเขตอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น มีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี อย่างไรก็ตาม ควรประเมินการปฏิบัติตัวของกลุ่ม 608 เป็นประจำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

คำสำคัญ : การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน, ไวรัสโคโรนา 2019, กลุ่ม 608

¹นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาวิทยาการระบาดและชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

* Corresponding author E-mail: Tanyamasja@kkumail.com

*Original Article***CORONAVIRUS DISEASE 2019 PREVENTION PRACTICES AMONG 608 GROUP
IN PHON DISTRICT, KHONKAEN PROVINCE**Tanyamas Jareet^{1*}, Siriporn Kamsa-ard²**Abstract**

Individuals in Group 608 are at high risk of dying if infected with the 2019 coronavirus. It is therefore necessary to behave to prevent infection. Therefore, the purpose of this study is to investigate coronavirus disease 2019 prevention practices among 608 Group in Phon District, Khon Kaen Province. The study design was descriptive. A sample of 690 individuals was selected using a two-stages cluster sampling. Participants answered a total of 13 items on a self-administered questionnaire to determine their practice scores. The data was then analysed to determine the mean score for prevention practice from coronavirus disease 2019 infection, which estimated the parameter at a 95 percent confidence level.

The study revealed that the mean score of a sample group consisting of 608 individuals on coronavirus disease 2019 prevention practices is 33.4 (standard deviation 2.8) out of 39 points in the total. The mean score is between 33.2 to 33.7 points with a 95 percent confidence level.

Group 608 in Phon District, Khon Kaen Province has a strong degree of coronavirus disease 2019 prevention practices. However, at least once per year, the prevention practices of the 608 group should be evaluated on a routine basis.

Keyword : Prevention practice, Coronavirus disease 2019, Group 608

¹ Master's Degree Student in Biostatistics, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

²Associate Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

* Corresponding author E-mail: Tanyamasja@kkumail.com

บทนำ

ไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคที่เกิดจากไวรัสสายพันธุ์ใหม่เรียกว่า SARS-CoV-2 พบครั้งแรกในเดือนธันวาคม 2562 ที่ประเทศจีน ต่อมาเกิดการระบาดของโรคไปในหลายประเทศ และในวันที่ 30 มกราคม 2563 องค์การอนามัยโลกจึงได้มีประกาศให้การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ¹ การแพร่กระจายของโรคจากคนสู่คนเป็นไปโดยง่ายและรวดเร็วผ่านทางละอองเสมหะจากการไอ จาม น้ำมูก น้ำลาย² ประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อรายแรกเมื่อวันที่ 12 มกราคม 2563¹ และต่อมาพบการระบาดเพิ่มมากขึ้นจนเมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2563 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้โรคไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตราย³ และภายหลังสถานการณ์การระบาดดีขึ้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีประกาศเมื่อวันที่ 19 กันยายน 2565 กำหนดให้ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 โรคไวรัสโคโรนา 2019 เปลี่ยนจากโรคติดต่ออันตรายเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง⁴ ข้อมูลการแพร่ระบาดโดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข รายงานสัปดาห์สุดท้ายของปี 2564, 2565 และ 2566 ดังนี้ ปี 2564 จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ยวันละ 2,715 ราย เสียชีวิตวันละ 20 ราย ปี 2565 จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ยวันละ 302 ราย เสียชีวิตวันละ 10 ราย และ ปี 2566 จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ยวันละ 85 ราย เสียชีวิตวันละ 3 ราย แม้สถานการณ์การระบาดของโรคดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ในแต่ละวันยังคงมีการรายงานจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิต⁵ กลุ่มที่มีการเฝ้าระวังอย่างสูงไม่ให้มีการติดเชื้อ คือ กลุ่ม 608 ซึ่งหมายถึง กลุ่มคนที่มีอายุมากกว่า 60 ปี กลุ่มผู้ป่วย 7 โรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน โรคเบาหวาน และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์⁶ เป็นกลุ่มมีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตหากมีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019⁷

คำแนะนำจากกระทรวงสาธารณสุขสำหรับประชาชนเพื่อป้องกันตนเองจากโรคไวรัสโคโรนา 2019 เมื่อเข้าสู่ระยะหลังการระบาดใหญ่ คือ ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2565 เป็นต้นไป สำหรับกลุ่ม 608 ให้มีการสร้างสุขอนามัยที่ดีโดยการหมั่นล้างมือด้วยน้ำและสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ ใช้ช้อนและแก้วน้ำส่วนตัวสำหรับการกินอาหาร เว้นระยะห่างตามความเหมาะสมเมื่อเข้าไปในสถานที่เสี่ยง แออัด หรือ ปิดทึบ สามารถดำเนินกิจกรรมรวมกลุ่มได้ตามปกติให้ทำการประเมินความเสี่ยงก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และสวมหน้ากากอนามัยเมื่อจำเป็นต้องเดินทางด้วยรถโดยสารสาธารณะหรือเข้าไปในสถานที่เสี่ยง แออัด ปิดทึบ รวมถึงการเข้าร่วมกิจกรรมที่มีการรวมกลุ่ม คอยสังเกตอาการป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรมเป็นเวลา 5-7 วัน และ ติดตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อเข้ารับการรักษาเพิ่มเติมกรณี⁸ แม้มีการศึกษาการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่ม 608 ในประเทศไทย แต่เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ⁹⁻¹¹ ขาดการศึกษาในกลุ่มอื่น รวมถึงเป็นการศึกษาในช่วงที่ไวรัสโคโรนา 2019 จัดเป็นโรคติดต่ออันตราย ยังไม่มีการศึกษาในช่วงการเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังซึ่งรัฐบาลมีความยืดหยุ่นในการดำเนินชีวิตของประชาชนมากกว่าช่วงเป็นโรคติดต่ออันตรายพิจารณาได้จากประชาชนสามารถรวมกลุ่มทำกิจกรรมได้ตามปกติ⁸ ในขณะที่เป็นโรคติดต่ออันตรายมีมาตรการที่เคร่งครัด¹²

ช่วงปี 2564 เป็นการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมาก จังหวัดขอนแก่นเคยถูกจัดเป็นพื้นที่สีแดง หมายถึงพื้นที่ควบคุมสูงสุดทั้งนี้เพราะมีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ในอัตราที่สูง การกระจายของโรคเป็นไปอย่างรวดเร็วในหลายพื้นที่และมีการติดเชื้อในลักษณะเป็นกลุ่มก้อน¹³ ข้อมูลการแพร่ระบาดโดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข รายงานสัปดาห์สุดท้ายของปี 2564 จังหวัดขอนแก่น จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ยวันละ 73 ราย เสียชีวิตวันละ 3 ราย⁵ อำเภอพลเป็นอำเภอหนึ่งของจังหวัดขอนแก่น ผู้ติดเชื้อรายใหม่ ข้อมูล ณ วันที่ 23 ธันวาคม 2564 จำนวน 4 ราย ไม่ปรากฏผู้เสียชีวิต วันที่ 13 เมษายน 2565 จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ 236 ราย แบ่งเป็น ผลตรวจ

จาก RT-PCR จำนวน 41 ราย และ ผลจาก ATK จำนวน 195 ราย และ ไม่ปรากฏผู้เสียชีวิต¹⁴ สำหรับกลุ่ม 608 ในอำเภอพล ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 จำนวน 28,147 คน แบ่งเป็น ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี 16,122 ราย กลุ่มผู้ป่วย 7 โรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง 1,605 ราย โรคหัวใจและหลอดเลือด 463 ราย โรคไตวายเรื้อรัง 855 ราย โรคหลอดเลือดสมอง 805 ราย โรคอ้วน 1,662 ราย โรคเบาหวาน 231 ราย โรคเบาหวาน 6,215 ราย และ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 189 ราย¹⁵

จากความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตเมื่อกลุ่ม 608 ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่ม 608 จึงต้องมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างเคร่งครัด และเนื่องจากที่ผ่านมาได้มีการศึกษาการปฏิบัติตัวในกลุ่ม 608 ไม่ครบทุกกลุ่ม ประกอบกับอำเภอพลมีกลุ่ม 608 จำนวนมาก การศึกษาจึงสนใจการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่ม 608 ในเขตอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น เพื่อจะได้มีข้อมูลสำหรับไปใช้วางแผนป้องกันกลุ่ม 608 อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น จากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างเหมาะสม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่ม 608 ในเขตอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

ประชากรที่ศึกษา

ประชากร คือ กลุ่ม 608 ในเขตอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น
เกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

- (1) อายุไม่น้อยกว่า 80 ปี
- (2) อ่านออก เขียนได้ และ สื่อสารรู้เรื่อง
- (3) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ขนาดตัวอย่าง

ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ กลุ่ม 608 ในเขตอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 710 ราย

ขนาดตัวอย่างกรณีประมาณค่าเฉลี่ยและสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม¹⁶ ดังนี้

$$n=n_{srs}(deff)$$

$$n_{srs} = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \sigma^2}{\epsilon^2}$$

Z เท่ากับ 1.96 เมื่อกำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95

σ^2 เท่ากับ 2.9^2 การศึกษาที่ผ่านมา⁹

ϵ เท่ากับ 1 คะแนน

$$n_{srs} = \frac{1.96^2 2.9^2}{1^2} = 32.3$$

$$deff = \frac{\text{var i ance}_{clus}}{\text{var i ance}_{srs}}$$

$$deff = \frac{variance_{clus}}{variance_{srs}}$$

$$variance_{clus} = \frac{\sigma^2}{k(n)} \{1 + [(n-1)(ICC)]\} = \frac{2.9^2}{4(7,037)} \{1 + [7,037-1]0.50\} = 1.05$$

$$\bar{k} = 28,147/4 = 7,037$$

อำเภอพล มีทั้งหมด 12 ตำบล แต่แบ่งเป็น 4 กลุ่ม

ICC = 0.50 (เนื่องจากไม่มีการรายงานค่า ICC จึงระบุในระดับปานกลาง คือ 0.50)

$$variance_{srs} = \frac{\sigma^2}{n} = \frac{2.9^2}{175} = 0.048$$

$$deff = 1.05/0.048 = 21.9$$

$$n = 32.3(21.9) = 707.4$$

การศึกษานี้ใช้จำนวนตัวอย่าง 710 คน

วิธีสุ่มตัวอย่าง

สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่มสองขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มกลุ่มตามตำบล อำเภอพลมีทั้งหมด 12 ตำบล ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 กลุ่ม 608 มีจำนวนทั้งสิ้น 28,147 คน¹⁵ และเนื่องจากแต่ละตำบลมีจำนวนคนกลุ่ม 608 ที่แตกต่างกันมากจึงทำการจัดกลุ่มตำบลออกเป็น 4 กลุ่ม เพื่อให้จำนวนคนแต่ละกลุ่มใกล้เคียงกัน ดังนี้

กลุ่มที่ 1 จำนวน 6,190 คน ประกอบด้วย 1 ตำบล ได้แก่ เมืองพล

กลุ่มที่ 2 จำนวน 6,567 คน ประกอบด้วย 3 ตำบล ได้แก่ โจดหนองแก 2,408 คน หนองแขวงนางบ้ำ 2,172 คน และ โสภนกเต็น 1,987 คน

กลุ่มที่ 3 จำนวน 7,512 คน ประกอบด้วย 4 ตำบล ได้แก่ โคกสง่า 2,064 คน หนองแขวงโสภพระ 2,053 คน โนนข่า 1,959 คน และ หนองมะเขือ 1,436 คน

กลุ่มที่ 4 จำนวน 7,878 คน ประกอบด้วย 4 ตำบล ได้แก่ เพ็กใหญ่ 2,495 คน ลอมคอม 2,281 คน เก่าจิว 1,853 คน และ หัวทุ่ง 1,249 คน

ทำการสุ่มกลุ่มโดยจับสลาก 1 กลุ่ม กลุ่มที่ถูกสุ่มได้ คือ กลุ่มที่ 1 คือ ตำบลเมืองพล

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มหมู่บ้าน เนื่องจากจำนวนตัวอย่างที่คำนวณได้เท่ากับ 710 คน จึงรวมจำนวนคนกลุ่ม 608 ของแต่ละหมู่บ้านให้ใกล้เคียงกัน คือ ประมาณกลุ่มละ 710 คน ดังตารางที่ 1 จากนั้นทำการสุ่มกลุ่มโดยจับสลาก 1 กลุ่ม กลุ่มที่ถูกสุ่มได้ คือ กลุ่มที่ 3 ประกอบด้วย หมู่ 10 บ้านหันใหญ่แม่เอีย หมู่ 11 บ้านชาตอานวย และ หมู่ 22 หนองแขวง 2 จำนวน 717 คน

ตารางที่ 1 จำนวนคนในกลุ่ม 608 ของแต่ละหมู่บ้าน ตำบลเมืองพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

หมู่บ้าน	จำนวน (คน)				กลุ่มที่
	คนที่อายุมากกว่า 60 ปี	ผู้ป่วย 7 โรคเรื้อรัง	หญิงตั้งครรภ์	รวมทั้งหมด	
หมู่ 1 บ้านชาต	143	107	0	250	
หมู่ 2 บ้านตำแย	129	137	0	266	
หมู่ 3 บ้านทับบา	96	102	0	198	

หมู่บ้าน	จำนวน (คน)				กลุ่มที่
	คนที่อายุ มากกว่า 60 ปี	ผู้ป่วย 7 โรคเรื้อรัง	หญิงตั้งครรภ์	รวม ทั้งหมด	
รวม				714	1
หมู่ 4 บ้านท่าหลวง	41	35	0	76	
หมู่ 5 บ้านหญ้าคา	192	105	0	297	
หมู่ 6 บ้านหันใหญ่	120	93	1	214	
หมู่ 7 บ้านโนนเหลื่อม	27	35	2	64	
หมู่ 8 บ้านหนองห้าง	40	23	0	63	
รวม				714	2
หมู่ 10 บ้านหันใหญ่แม่เอี้ย	117	111	1	229	
หมู่ 11 บ้านขาดอำนวย	186	134	1	321	
หมู่ 22 หนองแขว 2	132	35	0	167	
รวม				717	3
หมู่ 9 บ้านโนนเหม่น	40	43	2	85	
หมู่ 21 หนองแขว 1	100	46	1	147	
หมู่ 23 หนองแขว 3	123	58	0	181	
หมู่ 24 หนองแขว 4	122	33	0	155	
หมู่ 32 พลประชาณุกุล	94	49	0	143	
รวม				711	4
หมู่ 25 เมืองพล	134	87	1	222	
หมู่ 26 เมืองใหม่	143	86	0	229	
หมู่ 33 พลประชาพัฒนา	173	80	1	254	
รวม				705	5
หมู่ 27 เมืองเก่า	134	88	1	223	
หมู่ 28 ตลาดเก่า	301	209	3	513	
รวม				736	6
หมู่ 29 ทุ่งรวงทอง	261	181	2	444	
หมู่ 30 ศรีเมืองพล	186	90	0	276	
รวม				720	7
หมู่ 31 บขส. มิ่งเมือง	264	138	0	402	
หมู่ 34 พลประชากลางเมือง	231	91	0	322	
รวม				724	8
รวมทั้งหมด	3,529	2,196	16	5,741	

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ตัวแปรหลัก คือ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าเป็นคะแนน ได้จากการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองของอาสาสมัคร คำถามทั้งหมด 13 ข้อ ดังนี้ (1) สวมหน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้า เมื่อออกจากบ้าน (2) ล้างมือก่อนสัมผัสตา/จมูก/ปาก เมื่ออยู่ในที่สาธารณะ (3) ล้างมือก่อนกินอาหาร (4) กินอาหารที่ร้อนๆ/ปรุงสุกใหม่ๆ (5) ใช้ช้อนกลาง/ถ้วยแบ่งอาหารของตนเอง (6) ไม่ใช้อุปกรณ์ร่วมกับผู้อื่น เช่น แก้วน้ำ ช้อน ผ้าเช็ดหน้า (7) เว้นระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1 เมตร หรือ 1 ช่วงแขน เมื่ออยู่ในที่สาธารณะ (8) อาบน้ำและเปลี่ยนเสื้อผ้าทุกครั้งที่มาถึงบ้าน หลังจากออกไปทำธุระนอกบ้าน (9) คอยสังเกตอาการป่วยจากโรคไวรัสโคโรนา 2019 เช่น ไข้ ไอ ปวดตามร่างกาย เป็นเวลา 7 วัน ภายหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมที่มีคนจำนวนมาก (10) ไม่พบปะพูดคุยกับคนป่วยเป็นโรคไวรัสโคโรนา 2019 (11) เมื่อมีอาการป่วย เช่น ไข้ ไอ ปวดตามร่างกาย ท่านตรวจ ATK เพื่อหาว่า ติดเชื้อโควิด-19 (12) จำนวนครั้งต่อวันในการล้างมือด้วยน้ำสบู่/เจลแอลกอฮอล์ (13) จำนวนเข็มของวัคซีนไวรัสโคโรนา 2019 ที่ฉีด

คำถามแต่ละข้อมี 3 ตัวเลือก¹¹ ได้แก่ เคยทำเป็นประจำ 3 คะแนน เคยทำเป็นบางครั้ง 2 คะแนน และ ไม่เคยทำเลย 1 คะแนน การระบุว่า “ประจำ บ้างครั้ง หรือ ไม่เคย” ไม่มีนิยามเป็นไปตามความเข้าใจของผู้ตอบแบบสอบถาม ยกเว้นกรณีข้อ (12) หากระบุมากกว่า 5 ครั้ง ถือว่า “ประจำ” 1-5 ครั้ง ถือว่า “บางครั้ง” และ 0 ครั้ง ถือว่า “ไม่เคย” กรณีข้อ (13) หากระบุ 2 เข็ม ขึ้นไป ถือว่า “ประจำ” 1 เข็ม ถือว่า “บางครั้ง” และ 0 เข็ม ถือว่า “ไม่เคย” จากนั้นนำคะแนนทั้ง 13 ข้อ ของอาสาสมัครแต่ละคนมารวมกัน คะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้จึงเท่ากับ 39 คะแนน และ คะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้เท่ากับ 13 คะแนน

คำถามทั้ง 13 ข้อ ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง^{8, 11, 17} เมื่อสร้างคำถามเสร็จได้ให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสาธารณสุข 1 คน วิทยาการระบาด 1 คน และ ชีวสถิติ 1 คน พิจารณาความเหมาะสมและความถูกต้องของคำถาม ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item objective congruence: IOC) คำถามทั้ง 13 ข้อ เท่ากับ 1.00 จากนั้นนำคำถามทั้ง 13 ข้อ ไปทดลองใช้กับกลุ่ม 608 หมู่ที่ 10 บ้านหันน้อย ตำบลหนองแขวงโสภณ อำเภอฟล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 58 คน แบ่งเป็น กลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี 37 คน กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 20 คน และ หญิงตั้งครรภ์ 1 คน ตอบ แล้วนำคำตอบมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาชได้เท่ากับร้อยละ 77

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการหลังจากได้รับคำรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยหลังได้รับอนุญาตจากนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่นและนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ให้เก็บรวบรวมข้อมูลกับอาสาสมัครกลุ่ม 608 ในเขตอำเภอฟล จังหวัดขอนแก่น ได้ทำการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อขอแบบสอบถามไปแจกให้กับอาสาสมัครกลุ่ม 608 โดยมีอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเป็นผู้นำทางในการแจกแบบสอบถามที่บ้านของอาสาสมัครกลุ่ม 608 ทำการแจกแบบสอบถามไปทั้งหมด 710 ฉบับ ตามจำนวนตัวอย่างที่คำนวณได้ อาสาสมัครกลุ่ม 608 มีเวลาตอบแบบสอบถาม 1 วัน โดยวันรุ่งขึ้นอาสาสมัครนำแบบสอบถามส่งคืนด้วยการหย่อนลงไปในกล่องตั้งไว้ที่หน้าบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามที่แจ้งไว้ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม ถึง 15 พฤศจิกายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากแบบสอบถามถูกนำเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรม Excel เป็นการนำเข้า 2 ครั้ง อย่างเป็นอิสระต่อกันโดยนักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย 1 คน จากนั้นนำข้อมูลทั้งสองไฟล์มาตรวจสอบความตรงกันของการนำเข้าโดยใช้โปรแกรม Stata ผลการตรวจสอบไม่ปรากฏข้อมูลที่ไม่ตรงกัน

ไฟล์ข้อมูลผ่านการตรวจสอบความตรงกันของการนำเข้าแล้ว 1 ไฟล์ นำมาใช้วิเคราะห์ด้วยโปรแกรม Stata เพื่อตรวจสอบความผิดปกติของข้อมูล โดยตัวแปรกลุ่มสร้างตารางความถี่สำหรับพิจารณาหาค่าที่เป็นไปได้ ตัวแปรตัวเลขพิจารณาจากค่าต่ำสุดและค่าสูงสุดที่เป็นไปได้ ผลการตรวจสอบไม่ปรากฏข้อมูลผิดปกติ

ไฟล์ที่ผ่านการตรวจสอบความผิดปกติของข้อมูลแล้ว นำมาใช้วิเคราะห์ด้วยโปรแกรม Stata เพื่อหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และ ค่าสูงสุด เพื่อพรรณนาลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง กลุ่ม 608 และ พรรณนาคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัคร กลุ่ม 608 พร้อมทั้งอนุมานค่าเฉลี่ยคะแนนไปยังประชากรกลุ่ม 608 ในเขตอำเภอฟล จังหวัดขอนแก่น ด้วยช่วงเชื่อมั่นที่ ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE662167 รับรอง ณ วันที่ 8 กันยายน 2566 การยินยอมเข้าร่วมโครงการของอาสาสมัครโดยการกระทำ นั่นคือ การตอบแบบสอบถาม ด้วยตนเองแล้วส่งกลับคืนรูปแบบกระดาษ การเก็บรวบรวมข้อมูลยึดตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และการพิทักษ์สิทธิ์ของอาสาสมัคร ไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุล เลขบัตรประชาชน หรือ ที่อยู่อาศัยของอาสาสมัคร ไม่มีการบันทึกภาพหรือวิดีโอ การนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมของอาสาสมัครทุกคน ไม่มีการนำเสนอผลการวิจัยเป็นรายบุคคล ข้อมูลที่อาสาสมัครตอบจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ

ผลการวิจัย

ตัวอย่างกลุ่ม 608 อาศัยอยู่ในหมู่ 10 บ้านหันใหญ่แม่เอี้ย หมู่ 11 บ้านขาดอำนวนย และ หมู่ 22 หนองแวง2 ได้รับการแจกแบบสอบถาม 710 คน และเนื่องจากในกลุ่มนี้ 20 คน มีคุณสมบัติไม่เป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้า จึงไม่นำมาวิเคราะห์ข้อมูล โดย 2 คน อายุ 80 ปี และ 18 คน ไม่ใช่กลุ่ม 608 เหลือที่นำมาวิเคราะห์ 690 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 58.7 อายุเฉลี่ย 65.5 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.0 ปี) สถานภาพการสมรส พบ ร้อยละ 65.5 สมรส และ ร้อยละ 22.3 คู่สมรสเสียชีวิต จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 75.1 มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่าร้อยละ 13.0 ประกอบอาชีพ เกษตรกรรมร้อยละ 54.6 รับจ้างทั่วไปร้อยละ 17.1 ค้าขายหรือประกอบธุรกิจส่วนตัวร้อยละ 10.2 และไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเกษียณอายุราชการร้อยละ 16.7 จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกันเฉลี่ย 3.4 คน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.3 คน) มัธยฐาน 3 คน (น้อยที่สุด 1 คน มากที่สุด 8 คน)

ตัวอย่าง 690 คน เป็นผู้สูงอายุ 616 คน (ร้อยละ 89.3) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 196 คน (ร้อยละ 28.4) ผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง 32 คน (ร้อยละ 4.6) ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 29 คน (ร้อยละ 4.2) ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง 28 คน (ร้อยละ 4.1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 24 คน (ร้อยละ 3.5) ผู้ป่วยโรคมะเร็ง 20 คน (ร้อยละ 2.9) ผู้ป่วยโรคอ้วน 5 คน (ร้อยละ 0.7) และ หญิงตั้งครรภ์ 2 คน (ร้อยละ 0.3)

ตัวอย่าง 213 คน (ร้อยละ 30.9) เป็นกลุ่ม 608 จำนวน 2 ประเภท โดยเป็นผู้สูงอายุและเป็นโรคอื่น 204 คน โรคอื่น ได้แก่ เบาหวาน 129 คน หัวใจและหลอดเลือด 13 คน ทางเดินหายใจเรื้อรัง 22 คน ไตวายเรื้อรัง 15 คน หลอดเลือดสมอง 13 คน มะเร็ง 8 คน และ อ้วน 4 คน และ เป็นโรคเบาหวานและโรคอื่น 9 คน โรคอื่น ได้แก่ หัวใจและหลอดเลือด 3 คน ทางเดินหายใจเรื้อรัง 2 คน ไตวายเรื้อรัง 2 คน หลอดเลือดสมอง 1 คน และอ้วน 1 คน

ตัวอย่าง 23 คน (ร้อยละ 3.3) เป็นกลุ่ม 608 จำนวน 3 ประเภท โดยทุกคนเป็นผู้สูงอายุ เป็นโรคเบาหวาน และโรคอื่น โดยโรคอื่น ได้แก่ หัวใจและหลอดเลือด 6 คน ทางเดินหายใจเรื้อรัง 1 คน ไตวายเรื้อรัง 4 คน หลอดเลือดสมอง 9 คน และ มะเร็ง 1 คน และ เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง 1 คน และ โรคหลอดเลือดสมองและโรคมะเร็ง 1 คน

ตัวอย่าง 1 คน เป็นกลุ่ม 608 จำนวน 4 ประเภท โดยเป็นผู้สูงอายุ เบาหวาน หัวใจและหลอดเลือด และ ไตวายเรื้อรัง

ตัวอย่าง 690 คน มีค่าเฉลี่ยคะแนนปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 33.4 คะแนน จากคะแนนเต็ม 39 คะแนน (95% CI: 33.2 ถึง 33.7) เมื่อพิจารณาแยกแต่ละกลุ่ม ดังนี้ ผู้สูงอายุ 33.4 คะแนน (95% CI: 33.2 ถึง 33.6) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 33.8 คะแนน (95% CI: 33.4 ถึง 34.3) ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 32.8 คะแนน (95% CI: 31.8 ถึง 33.7) ผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง 31.9 คะแนน (95% CI: 31.0 ถึง 32.9) ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง 33.2 คะแนน (95% CI: 32.2 ถึง 34.2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 32.4 คะแนน (95% CI: 30.9 ถึง 34.0) ผู้ป่วยโรคมะเร็ง 32.8 คะแนน (95% CI: 31.7 ถึง 33.9) ผู้ป่วยโรคอ้วน 35.0 คะแนน (95% CI: 32.7 ถึง 37.3) และ หญิงตั้งครรภ์ 37.0 คะแนน (95% CI: 24.3 ถึง 49.7) เมื่อพิจารณาตามจำนวนประเภทกลุ่มเสี่ยง ดังนี้ เป็นกลุ่มเสี่ยง 608 จำนวน 1 ประเภท ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 33.5 คะแนน (95% CI: 33.3 ถึง 33.8) จำนวน 2 ประเภท ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 33.4 คะแนน (95% CI: 33.0 ถึง 33.8) จำนวน 3 ประเภท ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 33.4 คะแนน (95% CI: 30.8 ถึง 34.0) และ จำนวน 4 ประเภท ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 36.0 คะแนน รายละเอียดคะแนนดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของตัวอย่างกลุ่ม 608 อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

กลุ่มเสี่ยง 608	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	คะแนนการปฏิบัติตัว			
		22-30 คะแนน		31-39 คะแนน	
		(ปานกลาง)		(ดี)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ทุกกลุ่ม (690 คน)	33.4 (2.8)	109	15.8	581	84.2
ประเภทของกลุ่ม 608					
ผู้สูงอายุ (616 คน)	33.4 (2.9)	103	16.7	513	83.3
โรคเบาหวาน (196 คน)	32.6 (2.4)	28	14.3	168	85.7
โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (32 คน)	31.9 (2.5)	11	34.4	21	65.6
โรคหัวใจและหลอดเลือด (29 คน)	33.3 (2.8)	6	20.7	23	79.3
โรคไตวายเรื้อรัง (28 คน)	33.2 (2.6)	4	14.3	24	85.7
โรคหลอดเลือดสมอง (24 คน)	32.4 (3.7)	7	29.2	17	70.8
โรคมะเร็ง (20 คน)	32.8 (2.4)	2	10.0	18	90.0
โรคอ้วน (5 คน)	35.0 (1.9)			5	100.0
ตั้งครรภ์ (2 คน)	37.0 (1.4)			2	100.0
จำนวนประเภทของกลุ่ม 608					
1 ประเภท (453 คน)	33.5 (2.8)	65	14.3	388	85.7
2 ประเภท (213 คน)	33.4 (2.9)	36	16.9	177	83.1

3 ประเภท (23 คน)	32.4 (3.7)	8	34.8	15	65.2
4 ประเภท (1 คน)	36.0 (0.0)			1	100.0

หมายเหตุ

- 1) นำคะแนนจัดเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ $(39-13) / 3 = 8.7$

(39 คือ คะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ 13 คือ คะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้)

กลุ่มที่ 1 คือ 13-21 คะแนน ปฏิบัติตัวไม่ดี

กลุ่มที่ 2 คือ 22-30 คะแนน ปฏิบัติตัวปานกลาง

กลุ่มที่ 3 คือ 31-39 คะแนน ปฏิบัติตัวดี

- 2) ประเภทของกลุ่ม 608

1 ประเภท หมายถึง เป็นกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งของกลุ่ม 608 เช่น เป็นผู้สูงอายุอย่างเดียว ไม่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2 ประเภท หมายถึง เป็นกลุ่ม 608 สองกลุ่ม เช่น เป็นผู้สูงอายุและป่วยเป็นโรคเบาหวาน

3 ประเภท หมายถึง เป็นกลุ่ม 608 สามกลุ่ม เช่น เป็นผู้สูงอายุ ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และ ป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรัง

4 ประเภท หมายถึง เป็นกลุ่ม 608 สามกลุ่ม เช่น เป็นผู้สูงอายุ ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรัง และ ป่วยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด

พิจารณาคำถามแต่ละข้อจาก 13 ข้อ ประเด็นการปฏิบัติตัวเป็นประจำเพื่อป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ตัวอย่างกลุ่ม 608 เกิน 3 ใน 4 ปฏิบัติเป็นประจำ พบ 4 ประเด็น ได้แก่ (1) ฉีดวัคซีนไวรัสโคโรนา 2019 (2) สวมหน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้าเมื่อออกจากบ้าน (3) ล้างมือก่อนกินอาหาร และ (4) ไม่ใช้อุปกรณ์ร่วมกับผู้อื่น เช่น แก้วน้ำ ช้อน และ 1 ประเด็นที่ตัวอย่างไม่ถึง 1 ใน 4 ปฏิบัติเป็นประจำ ได้แก่ การเว้นระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1 เมตร หรือ 1 ช่วงแขน เมื่ออยู่ในที่สาธารณะ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ของตัวอย่างกลุ่ม 608 อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น (จำนวน 690 คน)

การปฏิบัติตัว	ประจำ		บางครั้ง		ไม่เคย	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ฉีดวัคซีนไวรัสโคโรนา 2019	666	96.5	7	1.0	17	2.5
2. สวมหน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้า เมื่อออกจากบ้าน	627	90.9	63	9.1	0	0
3. ล้างมือก่อนกินอาหาร	605	87.7	85	12.3	0	0
4. ไม่ใช้อุปกรณ์ร่วมกับผู้อื่น เช่น แก้วน้ำ ช้อน ผ้าเช็ดหน้า	527	76.4	158	22.9	5	0.7
5. ไม่พบปะพูดคุยกับคนป่วยเป็นไวรัสโคโรนา 2019	475	68.8	209	30.3	6	0.9
6. ล้างมือก่อนสัมผัสผ้า/สัมผัส/ปาก	432	62.6	252	36.5	9	0.9

การปฏิบัติตัว	ประจำ		บางครั้ง		ไม่เคย	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เมื่ออยู่ในที่สาธารณะ						
7. กินอาหารที่ร้อนๆ/ปรุงสุกใหม่ๆ	326	47.3	364	52.7	0	0
8. คอยสังเกตอาการป่วยจากไวรัสโคโรนา 2019 เช่น ไข้ ไอ ปวดตามร่างกาย เป็นเวลา 7 วัน ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมที่มีคน จำนวนมาก	305	44.2	330	47.8	55	8.0
9. เมื่อมีอาการป่วย เช่น ไข้ ไอ ปวดตามร่างกาย ท่านตรวจ เพื่อหาว่า ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ไม่มีอาการ 292 คน)	169	42.5	209	52.5	20	5.0
10. ใช้ช้อนกลาง/ถ้วยแบ่งอาหารของตนเอง	271	39.3	409	59.3	10	1.4
11. ล้างมือด้วยน้ำสบู่/เจลแอลกอฮอล์	267	38.7	423	61.3	0	0
12. อาบน้ำและเปลี่ยนเสื้อผ้าทุกครั้ง ที่มาถึงบ้านหลังจากออกไป ทำธุระนอกบ้าน	227	32.9	427	61.9	36	5.2
13. เว้นระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1 เมตร หรือ 1 ช่วงแขน เมื่ออยู่ในที่สาธารณะ	140	20.3	515	74.6	35	5.1

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่ม 608 ในเขตอำเภอฟล จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับดี นั่นคือ ค่าเฉลี่ยคะแนนปฏิบัติตัว เท่ากับ 33.4 คะแนน จากคะแนนเต็ม 39 คะแนน (95% CI: 33.2 ถึง 33.7) และเมื่อพิจารณาแยกแต่ละกลุ่มยังคงพบการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เพราะกลุ่ม 608 ได้รับทราบข้อมูลข่าวสารความรุนแรงของโรค และวิธีการดูแลตนเองจากช่องทางต่างๆ ได้แก่ โทรทัศน์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของพนม คลีณา ที่พบประชาชนมีการเข้าถึงข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ผ่านสื่อมวลชน สื่อบุคคล ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำสุขภาพ ครอบครัว เพื่อนบ้าน อาสาสมัครต่างดาว สื่อรณรงค์เฉพาะกิจ สื่อท้องถิ่น สื่อชุมชน และ สื่อออนไลน์¹⁸ ทำให้ประชาชนมีความรู้และตระหนักในการดูแลตนเอง ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิกา อุ่นอ้าย และคณะ ที่พบพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 66.5 คะแนน จากคะแนนเต็ม 72 คะแนน)¹⁹ หรือ การศึกษาของสรลีส สنجจันทร์ และ วิรัตน์ สنجจันทร์ ที่พบพฤติกรรมในการป้องกันความเสี่ยงของผู้สูงอายุในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมาก

(ค่าเฉลี่ย 4.31 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน)²⁰ และ การศึกษาของ Chen et al. ผู้สูงอายุจีนมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 13.8 จาก 15 คะแนนเต็ม²¹

กลุ่ม 608 มากกว่าร้อยละ 90 ปฏิบัติตัวเป็นประจำในประเด็นการฉีดวัคซีนไวรัสโคโรนา 2019 พบ ร้อยละ 96.5 และ การสวมหน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้า เมื่อออกจากบ้าน ร้อยละ 90.9 ทั้งนี้เพราะรัฐบาลมีการณรงค์ให้ประชาชน เห็นความสำคัญของการฉีดวัคซีนไวรัสโคโรนา 2019 ครบ 2 เข็ม และ เข็มที่ 3 เป็นต้นไป ซึ่งเป็นเข็มกระตุ้น รวมถึง ประโยชน์ของการสวมหน้ากากอนามัยซึ่งช่วยป้องกันการติดเชื้อได้^{7,22} การปฏิบัติตัวดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิกา อุ่นอ้าย และคณะ โดยพบผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 93.7 ใส่หน้ากากอนามัยหากอยู่ ในที่แออัด และเมื่อเจ็บป่วยหยุดพักที่บ้าน¹⁹ ประเด็นที่กลุ่ม 608 มีการปฏิบัติเป็นประจำน้อยที่สุด พบ ร้อยละ 20.3 มี การเว้นระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1 เมตร หรือ 1 ช่วงแขน เมื่ออยู่ในที่สาธารณะ ทั้งนี้เพราะการศึกษานี้เป็นการเก็บ ข้อมูลจากอาสาสมัครในเขตชนบท โดยสังคมชนบทเป็นสังคมที่บุคคลมีความสนิทสนม ไปมาหาสู่กันเป็นประจำ มีความ ผูกพันกันเหมือนญาติ²³ จึงทำให้การเว้นระยะห่างทางสังคมเป็นการปฏิบัติที่ยากซึ่งมีความต่างจากการศึกษาของ Yodmai et al. ซึ่งพบพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง ประเทศ ไทย ร้อยละ 78.1 มีการเว้นระยะห่างกับผู้อื่นอย่างน้อย 2 เมตร¹¹

การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่ม 608 ในเขตอำเภอลพ จังหวัด ขอนแก่น อยู่ในระดับดี อย่างไรก็ตาม กลุ่ม 608 เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงหากมีการติดเชื้อ จึงควรมีการประเมิน การปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มดังกล่าวต่อเนื่องอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพล และ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองพล ที่ให้ความอนุเคราะห์อนุญาตให้เก็บรวบรวม ข้อมูลกับกลุ่ม 608 ในเขตอำเภอลพ จังหวัดขอนแก่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเมืองพลที่เอื้ออำนวย ความสะดวกในการเก็บข้อมูล อาสาสมัครกลุ่ม 608 หมู่ 10 บ้านหันใหญ่แม่เอี้ย หมู่ 11 บ้านชาดอำนวย และ หมู่ 22 หนองแวง2 ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ ได้แก่ ผู้ช่วย ศาสตราจารย์ ดร.ประภัสรา ศิริกาญจน์ ดร.ธนอม นามวงศ์ และ ดร.ณัฐพล โยธา รวมถึงการให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่ทำ ให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. งานโรคติดต่ออุบัติใหม่ กลุ่มพัฒนาวิชาการโรคติดต่อ. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มาตรการสาธารณสุขและปัญหาอุปสรรคการป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทาง[อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวง สาธารณสุข; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 31 ม.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf>
2. World Health Organization. How is it transmitted? [Internet]. Geneva: World Health Organization ; 2021 [cited 2023 Jan 31]. Available from: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19-how-is-it-transmitted>

3. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2563 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 31 ม.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/10020200514102630.PDF>
4. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 ก.พ. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/15720220926033413.PDF>
5. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ผู้ป่วย COVID-19 ภายในประเทศรายสัปดาห์ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 1 พ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/>
6. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. กลุ่ม 608 คือกลุ่มคนที่ต้องได้รับการวัคซีนป้องกันโควิด-19 มากที่สุด [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 ก.พ. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://multimedia.anamai.moph.go.th/anamai-toons/covid-vaccine-4>
7. กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค แจ้งสถานการณ์โควิดและเผยแพร่ข้อมูลผู้เสียชีวิต พบส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง 608 ที่ไม่ได้รับวัคซีน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 1 พ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=40189&deptcode=brc>
8. กระทรวงสาธารณสุข. คำแนะนำสำหรับประชาชนเพื่อการป้องกันโควิด 19 เมื่อเข้าสู่ระยะหลังการระบาดใหญ่ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 30 มี.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/int_protection/int_protection_220665.pdf
9. อนิสรา วงศ์จันทร์, นิธิกรณ ฆมแสน, ปิยะธิดา เยยโพธิ์, กฤติยาณี ศรียาโง, สุพัต กิตติวรเวช. ระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ของชมรมผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 13(2): 71-94; กรกฎาคม-ธันวาคม, 2565.
10. ประภัสสร เรืองฤทธิ์, วรินทร์มาศ เกษทองมา, วุฒิพงศ์ ภักดีกุล. พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ในจังหวัดสกลนคร. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 15(2): 254-268; พฤษภาคม-สิงหาคม, 2565.
11. Yodmai K, Pechrapa K, Kittipichai W, Charupoonpol P, Suksatan W. Factors associated with good COVID-19 preventive behaviors among older adults in urban communities in Thailand. J Prim Care Community Health. 2021 Jan-Dec; 12:21501327211036251. doi: 10.1177/21501327211036251.
12. กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานส่งเสริมการจัดประชุมและนิทรรศการ (องค์การมหาชน). แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามมาตรการปลอดภัยสำหรับองค์กร (COVID Free Setting) สำหรับการจัดงานแสดงคอนเสิร์ต ดนตรี งานอีเวนต์ งานเทศกาลและมหกรรมต่างๆ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564. [เข้าถึงเมื่อ 20 เม.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.bussinesseventsthailand.com/uploads/press_media/file/220610-file-A5O2Pk21k.pdf
13. สำนักงานสถิติแห่งชาติจังหวัดขอนแก่น สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. รายงานวิเคราะห์สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: สำนักงานสถิติแห่งชาติจังหวัดขอนแก่น, 2564.
14. โรงพยาบาลพล. รายงานสถานการณ์ COVID-19 อำเภอพล [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น: โรงพยาบาลพล; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 เม.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.facebook.com/PhonHospitalPhon>

15. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. Health Data Center : HDC [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 31 มี.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก:
<https://kkn.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
16. Alimohamadi Y, Sepandi M. Considering the design effect in cluster sampling. J Cardiovasc Thorac Res 2019;11(1):78. doi: 10.15171/jcvtr.2019.14.
17. Ademas A, Adane M, Keleb A, Berihun G, Lingerew M, Sisay T, et al. COVID-19 prevention practices and associated factors among diabetes and HIV/AIDS clients in South-Wollo zone, Ethiopia: a health facility-based cross-sectional study. J Multidiscip Healthc. 2021 Aug 4;14:2079-2086. doi: 10.2147/JMDH.S325207.
18. พนม คลีฉายา. การเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพเพื่อการดูแลตนเอง ให้ปลอดภัยจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศของประชาชนในเขตเมือง [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 30 เม.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก:
<http://164.115.27.97/digital/files/original/6146d0dd1385e905faad6822bcd5f5773.pdf>
19. กรรณิกา อุ่นอ้าย, พนิดา ชัยวัง, พรพิมล กรกกกฏาจร, ดวงใจ ปันเจริญ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบท จังหวัดเชียงราย. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 49(1): 200-212; มกราคม-มีนาคม, 2565.
20. สราลี สนธิจันทร์, วิรัตน์ สนธิจันทร์. การเปิดรับสื่อ ทักษะคิดและพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงของผู้สูงอายุในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19). วารสารชุมชนวิจัยและพัฒนาสังคม. 16(1): 64-77; มกราคม-มีนาคม, 2565.
21. Chen Y, Zhou R, Chen B, Chen H, Li Y, Chen Z, et al. Knowledge, perceived beliefs, and preventive behaviors related to COVID-19 among Chinese older adults: cross-sectional web-based survey. J Med Internet Res 2020 Dec 31;22(12):e23729. doi: 10.2196/23729.
22. กรมอนามัย. กรมอนามัย ย้ำสวมหน้ากากให้ถูกวิธี ถูกประเภท ลดการติดและแพร่เชื้อของโควิด-19 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 6 พ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก:
<https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/171164/>
23. กันทนา ใจสุวรรณ. วิถีชีวิตคนชนบทไทยยุค 4.0. วารสารปัญญาภิธาน. 5(1): 29-41; มกราคม-มิถุนายน, 2563.

Received: 1 Jul. 2024, Revised: 22 Jul. 2024

Accepted: 31 Jul. 2024

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน
ทีมหมอครอบครัว อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรีสนั่น แดงบัว¹ ธัญวรรณ เกิดดอนทราย^{2*} นพโรจน์ วงศ์พัชรจรัส² และวีระพงศ์ อมัต²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว ที่อายุ 18 ขึ้นไป ที่ปฏิบัติงานมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี ในอำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี จำนวน 2,333 คน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 805 คน สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม วิเคราะห์โดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และ Stepwise Multiple Regression

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.6 เพศชาย ร้อยละ 12.4 ส่วนมากมีอายุ 60-79 ปี ร้อยละ 69.7 โดยมีอายุน้อยสุด 23 ปี และอายุสูงสุด 85 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 64.3 (SD = 79.58) มีสถานภาพสมรส แต่งงานมากที่สุด ร้อยละ 65.1 ระดับการศึกษาประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 62.5 ประกอบอาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้าน มากที่สุด ร้อยละ 34.4 รายได้ต่อเดือน $\leq 10,000$ บาท มากที่สุด ร้อยละ 90.9 ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการทำงาน คือ 16 ปีขึ้นไป ร้อยละ 52.1

ระดับการปฏิบัติงานตามบทบาทของสม.ในทีมหมอครอบครัวอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 64.5 ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของสม.ในทีมหมอครอบครัว ได้แก่ การรับรู้บทบาท แรงจูงใจ ทักษะ และแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว เรียงตามลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม, แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน, การรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงาน, และทัศนคติต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งร่วมกันทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัวได้ร้อยละ 41.3

คำสำคัญ: ทักษะแรงจูงใจ แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้บทบาท สม.

¹ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนนทบุรี

² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

* Corresponding author : E-mail: thanyanwan1134@gmail.com

*Original Article***FACTORS INFLUENCING THE ROLE PERFORMANCE OF VILLAGE HEALTH
VOLUNTEERS IN THE FAMILY DOCTOR TEAM MUEANG NONTHABURI
DISTRICT NONTHABURI PROVINCE****Abstract**

This analytical cross-sectional study focuses on village health volunteers (VHVs) in family health teams aged 18 and above, who have been serving for at least one year in Mueang Nonthaburi District, Nonthaburi Province. The total population was 2,333, and a sample size of 805 was selected using simple random sampling. Data collection was performed using questionnaires, and analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, chi-square, Pearson correlation coefficient, and stepwise multiple regression.

Demographics:

The majority of the sample were female (87.6%), with males accounting for 12.4%. Most participants were aged 60-79 years (69.7%), with the youngest being 23 and the oldest 85 years old, and an average age of 64.3 (SD = 79.58). The highest marital status was married (65.1%), with most having primary education (62.5%). The predominant occupation was homemaker (34.4%), with the majority having a monthly income of $\leq 10,000$ baht (90.9%). Most had been VHVs for 16 years or more (52.1%).

The performance level of VHVs in family health teams was high, at 64.5%. Factors significantly related to VHV performance included role perception, motivation, attitude, and social support. The most influential factors on VHV performance in descending order were social support, motivation, role perception, and attitude, collectively predicting 41.3% of the variance in VHV performance.

Keywords: Attitude, motivation, social support and role recognition

¹ Mueang Nonthaburi District Health Office

² Faculty of Public Health Bangkokthonburi University

Corresponding Author E-mail: thanyawan1134@gmail.com

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายห่อครอบครัว (family care team) เกิดขึ้นเป็นการบูรณาการในแนวดิ่งในระบบสาธารณสุข และมีการผลักดันสู่การปฏิบัติ แต่ไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องจากยังมีข้อจำกัดจากปัญหาโครงสร้างระบบการจัดบริการจำนวนบุคลากรปฐมภูมิที่ยังไม่พอเพียง และการลงทุนพัฒนาหน่วยปฐมภูมิยังดำเนินการไม่ได้ เติมนที่รวมทั้งแนวคิดของบุคลากรสาธารณสุขทั้งในระดับปฏิบัติและระดับบริหารที่ยังยึดติดกับวิธีจัดบริการแบบที่โรงพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขเป็นศูนย์กลางกระทรวงสาธารณสุขจึงได้ยกระดับความเข้มข้นของนโยบายขึ้นในปีงบประมาณ 2558 นำแนวคิดห่อครอบครัวเดิมมาบูรณาการกับการจัดการเชิงโครงสร้าง (Organization management) ทำให้เห็นภาพการขับเคลื่อนที่ชัดเจนมากขึ้นภายใต้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดตั้งสำนักสนับสนุน ระบบสุขภาพปฐมภูมิและคลินิกห่อครอบครัว (สปค.) ขึ้นมีฐานะเทียบเท่ากอง เพื่อให้มีหน้าที่ในการพัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์ กลไกและรูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิผลักดันส่งเสริมให้เกิดการพัฒนากำลังคนสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานตลอดจนพัฒนาระบบติดตามประเมินผลและระบบบริหารจัดการ 5 ทั้งนี้มีการกำหนดกรอบอัตรากำลังบุคลากรแต่ละสาขาโดยใช้สัดส่วนประชากรที่ดูแลเป็นตัวกำหนดและบูรณาการการดูแลของทีมสหวิชาชีพผ่านนโยบาย “คลินิกห่อครอบครัว”¹

คลินิกห่อครอบครัว หมายถึง การจัดรูปแบบบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิเป็นกลุ่มบริการ โดยการจัดให้มีทีมสหวิชาชีพซึ่งประกอบด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข และวิชาชีพอื่นๆ รวมถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นทีมห่อครอบครัว หรืออาจเรียกว่า “Family medical care team” ร่วมกันดูแลประชาชนโดยจัดให้มีจำนวนประชากร 10,000 คน/ทีม ทำหน้าที่ดูแลประชาชนแบบญาติมิตรใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวใจในการดำเนินงานและให้ทีม 3 ทีมมารวมตัวกันเกิดเป็นกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิให้ชื่อว่า “คลินิกห่อครอบครัว” หรือ Primary Care Cluster (PCC) เท่ากับ 1 cluster ร่วมกันดูแลประชาชนประมาณ 30,000 คน² ซึ่งบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขหรือที่เราเรียกย่อๆ ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นั้นเป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากพี่เลี้ยง คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้านเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย การสื่อสารข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนา สาธารณสุข ตลอดจนการให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพและจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนในหมู่บ้าน/ท้องที่และชุมชน/ตำบลตามโครงการตำบลจัดการสุขภาพ ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถเป็นกำลังเสริมภาคประชาชนที่เข้มแข็งให้กับทีมห่อครอบครัวได้²

ดังนั้น การมีบทบาทสำคัญในการบริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชนมิใช่เป็นการดำเนินงานแต่เพียงงานสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว แต่เป็นการบูรณาการงานทุกภาคส่วนเข้าด้วยกันจึงเป็นบทบาทที่จะต้องตอบสนองความต้องการของประชาชนสำหรับบทบาทและความรับผิดชอบหลักของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ บทบาทในการแก้ไขร้ายกระจายข่าวดีชี้บริการประสานงานสาธารณสุขบำบัดทุกข์ประชาชนทำตนเป็นตัวอย่างที่ดีหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในรูปแบบการทำแผนงานโครงการการบริหารจัดการงบประมาณและการบริการสุขภาพผสมผสานการป้องกัน รักษาส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพครอบคลุมกิจกรรม 14 กิจกรรมหลักเพื่อดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหาของชุมชนสาธารณสุขในระดับชุมชนมีความสำคัญที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/จำเป็นต้องรู้เข้าใจสามารถนำไปใช้ประโยชน์และ

สนับสนุนการดำเนินงานได้อย่างถูกต้องหากสามารถวางแผนงาน เพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขภายในชุมชนของตนเองได้ ด้านสาธารณสุขได้การกระตุ้นแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านการเสริมสร้างเรื่องผลประโยชน์ตอบแทนและให้ความรู้ด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานจะทำให้ประชาชนยอมรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพิ่มขึ้น ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว ได้แก่ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัวทัศนคติต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว³

จากข้อเท็จจริงที่ว่าความสำเร็จในการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการนำผลวิจัยที่ได้ไปวางแผนในทีมหมอครอบครัว และเป็นแนวทางในการพัฒนาความสามารถด้านการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical research) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว ที่อายุ 18 ขึ้นไป ที่ปฏิบัติงานมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี ในอำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี จำนวน 2,333 คน

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว ที่อายุ 18 ขึ้นไปปฏิบัติงานมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี ในอำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการใช้สูตรในการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel⁴ จากการคำนวณจะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 767 คน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในขณะเก็บรวบรวมข้อมูลและลดปัญหาการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือน้อยกว่าที่กำหนดหรือมีข้อมูลสูญหาย (Missing data) ซึ่งคาดว่าจะเกิดขึ้นร้อยละ 5 (38 คน) ผู้วิจัยจึงปรับขนาดตัวอย่างใหม่เป็น 805 คน การสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างได้ดำเนินการ ดังนี้ 1) คำนวณจำนวนตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัวที่ปฏิบัติงานอยู่ในอำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี แต่ละตำบล โดยใช้สูตรในการคำนวณ 2) หลังจากนั้นได้สุ่มตัวอย่างแบบง่าย

เกณฑ์การคัดตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยมี ดังนี้ (1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อายุ 18 ปีขึ้นไป และปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี (2) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยไม่ได้รับการบอกข้อมูลโครงการวิจัยอย่างครบถ้วน

เกณฑ์การคัดตัวอย่างออกจากโครงการวิจัยมี ดังนี้ (1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัวอำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ที่ปฏิบัติงานน้อยกว่า 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาในการเป็นอสม.ในทีมหมอครอบครัว จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงานของอสม.ในทีมหมอครอบครัว จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอสม.ในทีมหมอครอบครัว จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการปฏิบัติงานของอสม.ในทีมหมอครอบครัว จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมการปฏิบัติงานของอสม.ในทีมหมอครอบครัว จำนวน 15 ข้อ เกณฑ์การแปลผลประยุกต์แนวความคิด Bloom and Block⁵ สามารถจัดได้ ดังนี้ ร้อยละ 80 ขึ้นไป (60-75 คะแนน) อยู่ในระดับมากร้อยละ 60-79 (46-59 คะแนน) อยู่ในระดับปานกลาง และน้อยกว่าร้อยละ 60 (15-45 คะแนน) อยู่ในระดับน้อย ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอสม.ในทีมหมอครอบครัว จำนวน 20 ข้อ เกณฑ์การแปลผลประยุกต์แนวความคิด Bloom and Block⁵ สามารถจัดได้ดังนี้ ร้อยละ 80 ขึ้นไป (70-100 คะแนน) มีการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 60-79 (40-79 คะแนน) มีการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง และน้อยกว่าร้อยละ 60 (20-49 คะแนน) มีการปฏิบัติงานอยู่ในระดับน้อย ทั้งนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดที่ได้พัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ลักษณะของแบบสอบถามโดยนำแบบสอบถามที่แก้ไขแล้วปรับปรุงให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสาธารณสุขศาสตร์ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความถูกต้องทางภาษาคำ IOC พบว่า คำถามทุกข้อมีค่าเกิน 0.60 ขึ้นไป แต่ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ข้อเสนอแนะให้ปรับแก้ประโยคที่ใช้ในข้อคำถามหรือข้อความให้เหมาะสมมีความชัดเจนสมบูรณ์ขึ้น นำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมก่อนนำไปทดลองใช้ (Try Out) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงไปทดลองใช้กับผู้ใช้บริการที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของครอนบาค 10 พบว่า มีความเชื่อมั่น เท่ากับ .91

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในการเก็บรวบรวมข้อมูลถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
2. จัดหาผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูล
3. ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม
4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่หรือร้อยละมาใช้วิเคราะห์เพื่ออธิบายคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และ Chi square ในการทดสอบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของข้อมูลที่ได้รับมาจากกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนใช้ในการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอสม.ในทีมหมอครอบครัว

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี เมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2566 เอกสารรับรอง 25/2566 รหัสโครงการเลขที่ 11/2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผลการศึกษาพบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.6 เพศชาย ร้อยละ 12.4 อายุ 60-79 ปี ร้อยละ 69.7 สถานภาพสมรส พบว่า มีสถานภาพสมรสแต่งงานมากที่สุด ร้อยละ 65.1 ระดับการศึกษาประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 62.5 ประกอบอาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้าน มากที่สุด ร้อยละ 34.4 รายได้ต่อเดือน $\leq 10,000$ บาท มากที่สุด ร้อยละ 90.9 ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการทำงาน 16 ปีขึ้นไป ร้อยละ 52.1 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	100	12.4
หญิง	705	87.6
อายุ (ปี)		
< 20-39 ปี	14	1.7
40-59 ปี	138	17.2
60-79 ปี	561	69.7
80 ปีขึ้นไป	92	11.4
สถานภาพสมรส		
โสด	70	8.7
สมรส/คู่	524	65.1
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	211	26.2
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	503	62.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	106	13.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	88	10.9
อนุปริญญา/ปวส.	53	6.6
ปริญญาตรีขึ้นไป	55	6.8
อาชีพหลัก		
เกษตรกร	230	28.6
ประมง	0	0
รับจ้างทั่วไป	172	21.4
ค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว	93	11.6
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	277	34.4
อื่นๆ	33	4.0
รายได้ต่อเดือน		

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
≤ 10,000 บาท	732	90.9
10,001-20,000 บาท	61	7.6
20,001-30,000 บาท	8	1.0
30,001 บาท	4	0.5
ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ปี)		
1-5 ปี	60	7.5
6-10 ปี	127	15.8
11-15 ปี	198	24.6
16 ปี	420	52.1

2. ระดับการรับรู้บทบาท แรงจูงใจ ทักษะคติ แรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการรับรู้บทบาท แรงจูงใจ ทักษะคติ แรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัวอยู่ในระดับมาก

3. การปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอกรอบครัว
อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 64.5

6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและไคสแคว์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.05) ระดับความสัมพันธ์น้อย ได้แก่ ทักษะคิดต่อการปฏิบัติงาน ($r=0.392$) และระดับความสัมพันธ์ปานกลาง ได้แก่ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ($r=0.507$) แรงสนับสนุนทางสังคม ($r=0.574$) การรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงาน ($r=0.472$) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว (p -value >0.05) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือน (ดังตาราง 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการรับรู้บทบาท แรงจูงใจ ทัศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว (n=805)

ตัวแปร	การปฏิบัติงานตามบทบาท		แปลผลระดับความสัมพันธ์
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)	p-value	
การรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงาน	0.472	< 0.001**	ปานกลาง
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	0.507	< 0.001**	ปานกลาง
ทัศนคติต่อการปฏิบัติงาน	0.392	< 0.001**	น้อย
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.574	< 0.001**	ปานกลาง

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

7. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ตัวแปรที่ศึกษามีดังนี้:

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม การรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงาน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ทักษะติดต่อการปฏิบัติงาน และแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แต่เนื่องจากตัวแปรเพศ สถานภาพสมรสระดับการศึกษาและอาชีพหลักเป็นตัวแปรที่ไม่ได้วัดอยู่ในระดับอันตรภาค (Interval Scale) หรือระดับมาตราส่วน (Ratio Scale) จึงได้แปลงให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) โดยตัวแปรหุ่นแต่ละตัวมีค่า 0 กับ 1 เช่น ตัวแปร เพศ กำหนดให้ค่า 0 เมื่อตัวอย่างเป็นเพศชาย และ 1 เมื่อตัวอย่างเป็นเพศหญิง เป็นต้น

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ การปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ ดังนี้ ทดสอบภาวะ Multicollinearity โดยใช้ Collinearity statistic ได้ค่า Tolerance อยู่ระหว่าง 0.532-1.00 ถ้าค่า Tolerance เข้าใกล้ 1 แสดงว่าตัวแปรเป็นอิสระจากกันและได้ค่า VIF (Variance Inflation Factors) อยู่ระหว่าง 1.438-1.879 ถ้าค่า VIF>10 แสดงว่า มีสหสัมพันธ์ของตัวแปร ทำนายนมากหรือมีภาวะร่วมของตัวแปรสูง ผลการทดสอบสรุปได้ว่า ไม่มีภาวะ Multicollinearity ตัวแปรเป็นอิสระจากกันผลของการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอสม.ในทีมหมอครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ<0.05 เมื่อพิจารณาจากค่า beta เรียงตามลำดับอิทธิพลจากมากไปน้อย คือ แรงสนับสนุนทางสังคม (Beta=0.440) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (Beta=0.174), การรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงาน (Beta=0.143), และทักษะติดต่อการปฏิบัติงาน (Beta=0.095) ดังแสดงในตารางที่ 3 ซึ่งร่วมกันทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว ได้ร้อยละ 41.3

ตารางที่ 3 ค่าสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการปฏิบัติงานตามบทบาทของอสม.ในทีมหมอครอบครัว

ตัวแปรพยากรณ์	B	SE _B	Beta	t	p-value
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.440	0.039	0.377	11.157	0.000
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	0.174	0.038	0.170	4.552	0.000
การรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงาน	0.143	0.041	0.128	3.459	0.001
ทักษะติดต่อการปฏิบัติงาน	0.095	0.032	0.100	2.995	0.003
ค่าคงที่	0.562	0.204		2.753	0.006

R = 0.643, R² = 0.413, F = 50.739, p value < 0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัวโดยรวม ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว โดยรวมอยู่ในระดับมาก อาทิเช่น การปฏิบัติตัวให้เป็นต้นแบบหรือแบบอย่างของคนในชุมชนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในฐานะที่ทำงานในทีมหมอครอบครัว, การประสานความร่วมมือไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกรณีที่จะต้องมีการส่งต่อผู้ป่วย เป็นต้น สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอ ครอบครัว จังหวัดปทุมธานี⁶ ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัวมีการปฏิบัติงานภาพรวมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับผล

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในทีมหมอกรอบครัว⁷ ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีระดับการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมหมอกรอบครัวอยู่ในระดับมาก และการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี⁸ ที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการปฏิบัติตามบทบาทอยู่ในระดับมาก ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการปฏิบัติงานทีมหมอกรอบครัว จังหวัดจันทบุรี⁹ ที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทเหมาะสมปานกลาง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงาน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ทักษะต่อการปฏิบัติงาน และแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอกรอบครัว

ปัจจัยการรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอกรอบครัว สามารถอธิบายได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอกรอบครัวรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก เช่น การเสริมพลังให้กับประชาชนและครอบครัวให้เข้าใจสุขภาพตนเองเป็นการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอกรอบครัว สอดคล้องกับแนวคิดการปฏิบัติตามบทบาทของ Allport⁹ ในเรื่องการปฏิบัติตามบทบาทที่สังคมกำหนดไว้ และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี⁸ ที่พบว่า การรับรู้บทบาทมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอกรอบครัว จังหวัดปทุมธานี⁶ ที่พบว่า ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีม

ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอกรอบครัว สามารถอธิบายได้ว่า การได้รับโอกาสในการปฏิบัติหน้าที่ตามที่ได้รับผิดชอบ ซึ่งสามารถเป็นกำลังสำคัญที่ช่วยให้งานประสบผลสำเร็จ โดยมีการให้ความช่วยเหลือกับประชาชนในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจของ Herzberg¹⁰ ที่เสนอว่าแรงจูงใจที่มีผลต่อพฤติกรรมของการทำงานของมนุษย์มี 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน ได้แก่ นโยบายและการบริหารองค์กร, ความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, ความสัมพันธ์กับเพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, สภาพของงาน, และสิ่งตอบแทน สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอกรอบครัว จังหวัดปทุมธานี⁶ ที่พบว่า ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงานและปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอกรอบครัว สอดคล้องกับการศึกษารoles of อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการปฏิบัติงานทีมหมอกรอบครัว จังหวัดจันทบุรี⁹ ที่พบว่า ปัจจัยแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทของ อสม. ในการปฏิบัติงานทีมหมอกรอบครัว จังหวัดจันทบุรี สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี⁸ ที่พบว่า ปัจจัยแรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี¹¹ ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ แรงจูงใจต่อการปฏิบัติงาน

ปัจจัยทัศนคติต่อการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอกรอบครัว สามารถอธิบายได้ว่า การส่งเสริมให้คนในชุมชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของทีมหมอกรอบครัว, การที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของทีมหมอกรอบครัว เพิ่มเติมเป็นประจำมี

ส่วนช่วยทำให้การปฏิบัติงานตามบทบาทของอสม.ง่ายขึ้น, การปฏิบัติงานตามบทบาทของอสม.ในทีมหมอกรอบครัวไม่ได้เป็นไปด้วยการบังคับที่ต้องทำตามหน้าที่รวมทั้งสัมพันธ์ภาพในทีมหมอกรอบครัวเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้งานประสบความสำเร็จได้ดี สอดคล้องกับแนวคิดทัศนคติต่อการปฏิบัติงานของ Schermerhorn¹² ทางด้านอารมณ์ ความรู้สึกต่อการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการปฏิบัติงานทีมหมอกรอบครัว จังหวัดจันทบุรี⁹ ที่พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทของ อสม. ในการปฏิบัติงานทีมหมอกรอบครัว จังหวัดจันทบุรี สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี⁸ ที่พบว่า ทัศนคติต่อการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี¹¹ ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ ทัศนคติต่อการปฏิบัติงาน

ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอกรอบครัว สามารถอธิบายได้ว่า สมาชิกในครอบครัวให้การสนับสนุน และช่วยเหลือในการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการทำงานกับทีมหมอกรอบครัว, การได้รับการยกย่อง ชื่นชม จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการทำงานกับทีมหมอกรอบครัว รวมทั้งได้รับการชี้แจงแนวทางปฏิบัติในบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอกรอบครัวจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมเป็นระยะจนทำให้ตัวเองสามารถปฏิบัติงานได้อย่างดี สอดคล้องกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House¹³ ที่แบ่งออกเป็น 4 ด้าน แต่ผู้วิจัยได้นำมาใช้ 3 ด้าน คือ การสนับสนุนทางอารมณ์, การสนับสนุนในการให้ข้อมูล ข่าวสารและคำแนะนำ, และการสนับสนุนด้านสิ่งของ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี⁸ ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี¹¹ ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอกรอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอสม.ในทีมหมอกรอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05 เมื่อพิจารณาจากค่า beta เรียงตามลำดับอิทธิพลจากมากไปน้อย คือ แรงสนับสนุนทางสังคม (Beta=0.440) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (Beta=0.174), การรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงาน (Beta=0.143), และทัศนคติต่อการปฏิบัติงาน (Beta=0.095) ซึ่งร่วมกันทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอกรอบครัว ได้ร้อยละ 41.3

ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติงาน ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอสม.ในทีมหมอกรอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคม อาทิเช่น ครอบครัว ชุมชน เพื่อน และเจ้าหน้าที่มีส่วนช่วยในทีมหมอกรอบครัว ซึ่งจากการศึกษาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการชี้แจง แนวทางปฏิบัติ รับคำแนะนำ การช่วยเหลือ และแก้ไขปัญหา จากเพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับทีมหมอกรอบครัวเพิ่มเติมเป็นระยะจนทำให้สามารถปฏิบัติงานได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโร

นา 2019 อำเภอนองแคะ จังหวัดสระบุรี⁸ ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกันทำนุบำรุงการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอนองแคะ จังหวัดสระบุรี ได้ร้อยละ 33.3 และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอกงค้อม จังหวัดสระบุรี¹¹ ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 68.9

ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ผลการศึกษาพบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของสม.ในทีมหมอกรอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีผลทางบวกที่จะทำให้เกิดความสำเร็จ, อยากรับการยอมรับและความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ซึ่งจากการศึกษานี้สม.รู้สึกว่าการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอกรอบครัวเป็นงานที่น่าสนใจ ทำท่าย อาศัยความคิดริเริ่มและได้ช่วยเหลือผู้อื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอนองแคะ จังหวัดสระบุรี⁸ ที่พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานสามารถร่วมกันทำนุบำรุงการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอนองแคะ จังหวัดสระบุรี ได้ร้อยละ 33.3 และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอกงค้อม จังหวัดสระบุรี¹¹ ที่พบว่า ปัจจัยด้านแรงจูงใจต่อการปฏิบัติงานเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 68.9

ปัจจัยการรับรู้บทบาทต่อการปฏิบัติงาน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้บทบาทต่อการปฏิบัติงานมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของสม.ในทีมหมอกรอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากการรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงานเป็นการยืนยันการปฏิบัติงานของสม.และทราบขอบเขตของการทำงาน รวมไปถึงการเป็นจิตอาสาที่มีความมุ่งมั่น ความตั้งใจในทีมหมอกรอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอนองแคะ จังหวัดสระบุรี⁸ ที่พบว่า การรับรู้บทบาทต่อการปฏิบัติงานสามารถร่วมกันทำนุบำรุงการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอนองแคะ จังหวัดสระบุรี ได้ร้อยละ 33.3

ปัจจัยด้านทัศนคติต่อการปฏิบัติงาน ผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของสม.ในทีมหมอกรอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากทัศนคติต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทเกิดจากความรู้สึก และการรับรู้ถึงสถานการณ์ในทีมหมอกรอบครัว ซึ่งจากการศึกษานี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรู้สึกว่า การสวมหน้ากากอนามัยในพื้นที่คนแออัดจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การที่ได้รับข้อมูล ข่าวสาร เกี่ยวกับทีมหมอกรอบครัว เพิ่มเติมเป็นประจำมีส่วนช่วยให้การปฏิบัติงานตามบทบาทง่ายขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอกรอบครัว จังหวัดปทุมธานี⁶ ที่พบว่า ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอกรอบครัว และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอนองแคะ จังหวัดสระบุรี⁸ ที่พบว่า การรับรู้บทบาทต่อการปฏิบัติงานสามารถร่วมกันทำนุบำรุงการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอนองแคะ จังหวัดสระบุรี ได้ร้อยละ 33.3

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

จากผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว ได้แก่ การรับรู้บทบาท แรงจูงใจในการทำงาน ทักษะต่อการปฏิบัติงาน และการสนับสนุนทางสังคม การพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติงานควรคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้เพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพงานของอาสาสมัคร โดยการที่อาสาสมัครสาธารณสุขจะสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นขึ้นอยู่กับความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเอง แรงจูงใจที่ดีในการทำงาน และทัศนคติที่เป็นบวกต่อการปฏิบัติงาน นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนจากชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องก็เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง

ข้อเสนอแนะ

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจและการรับรู้นโยบายให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขในทีมหมอครอบครัว เพื่อให้พวกเขามีความรู้ความเข้าใจในบทบาทและหน้าที่ของตนเองอย่างชัดเจน
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรนำปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงาน เช่น ทักษะ แรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้บทบาท มาเป็นแนวทางในการพัฒนาและส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขในทีมหมอครอบครัว
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรนำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อเพิ่มศักยภาพในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในทีมหมอครอบครัว เช่น การใช้แอปพลิเคชันเพื่อจัดการข้อมูล การสื่อสารที่รวดเร็ว และการฝึกอบรมออนไลน์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความสะดวกในการทำงาน

อ้างอิง

1. Primary Care Cluster Division. Guideline primary care cluster service. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary; 2017. (in Thai).
2. สำนักบริหารการสาธารณสุข. การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสบอ.) District Health System (DHS) ฉบับประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
3. ภูริณัฐ เจริญสรรพ ตรี. โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์ ตรี. สุธรรม นันทมณฑลชัย ตรี. ศุภชัย ปิติกุลตั้ง. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการปฏิบัติงานทีมหมอครอบครัว จังหวัดจันทบุรี. ในการประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 20 (น.71). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2562.
4. Daniel, W.W. Biostatistics : A foundation for analysis in the health sciences. New York: Wiley & Sons. 1995.
5. Bloom, B.S. and Block, J.H. Mastery learning: Theory and Practice. New York: Holt, Rinehart and Winston. 1975.
6. ปรารค์ จักรไชย และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) ในทีมหมอครอบครัว จังหวัดปทุมธานี. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 31(1), 2560.
7. ทรงศักดิ์ เทเสนา. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในทีมหมอครอบครัว. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 23(2), 2563.
8. ธีรวัฒน์ เกิดดอนทราย. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน

- การควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์หลักสูตร
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารงานสาธารณสุข มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น. มปป. 2565.
9. Allport Gordon W. Pattern and growth in personality. New York: Holt, Rinehart and Winston. 2009.
 10. Herzberg, F. The motivation to work. (2nd ed.). New York: John Wiley. 1959.
 11. พิมลกานต์ ตี๋บุญศรี และวิราสิริ วสีร์สิ่ว. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 9(3). 2566.
 12. Schermerhorn, J. R. Management (7th ed). New York: John Wiley & Sons. 2000.
 13. House, J.S. Work stress and social support. Reading, Mass: Addison-Wesley. 1981

Received: 27 Jun. 2024, Revised: 8 Aug. 2024

Accepted: 15 Aug. 2024

บทความวิจัย**การรับรู้และทัศนคติของประชาชนต่อการใช้สมาร์ทวอตช์และแอปพลิเคชันสุขภาพในการจัดการโรคเรื้อรัง ในกลุ่มประชาชนไทยที่มีอายุมากกว่า 15 ปีในจังหวัดปัตตานี, ชลบุรี, พัทลุง, ขอนแก่น, และอยุธยา**

ณภัทร รักไทย¹ ฐาปกาญจน์ ทองเกื้อ² พิษณุวดี โกคานิตย์³
ธนกร งามสกุลพิพัฒน์⁴ ระพีพัชร สายขุน⁵ ศุภจิน มังคลรังษี^{6*}

บทคัดย่อ

โรคไม่ติดต่อ (NCDs) เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในประเทศไทย โดยมีสัดส่วนร้อยละ 74.00 ต่อปี และส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจอย่างมาก การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ และปัจจัยทำนายทัศนคติในการใช้สมาร์ทวอตช์และแอปพลิเคชันสุขภาพในการจัดการโรคเรื้อรัง เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มีนาคม - 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 จากประชากรที่อาศัยอยู่ในปัตตานี, ภูเก็ต, พัทลุง, ขอนแก่น, และนครศรีอยุธยา ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป และสามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ โดยใช้สูตร Cochran formula ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 356 คน และเก็บข้อมูลแบบสุ่มด้วยแบบสอบถามออนไลน์ (Google Form) มีผู้เข้าร่วมการศึกษา 685 คน ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.46 อายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 25.55 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 47.30 มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนระหว่าง 40,001-80,000 บาท ร้อยละ 31.39 ร้อยละ 72.27 รายงานว่าไม่มีโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่ออกกำลังกายเป็นบางครั้ง ร้อยละ 56.93 ไม่ได้ใช้สมาร์ทวอตช์ ร้อยละ 56.20 และไม่ได้ใช้แอปพลิเคชันสุขภาพ ร้อยละ 56.64 ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมาร์ทวอตช์และแอปพลิเคชันสุขภาพในการจัดการโรคเรื้อรังอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 53.72 และทัศนคติต่อการใช้สมาร์ทวอตช์และแอปพลิเคชันสุขภาพในการจัดการโรคเรื้อรังอยู่ระดับดี ร้อยละ 81.31 ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมาร์ทวอตช์และแอปพลิเคชันสุขภาพ รวมถึงอายุ เป็นปัจจัยทำนายทัศนคติที่สำคัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta=0.413, p-value <0.01, ทำนายได้ ร้อยละ 41.3 และ Beta=0.194, p-value <0.01, ทำนายได้ ร้อยละ 19.4)

การศึกษาแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมทางสุขภาพและการออกกำลังกายส่งผลต่อทัศนคติในการใช้เทคโนโลยีสุขภาพ ผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำและมีความรู้เกี่ยวกับการใช้สมาร์ทวอตช์และแอปพลิเคชันสุขภาพมีความสนใจสูงในเทคโนโลยีนี้ ขณะที่ผู้ที่ไม่ออกกำลังกายเป็นประจำมีความสนใจน้อยกว่า

คำสำคัญ: การจัดการโรคเรื้อรัง สมาร์ทวอตช์ แอปพลิเคชันสุขภาพ ประเทศไทย

¹โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยขอนแก่น ฝ่ายมัธยมศึกษา(ศึกษาศาสตร์) ²โรงเรียนพัทลุง ³โรงเรียนดาราสุมุทร ชลบุรี

⁴โรงเรียนมอ.วิทยานุสรณ์ ⁵โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา ⁶นักวิจัยอิสระ

* Corresponding author E-mail: khunsujimon@gmail.com

Original Article

Public Awareness and Attitudes Towards Smartwatch and Health App Utilization for Chronic Disease Management among Thai People Aged Above 15 Years in Pattani, Chonburi, Phatthalung, Khon Kaen, and Ayutthaya Provinces

Napat Rakthai¹ Thapakan Thongkua² Pitchayawadee Phokhanid³ Thanakorn Ngamsakulpipat⁴ Rapeepat Saykhun⁵ Sujimon Mungkalarunsi⁶

Abstract

Non-communicable diseases (NCDs) are the leading cause of death in Thailand, accounting for 74.00% annually and significantly impacting the economy. This study aims to assess the knowledge, attitudes, and predictive factors of attitudes towards using smartwatches and health apps for chronic disease management. It is a cross-sectional survey conducted from March 1 to May 15, 2024, targeting populations in Pattani, Phuket, Phatthalung, Khon Kaen, and Ayutthaya, aged 15 and above with internet access. Using the Cochran formula, the sample size was determined to be 356, and data were collected randomly via an online questionnaire (Google Form) with 685 participants.

The majority of participants were female (61.46%), aged between 51-60 years (25.55%), with a bachelor's degree (47.30%), and a monthly household income between 40,001-80,000 baht (31.39%). Most reported no chronic diseases (72.27%), exercised occasionally (56.93%), did not use a smartwatch (56.20%), and did not use health apps (56.64%). Knowledge of using smartwatches and health apps for chronic disease management was at a moderate level (53.72%), and attitudes towards their use were good (81.31%). Knowledge about using smartwatches and health apps and age were significant predictors of attitudes towards their use (Beta=0.413, p-value <0.01, predicting 41.3% and Beta=0.194, p-value <0.01, predicting 19.4%).

The study indicates that health behaviors and exercise influence attitudes towards using health technology. Those who exercise regularly and are knowledgeable about using smartwatches and health apps show higher interest in this technology, while those who do not exercise regularly show less interest.

Keywords: chronic disease management, smart watch, health apps, Thailand

¹Khon Kaen University Demonstration School ²Pattalung ³Darasamut Chonburi

⁴PSU.Wittayanusorn ⁵Staid Ayudhaya ⁶Independent Research

* Corresponding author E-mail: khunsujimon@gmail.com

บทนำ

พฤติกรรมสุขภาพที่ดีช่วยจัดการโรคไม่ติดต่อ (NCD) โดยการลดปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ เช่น โรคอ้วน ความดันโลหิตสูง และคอเลสเตอรอลสูง ช่วยปรับปรุงสุขภาพการเผาผลาญ เสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกัน เพิ่มความเป็นอยู่โดยรวม และให้ผลประโยชน์ระยะยาว เช่น ค่ารักษาพยาบาลที่ลดลง และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นการนำพฤติกรรมเหล่านี้มาใช้ จะช่วยให้บุคคลสามารถป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ^(1,3) การใช้สมาร์ทวอตช์ และแอปพลิเคชันสุขภาพในการจัดการโรคเรื้อรังมีประโยชน์มากมาย โดยสมาร์ทวอตช์ สามารถติดตามข้อมูลสุขภาพ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ การออกกำลังกาย และการนอนหลับได้ แบบเรียลไทม์ ขณะที่แอปพลิเคชันสุขภาพรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเหล่านี้ ทำให้ผู้ใช้เห็นแนวโน้ม สุขภาพของตนเอง และ ปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁴ นอกจากนี้สมาร์ทวอตช์ ยังสามารถตั้งค่าแจ้งเตือนเรื่อง การรับประทานยาและการออกกำลังกาย รวมถึงแชร์ข้อมูลกับแพทย์ เพื่อปรับแผนการรักษาได้อย่างแม่นยำ การตั้งเป้าหมายด้านสุขภาพและติดตามความก้าวหน้าเพิ่มแรงจูงใจ ในการดูแลสุขภาพ รวมถึงการสร้าง เครือข่ายสนับสนุนทางสังคมผ่านการแชร์ผลในกลุ่มเพื่อนหรือครอบครัว ทั้งหมดนี้ช่วยให้การจัดการ โรคเรื้อรังเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ได้อย่างมาก การบูรณาการสมาร์ทวอตช์และแอปพลิเคชันสุขภาพ เข้ากับการดูแลสุขภาพ ได้ส่งผลต่อการจัดการโรคเรื้อรัง ทำให้บุคคลมีเครื่องมืออันทรงพลังในการติดตาม และปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพของตนเอง^(5,6)

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความรู้และทัศนคติต่อการใช้สมาร์ทวอตช์และแอปพลิเคชันสุขภาพ เพื่อการจัดการโรคเรื้อรังในกลุ่มประชาชน อายุ 15 ปีขึ้นไป ปีที่อาศัยอยู่ในจังหวัดปัตตานี ชลบุรี พัทลุง ขอนแก่น และพระนครศรีอยุธยาของประเทศไทย เนื่องจากจังหวัดเหล่านี้มีความหลากหลายทาง วัฒนธรรม เศรษฐกิจสังคม และภูมิศาสตร์ และยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับ เรื่องนี้ในพื้นที่ดังกล่าว ผลการศึกษา ครั้งนี้สามารถให้ข้อมูลเชิงลึก ที่มีคุณค่าเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยี และการดูแลสุขภาพ ทั้งในเขตเมือง และชนบท เพื่อจัดการกับโรคเรื้อรัง

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับการใช้ สมาร์ทวอตช์ และแอปพลิเคชันสุขภาพในการจัดการกับโรคเรื้อรังในกลุ่มประชาชนทั่วไป
2. เพื่อศึกษาทัศนคติต่อการใช้ สมาร์ทวอตช์ และแอปพลิเคชันสุขภาพในการจัดการกับโรคเรื้อรัง กลุ่มประชาชนทั่วไป
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายทัศนคติต่อการใช้สมาร์ทวอตช์และแอปพลิเคชันสุขภาพในการจัดการกับ โรคเรื้อรัง กลุ่มประชาชนทั่วไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจ แบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study) เก็บข้อมูลในช่วงวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2567- 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้มุ่งศึกษาประชากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ปัตตานี, ภูเก็ต, พัทลุง, ขอนแก่น, และนครศรีอยุธยา ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป และสามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตร Cochran⁷ ได้ขนาด 356 คน และ

เก็บข้อมูลแบบสุ่มด้วยแบบสอบถามออนไลน์ (Google Form) ผ่านกลุ่มสังคมออนไลน์ต่าง ๆ มีอาสาสมัครเข้าร่วมจำนวน 685 คน ทางผู้วิจัยจึงใช้ข้อมูลทั้งหมดในการศึกษาครั้งนี้ โดยเกณฑ์การรวมคือ ผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่ดังกล่าว และสามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ ส่วนเกณฑ์การยกเว้นคือ ผู้ที่อายุต่ำกว่า 15 ปี, ไม่ได้อาศัยในพื้นที่ดังกล่าว, ไม่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ และไม่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

นิยามเชิงปฏิบัติการ

สมาร์ทวอตช์ (Smartwatch) สมาร์ทวอตช์หมายถึงอุปกรณ์สวมใส่ที่มีลักษณะคล้ายกับนาฬิกาข้อมือ แต่มีความสามารถเพิ่มเติมในการประมวลผลและเชื่อมต่อกับสมาร์ทโฟนหรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อื่น ๆ โดยสมาร์ทวอตช์มีฟังก์ชันการตรวจวัดและติดตามสุขภาพ เช่น การนับก้าว การวัดอัตราการเต้นของหัวใจ การวัดระดับออกซิเจนในเลือด การติดตามการนอนหลับ และการแจ้งเตือนต่าง ๆ จากสมาร์ทโฟน นอกจากนี้ยังสามารถติดตั้งแอปพลิเคชันเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มความสามารถในการใช้งาน

แอปดูแลสุขภาพ (Health Care App) แอปดูแลสุขภาพหมายถึงแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนหรืออุปกรณ์เคลื่อนที่อื่น ๆ ที่ออกแบบมาเพื่อช่วยในการติดตามและจัดการสุขภาพของผู้ใช้ แอปเหล่านี้สามารถมีฟังก์ชันหลากหลาย เช่น การติดตามกิจกรรมทางกาย การบันทึกข้อมูลการรับประทานอาหาร การตรวจวัดและบันทึกค่าทางสุขภาพ เช่น ความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด การให้คำแนะนำในการออกกำลังกายและการดูแลสุขภาพจิต รวมถึงการเชื่อมต่อกับอุปกรณ์สุขภาพอื่น ๆ เพื่อการบันทึกข้อมูลที่แม่นยำและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

เครื่องมือ

การศึกษานี้เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ (Google Form) ซึ่งพัฒนาตามกระบวนการพัฒนาเครื่องมือวิจัย โดยศึกษา 1) เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ปัจจัยก่อให้เกิดโรค การป้องกัน พฤติกรรมสุขภาพ การใช้สมาร์ทวอตช์ และแอปพลิเคชันสุขภาพ (Health application) ในการติดตามภาวะสุขภาพจากองค์การอนามัยโลก กระทรวงสาธารณสุข และ 2) การศึกษาและการวิจัยที่เกี่ยวข้อง และพัฒนาเป็นแบบสอบถามประกอบไปด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ทั้งหมดจำนวน 9 ข้อ ประกอบไปด้วย เพศ อายุ การศึกษา รายได้ ครอบครัว การออกกำลังกาย เป็นโรคเรื้อรัง ใช้สมาร์ทวอตช์ และใช้แอปพลิเคชันสุขภาพ

ส่วนที่ 2 คำถามวัดความรู้เกี่ยวกับการใช้สมาร์ทวอตช์และแอปพลิเคชันสุขภาพในการจัดการโรคเรื้อรัง ทั้งหมด 29 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมีหลายตัวเลือก มีคำตอบที่ถูกเพียง 1 ตัวเลือก ข้อที่ตอบถูก จะนำคะแนนมารวมกัน โดยพิสัยของคะแนนเท่ากับ 0-29 โดยเกณฑ์การแปลผลมีดังนี้⁸

ตารางที่ 1 การแปลผลคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้สมาร์ทวอตช์และแอปพลิเคชันสุขภาพในการจัดการโรคเรื้อรัง

ร้อยละ	คะแนน	การแปลผล
80-100	23-29	ดี
60-79	14-22	ปานกลาง
<60	<14	ต่ำ

ส่วนที่ 3 คำถามวัดทัศนคติต่อการใช้สมาร์ทวอทช์ และแอปพลิเคชันสุขภาพในการจัดการโรคเรื้อรังทั้งหมดจำนวน 11 ข้อ โดยลักษณะคำถาม เป็นแบบมาตรวัดความคิดเห็น 1-5 โดย 5=สำคัญมากที่สุด, 4=สำคัญมาก, 3=สำคัญปานกลาง, 2=ไม่ค่อยสำคัญ, และ 1=ไม่สำคัญ ทุกข้อที่ตอบจะนำคะแนนมารวมกัน พิสัยของคะแนนเท่ากับ 11-55 เกณฑ์ การแปลผลคะแนนทัศนคติมีดังนี้⁸

ตารางที่ 2 การแปลผลคะแนนทัศนคติต่อการใช้สมาร์ทวอทช์และแอปพลิเคชันสุขภาพในการจัดการโรคเรื้อรัง

ร้อยละ	คะแนน	การแปลผล
80-100	44-55	ดี
60-79	33-43	ปานกลาง
<60	<33	ต่ำ

การตรวจสอบเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเพื่อศึกษารั้งนี้ได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านวิทยาศาสตร์ สุขภาพจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข และนักวิจัยด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยมีค่า IOC เท่ากับ 1.0 และ 1.0 และได้้นำแบบสอบถามไปทดลอง (Try Out) เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างในต่างพื้นที่จำนวน 20 คน เพื่อทดสอบความยากง่ายของคำถามไม่มีการแก้ไข คำถามเพิ่มเติม โดยค่าที่ได้จากการทดลองใช้แบบสอบถาม (Try Out) คือ ค่าเฉลี่ย (Mean) ของคะแนนความเข้าใจในคำถามอยู่ที่ 4.7 จากคะแนนเต็ม 5 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เท่ากับ 0.3 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแบบสอบถามมีความชัดเจนและเข้าใจง่ายในระดับสูง นอกจากนี้ยังได้รวบรวมความคิดเห็นเพิ่มเติมจากกลุ่มตัวอย่างเพื่อปรับปรุงคำถามให้มีความเหมาะสมและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอำนาจทำนายตัวแปรตาม ด้วยสมการถดถอยเชิงเส้น (Linear regression analysis) ใช้ค่า Significant Value 0.05

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาข้อมูลประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 685 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.46 อายุส่วนใหญ่ระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 25.55 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 47.30 มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนระหว่าง 40,001-80,000 บาท ร้อยละ 31.39 กลุ่มตัวอย่างรายงานว่าไม่มีโรคเรื้อรัง ร้อยละ 72.27 ส่วนใหญ่ออกกำลังกายเป็นบางครั้งร้อยละ 56.93 ไม่ได้ใช้สมาร์ทวอทช์ร้อยละ 56.20 และไม่ได้ใช้แอปพลิเคชันสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 56.64 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง (n=685)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	264 (38.54)
หญิง	421 (61.46)
อายุ (ปี)	
15-20	168 (24.53)
21-30	48 (7.01)
31-40	110 (16.06)
41-50	128 (18.67)
51-60	175 (25.55)
60 ปีขึ้นไป	56 (8.18)
ระดับการศึกษา	
มัธยมศึกษา	241 (35.18)
ปริญญาตรี	324 (47.30)
สูงกว่าปริญญาตรี	120 (17.52)
รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท)	
<20,000	172 (25.11)
20,001-40,000	150 (21.90)
40,001-80,000	215 (31.39)
>80,000	148 (21.60)
ออกกำลังกาย	
ประจำ	214 (31.24)
บางครั้ง	390 (56.93)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)
ไม่เคย	81 (11.83)
การรับรู้ความเสี่ยงเป็นโรคเรื้อรัง	
เป็นโรคเรื้อรัง	84 (12.26)
มีความเสี่ยง	106 (15.47)
ไม่เป็นโรคเรื้อรัง	495 (72.27)
ใช้สมาร์ทวอทซ์	
ใช้	300 (43.80)
ไม่ใช้	385 (56.20)
ใช้แอปพลิเคชันสุขภาพ	
ใช้	297 (43.36)
ไม่ใช้	388 (56.64)
รวม	685

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในการใช้แอปดูแลสุขภาพในการจัดการกับโรคเรื้อรังอยู่ระดับปานกลางร้อยละ 53.72 รองลงมา ระดับดี ร้อยละ 36.79 และระดับต่ำร้อยละ 9.49 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้สมาร์ทวอทซ์ และแอปพลิเคชันสุขภาพในการจัดการกับโรคเรื้อรัง (n=685)

คะแนน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	การแปลผล
23-29 (80-100)	252 (36.79)	ดี
14-22 (60-79)	368 (53.72)	ปานกลาง
<14 (<60)	65 (9.49)	ต่ำ

คำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด 3 ข้อได้แก่ 1) โรคเรื้อรังที่ส่งผลต่อทางเดินหายใจและทำให้หายใจลำบาก คือโรคหอบหืด ตอบถูกร้อยละ 96.66 2) เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ตอบถูก ร้อยละ 92.76 และ 3) สมาร์ทวอทซ์ และแอปพลิเคชันสุขภาพ ด้านความถูกต้องของข้อมูลด้านสุขภาพ จำเป็นสำหรับการจัดการโรคเรื้อรังในระยะยาว ตอบถูกร้อยละ 92.20

คำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อยสุด 3 ข้อ ได้แก่ 1) การติดเชื้อแบคทีเรียไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตอบถูกร้อยละ 7.10 2) การเพิ่มความเสี่ยงของการละเมิดความเป็นส่วนตัว ไม่ใช่ประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้สมาร์ทวอตซ์ และแอปพลิเคชันสุขภาพเพื่อการจัดการโรคเรื้อรัง ตอบถูกร้อยละ 7.38 และ 3) ประมาณร้อยละ 90 สามารถป้องกันมะเร็งได้ด้วยการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต ตอบถูกร้อยละ 27.58 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 คำถามความรู้เกี่ยวกับการใช้สมาร์ทวอตซ์ และแอปพลิเคชันสุขภาพในการจัดการกับโรคเรื้อรัง และจำนวนผู้ตอบถูก

คำถาม	จำนวนที่ตอบถูก (ร้อยละ)
1. ข้อใดต่อไปนี้เป็นโรคเรื้อรัง	624 (86.91)
2. สาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของบุคคลอายุ 15-60 ปีทั่วโลก คืออะไร	311 (43.31)
3. ปัจจัยการดำเนินชีวิตใดเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญ	614 (85.52)
4. โรคเรื้อรังใดที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง	666 (92.76)
5. โรคเรื้อรังที่ส่งผลต่อทางเดินหายใจและทำให้หายใจลำบาก	694 (96.66)
6. สาเหตุหลักของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)	390 (54.32)
7. ประมาณกี่เปอร์เซ็นต์ที่สามารถป้องกันมะเร็งได้ด้วยการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต	198 (27.58)
8. ปัจจัยเสี่ยงหลักในการพัฒนาโรคเบาหวานประเภท 2 คืออะไร	429 (59.75)
9. โรคเรื้อรังใดที่มีคอเลสเตอรอลในเลือดสูง	572 (79.67)
10. สาเหตุหลักของโรคตับเรื้อรังคืออะไร	634 (88.30)
11. ข้อใดไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	414 (57.66)
12. ข้อใดต่อไปนี้เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	51 (7.10)
13. โรคเรื้อรังใดที่ส่งผลต่อความสามารถของร่างกายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	648 (90.25)
14. ร้อยละเท่าใดของผู้ใหญ่ทั่วโลกที่คาดว่าจะมีความดันโลหิตสูง	314 (43.73)
15. สมาร์ทวอตซ์และแอปพลิเคชันสุขภาพมีส่วนช่วยในการจัดการโรคเรื้อรัง สำหรับ บุคคลอายุ 15-60 ปีได้อย่างไร	576 (80.22)
16. คุณลักษณะใดของสมาร์ทวอตซ์ที่มีประโยชน์อย่างยิ่งในการติดตามสุขภาพของหัวใจ	403 (56.13)
17. สมาร์ทวอตซ์และแอปพลิเคชันสุขภาพช่วยให้ผู้ใช้จัดการปริมาณยาได้อย่างไร	508 (70.75)
18. โรคเรื้อรังใดต่อไปนี้ได้ประโยชน์จากการติดตามกิจกรรมทางกายด้วยสมาร์ทวอตซ์	374 (52.09)

คำถาม	จำนวนที่ตอบถูก (ร้อยละ)
19.แอปพลิเคชันสุขภาพช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ใช้ในการจัดการ โรคเรื้อรังได้อย่างไร	491 (68.38)
20.สมาร์ทวอตช์ มีบทบาทอย่างไรในการจัดการความเครียดสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	258 (35.93)
21.คุณสมบัติการติดตามการนอนหลับในสมาร์ทวอตช์มีคุณประโยชน์ต่อผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังอย่างไร	522 (76.88)
22.สมาร์ทวอตช์และแอปพลิเคชันสุขภาพด้านใดที่จำเป็นสำหรับการจัดการโรคเรื้อรังในระยะยาว	662 (92.20)
23.สมาร์ทวอตช์และแอปพลิเคชันสุขภาพมีส่วนช่วยในการรับประทานยาอย่างไร	513 (71.45)
24.คุณสมบัติใดของสมาร์ทวอตช์ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคเบาหวาน	502 (69.92)
25.สมาร์ทวอตช์และแอปพลิเคชันสุขภาพสามารถช่วยเหลือนบุคคลในการจัดการกับอาการปวดเรื้อรังได้อย่างไร	247 (34.40)
26.ข้อใดต่อไปนี้ไม่ใช่ประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้สมาร์ทวอตช์และแอปพลิเคชันสุขภาพเพื่อการจัดการโรคเรื้อรัง	53 (7.38)
27.สมาร์ทวอตช์และแอปพลิเคชันสุขภาพในด้านที่สำคัญต่อความพึงพอใจของผู้ใช้และการมีส่วนร่วมในระยะยาว	577 (80.36)
28.สมาร์ทวอตช์และแอปพลิเคชันสุขภาพส่งเสริมการจัดการโรคเรื้อรังด้วย ตนเองอย่างไร	536 (74.65)
29.สมาร์ทวอตช์และแอปพลิเคชันสุขภาพมีบทบาทอย่างไรในการยกระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	580 (80.78)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติในการใช้แอปดูแลสุขภาพในการจัดการกับโรคเรื้อรังอยู่ระดับดีร้อยละ 81.31 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 15.62 และระดับต่ำร้อยละ 3.07 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 คะแนนทัศนคติต่อการใช้สมาร์ทวอตช์ และแอปพลิเคชันสุขภาพในการจัดการกับโรคเรื้อรัง (n=685)

คะแนน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	การแปลผล
44-55 (80-100)	557 (81.31)	ดี
33-43 (60-79)	107 (15.62)	ปานกลาง
<33 (<60)	21 (3.07)	ต่ำ

กลุ่มตัวอย่างมีให้ความสำคัญมากที่สุด 3 อันดับแรก เกี่ยวกับการใช้สมาร์ทวอตซ์ และแอปพลิเคชันสุขภาพในการจัดการกับโรคเรื้อรัง ในประเด็น 1) การประเมินผล อ่านค่าต่างๆ ค่าภาวะสุขภาพ ได้ง่าย เข้าใจง่าย ดูง่าย ร้อยละ 72.41 2) ระบบมีคุณภาพ น่าเชื่อถือร้อยละ 57.31 และ 3) ความปลอดภัยของ ข้อมูลร้อยละ 57.16

ส่วนข้อที่ให้ความสำคัญน้อยสุด 3 อันดับคือ 1) มีระบบสนับสนุนส่งเสริมให้กำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพ ร้อยละ 57.66 2) มีกลุ่มสนับสนุน ช่วยเหลือให้กำลังใจ ทำกิจกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพ ร้อยละ 58.83 และ 3) การปรับให้เข้ากับความต้องการการใช้งานความชอบส่วนตัวได้ ร้อยละ 62.19 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 คำถามทัศนคติเกี่ยวกับการใช้สมาร์ทวอตซ์ และแอปพลิเคชันสุขภาพในการจัดการกับโรคเรื้อรัง และระดับทัศนคติ

คำถาม	5 สำคัญมากที่สุด	4 สำคัญมาก	3 สำคัญปานกลาง	2 ไม่ค่อยสำคัญ	1 ไม่สำคัญ
1. Ease of Use: ใช้งาน feature ต่างๆ ได้ง่าย	483 (70.51)	99 (14.45)	80 (11.68)	14 (2.04)	9 (1.31)
2. Accessibility: สามารถเข้าถึงข้อมูลส่วนตัวข้อมูลสุขภาพ ต่างๆ ได้ง่าย	434 (63.36)	154 (22.48)	77 (11.24)	14 (2.04)	6 (0.88)
3. Personalization: ปรับให้เข้ากับความต้องการการใช้งาน ความชอบ ส่วนตัวได้	426 (62.19)	169 (24.67)	73 (10.66)	12 (1.75)	5 (0.73)
4. Data Visualization: ประเมินผล อ่านค่าต่างๆ ค่าภาวะสุขภาพ ได้ง่าย เข้าใจง่าย ดูง่าย	496 (72.41)	114 (16.64)	63 (9.20)	7 (1.02)	5 (0.73)
5. Feedback and Notifications: การแจ้งเตือน แจ้งผลที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติตามได้ และสนับสนุน เป้าหมายด้านสุขภาพ	432 (63.07)	155 (22.63)	74 (10.80)	15 (2.19)	9 (1.31)
6. Integration and Compatibility: ใช้ร่วมกับระบบ เทคโนโลยีอื่นได้	432 (63.07)	149 (21.75)	92 (13.43)	13 (1.90)	8 (1.17)
7. Motivation and Engagement: มีระบบสนับสนุน ส่งเสริมให้กำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพ เพื่อให้บรรลุ เป้าหมายสุขภาพ	395 (57.66)	171 (24.96)	86 (12.55)	24 (3.50)	9 (1.31)

คำถาม	5 สำคัญมากที่สุด	4 สำคัญมาก	3 สำคัญปานกลาง	2 ไม่ค่อยสำคัญ	1 ไม่สำคัญ
8. Community and Social Support: มีกลุ่มสนับสนุน ช่วยเหลือให้กำลังใจทำกิจกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพ	403 (58.83)	141 (20.58)	100 (14.60)	25 (3.65)	16 (2.34)
9. Privacy and Security: ความปลอดภัยของข้อมูล	508 (74.16)	94 (13.72)	71 (10.36)	6 (0.88)	6 (0.88)
10. Reliability and Performance: ระบบมีคุณภาพ น่าเชื่อถือ	509 (74.31)	106 (15.47)	56 (8.18)	10 (1.46)	4 (0.58)
11. Long-Term Engagement: มีระบบที่ทำให้ผู้ใช้ มีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามกิจกรรมสุขภาพ	443 (64.67)	148 (21.61)	80 (11.68)	7 (1.02)	7 (1.02)

จากการวิเคราะห์สมการเชิงเส้นถดถอย (Linear regression analysis) โดยใช้วิธี Stepwise พบว่าความรู้เกี่ยวกับการใช้สมาร์ทวอตช์และแอปดูแลสุขภาพในการจัดการโรคเรื้อรัง (Beta=0.413, p-value <0.01, ทำนายได้ 41.3%) และอายุ (Beta=0.194, p-value <0.01, ทำนายได้ 19.4%) เป็นปัจจัยทำนายทัศนคติต่อการใช้สมาร์ทวอตช์และแอปดูแลสุขภาพในการจัดการโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการวิเคราะห์ได้ทดสอบข้อสมมติเพื่อความเหมาะสมของข้อมูล ได้แก่ ความเป็นเส้นตรง (Linearity), ความเป็นอิสระของตัวแปร (Independence), ความคงที่ของความแปรปรวน (Homoscedasticity), และความเป็นปกติของตัวแปรตกค้าง (Normality) ผลการทดสอบพบว่าข้อมูลมีความเหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์สมการเชิงเส้นถดถอย สรุปตัวแปรที่สัมพันธ์เข้าสมการ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมาร์ทวอตช์และแอปดูแลสุขภาพ และอายุ ซึ่งมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทัศนคติต่อการใช้สมาร์ทวอตช์และแอปดูแลสุขภาพในการจัดการโรคเรื้อรัง ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ปัจจัยทำนายทัศนคติต่อการใช้สมาร์ทวอตช์และแอปพลิเคชันสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	B	Std.	Beta	t	p-Value
เพศ	-0.515	0.532	-0.033	-0.996	0.334
อายุ	-0.962	0.178	-0.214	-5.415	0.000
ระดับการศึกษาสูงสุด	0.295	0.459	0.027	0.664	0.520
รายได้ครอบครัวต่อเดือน	1.352	0.263	0.194	5.139	0.000

ตัวแปร	B	Std.	Beta	t	p-Value
การออกกำลังกาย	-0.423	0.414	-0.035	-1.021	0.307
เป็นโรคเรื้อรัง	0.075	0.385	0.007	0.195	0.846
ใช้สมาร์ทวอท์	0.445	0.719	0.029	0.619	0.536
ใช้แอปพลิเคชันสุขภาพ	-1.363	0.722	-0.089	-1.887	0.060
ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมาร์ทวอท์และแอปพลิเคชันสุขภาพในการจัด การโรคเรื้อรัง	0.666	0.054	0.413	12.320	.000

R=0.525, R²= 0.276, Adjusted R²=0.266, Std. Error of the Estimate=6.49619

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้สมาร์ทวอท์ และแอปพลิเคชันสุขภาพ ในการจัดการกับโรคเรื้อรัง อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 53.72 ทั้งอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่ได้ใช้สมาร์ทวอท์ และไม่ได้ใช้แอปพลิเคชันสุขภาพ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 68.76 ไม่ได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ จึงไม่ได้ใช้สมาร์ทวอท์ ส่งผลถึงความสนใจศึกษาหาข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สมาร์ทวอท์ ดูแลสุขภาพ ผลการศึกษานี้เป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการศึกษาของ Nuntaphon Chankong ซึ่งพบว่าการใช้สมาร์ทวอท์ส่วนใหญ่เป็นที่นิยมในกลุ่มประชากรที่ออกกำลังกาย และกลุ่มประชากรที่ต้องเฝ้าระวังสุขภาพของตนเอง เช่นผู้ที่เป็โรคเรื้อรัง หรือมีความเสี่ยงเป็นโรคเรื้อรัง⁹ และสอดคล้องกับการศึกษา ของ Hyoungh-Yong Choi and et al. ซึ่งพบว่าการใช้สมาร์ทวอท์ส่วนใหญ่เป็นที่นิยมในกลุ่มประชากร ที่ออกกำลังกาย และกลุ่มประชากรที่ต้องเฝ้าระวังสุขภาพของตนเอง เช่นผู้ที่เป็โรคเรื้อรัง หรือมีความเสี่ยง เป็นโรคเรื้อรัง¹⁰ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 68.76 ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำจึงไม่มีความจำเป็นต้องใช้สมาร์ทวอท์เพื่อติดตาม กิจกรรมการเคลื่อนไหว และภาวะสุขภาพ ส่งผลให้ไม่มีความสนใจในการใช้สมาร์ทวอท์หรือแอปพลิเคชันสุขภาพ จึงสามารถสรุปได้ว่าการใช้สมาร์ทวอท์ใช้เพื่อการติดตาม สุขภาพ และการออกกำลังกายโดยละเอียดเป็นหลักบุคคลที่ไม่มีอาการเรื้อรังหรือไม่ได้ออกกำลังกาย อาจพบว่าไม่จำเป็น เนื่องจาก ไม่ต้องการข้อมูลด้านสุขภาพหรือการติดตามกิจกรรมที่กว้างขวาง ในทางกลับกัน ผู้ที่มีปัญหา ด้านสุขภาพ หรือ จริ่งจ้งกับการออกกำลังกายจะมองว่าสมาร์ทวอท์ มีประโยชน์ในการติดตาม และปรับปรุงสุขภาพของตนเอง การศึกษานี้เน้นย้ำบทบาทของ สุขภาพและพฤติกรรม การออกกำลังกาย ในการนำสมาร์ทวอท์มาใช้ โดยสังเกตว่าผู้ใช้ส่วนใหญ่ใช้ สมาร์ทวอท์ เพื่อติดตามสุขภาพ ในขณะที่คนอื่นๆ อาจไม่เห็นความจำเป็นหาก ไม่ได้มุ่งเน้นเรื่องสุขภาพ หรือไม่ได้ออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่าง มีทัศนคติต่อการ ใช้ สมาร์ทวอท์ และแอปพลิเคชันสุขภาพ ในการจัดการ กับโรคเรื้อรัง อยู่ระดับดี ร้อยละ 81.31 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติ บวกต่อการ adopt technology โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อรับรู้ว่ามีสมาร์ทวอท์ที่มีประโยชน์ในการดูแลสุขภาพอย่างไร ซึ่งส่งผลให้มีทัศนคติที่ดี ต่อการใช้สมาร์ทวอท์และแอปพลิเคชันสุขภาพ ในเชิงบวก

ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นไปในแนวทางเดียวกันกับ Shandhi และคณะ "การประเมินความเป็นเจ้าของ อุปกรณ์อัจฉริยะและการยอมรับการแบ่งปันข้อมูลสุขภาพดิจิทัล"¹¹ อธิบายว่าความสนใจในการใช้สมาร์ทวอท์ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากความสามารถในการวัดเมตริกต่างๆ และความนิยมที่เพิ่มขึ้นของสมาร์ทโฟน ปัจจัยเหล่านี้เพิ่ม

ความสนใจในสมาร์ทวอท์ และแอปพลิเคชันสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างของเรา ซึ่งส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้งาน และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Al-Maroof และคณะในเรื่อง การยอมรับของผู้ใช้ สมาร์ทวอท์เพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์: การศึกษาเชิงประจักษ์¹² ซึ่งพบว่าการยอมรับอย่างกว้างขวางในการใช้สมาร์ทวอท์ ในการตรวจติดตามสุขภาพ ตอกย้ำถึงคุณประโยชน์มากมายที่ได้รับจากการใช้งาน ผลการศึกษาครั้งนี้ยังสัมพันธ์กับการวิจัยของ Todd Matthew Manini และคณะ¹³ ซึ่งสำรวจการรับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับเทคโนโลยีสมาร์ทวอท์ ในการตรวจติดตามสุขภาพ ซึ่งเผยให้เห็นถึงทัศนคติเชิงบวก ไปสู่สมาร์ทวอท์แต่กลับกังวลถึงความสามารถ ในการใช้งาน อย่างมีประสิทธิภาพของตนเอง โดยรวมแล้ว กลุ่มตัวอย่างของเรามีทัศนคติที่ดีต่อการใช้ สมาร์ทวอท์และแอปพลิเคชันสุขภาพ เนื่องจากมีความสามารถ และคุณประโยชน์ที่หลากหลายในการจัดการ ด้านสุขภาพโดย รวมแล้ว กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้สมาร์ทวอท์และแอปพลิเคชันสุขภาพ เนื่องจากมีความสามารถ และประโยชน์ที่หลากหลายในการจัดการด้านสุขภาพ

จากการวิเคราะห์สมการเชิงเส้นถดถอย (Linear regression analysis) พบว่าความรู้เกี่ยวกับการใช้สมาร์ทวอท์และแอปพลิเคชันสุขภาพในการจัดการโรคเรื้อรัง และอายุ เป็นปัจจัยทำนายทัศนคติต่อการใช้สมาร์ทวอท์และแอปพลิเคชันสุขภาพในการจัดการโรคเรื้อรัง ของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Beta=0.413$, $p\text{-value} < 0.01$) สามารถทำนายได้ ร้อยละ 41.3 และ ($Beta=0.194$, $p\text{-value} < 0.01$) สามารถทำนายได้ ร้อยละ 19.4 ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการมีความรู้เกี่ยวกับการใช้สมาร์ทวอท์ และ แอปพลิเคชันสุขภาพ ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ถึงข้อดี ซึ่งส่งผลต่อการมีทัศนคติที่ดี¹⁴ และปัจจัยด้านอายุ สามารถมีอิทธิพลต่อทัศนคติ และความสนใจในการใช้เทคโนโลยีดูแลสุขภาพได้ ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุอาจจะ มี ทัศนคติ เชิงบวกต่อการใช้เทคโนโลยีเช่น สมาร์ทวอท์ และแอปพลิเคชันสุขภาพในการจัดการโรคเรื้อรัง เพราะมีประสบการณ์ ในการเป็นโรคเรื้อรัง และการใช้เทคโนโลยี ในการดูแลสุขภาพ ซึ่งการใช้เครื่องมือเหล่านี้ มีความสะดวกสบาย เช่น การเข้าถึงข้อมูลผ่านสมาร์ทวอท์ และแอปพลิเคชัน ที่ทำให้เข้าใจ และยอมรับ เทคโนโลยี ได้ง่ายขึ้น¹⁵

สรุป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ สมาร์ทวอท์ และแอปพลิเคชันสุขภาพในการจัดการกับโรคเรื้อรัง อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 53.72 มีทัศนคติต่อการใช้ สมาร์ทวอท์ และแอปพลิเคชันสุขภาพในการจัดการกับโรคเรื้อรัง อยู่ระดับดี ร้อยละ 81.31 ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมาร์ทวอท์และแอปพลิเคชันสุขภาพในการจัดการโรคเรื้อรัง และอายุเป็นปัจจัยทำนายทัศนคติต่อการใช้สมาร์ทวอท์และแอปพลิเคชันสุขภาพในการจัดการโรคเรื้อรัง ของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Beta=0.413$, $p\text{-value} < 0.01$) สามารถทำนายได้ ร้อยละ 41.3 และ ($Beta=0.194$, $p\text{-value} < 0.01$) สามารถทำนายได้ ร้อยละ 19.4 ตามลำดับ ผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำและมีความรู้เกี่ยวกับการใช้สมาร์ทวอท์ และแอปพลิเคชันสุขภาพ มีความสนใจสูงในเทคโนโลยีนี้ในขณะที่ผู้ไม่ออกกำลังกายเป็นประจำมีความสนใจน้อยมีกลุ่มที่มีทัศนคติ บวกต่อเทคโนโลยีนี้ เนื่องจากเห็นคุณค่าในการดูแลสุขภาพ อายุและความรู้เกี่ยวกับเทคโนโลยี เป็นตัวทำนาย สำคัญ การศึกษาแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมทางสุขภาพและการออกกำลังกาย ส่งผลต่อทัศนคติในการ ใช้เทคโนโลยีสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยนี้คือควรจัดโปรแกรมการให้ความรู้และฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้สมาร์ทวอท์และแอปพลิเคชันสุขภาพเพื่อเพิ่มความรู้และทักษะในการใช้เทคโนโลยีเหล่านี้ในการจัดการโรคเรื้อรัง ควบคู่กับการส่งเสริม

การออกกำลังกายเป็นประจำ การพัฒนาและปรับปรุงแอปพลิเคชันสุขภาพให้ตรงกับความต้องการของผู้ใช้ก็สำคัญ ควรมีการประชาสัมพันธ์และส่งเสริมการใช้สมาร์ทวอตช์และแอปพลิเคชันสุขภาพอย่างแพร่หลาย เพื่อสร้างการรับรู้และความสนใจในกลุ่มประชาชน และควรมีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อทัศนคติและการใช้สมาร์ทวอตช์และแอปพลิเคชันสุขภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ควรมีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อทัศนคติและการใช้สมาร์ทวอตช์และแอปพลิเคชันสุขภาพ เช่น ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและนำไปสู่การพัฒนาและส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีในด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากหลายฝ่าย ข้าพเจ้าขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาการวิจัยที่ให้คำแนะนำและความรู้ตลอดการดำเนินงาน ขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพทั้งสามท่านที่ให้การตรวจสอบเครื่องมือและคำแนะนำที่มีประโยชน์ ขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาในการตอบแบบสอบถามออนไลน์ และแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม ขอบพระคุณครอบครัวและเพื่อน ๆ ที่ให้กำลังใจและสนับสนุนในทุกขั้นตอนของการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Development Programme (UNDP) & World Health Organization (WHO). (2021). Investment case for noncommunicable disease prevention and control in Thailand. 1-94. สืบค้นจาก: https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/th/UNDP_TH_WHO_THAILAND_NCD-IC-REPORT_v06_231121.pdf
2. สุริดา แก้วทา, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า และอรุณเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์. 1-108. สืบค้นจาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1035820201005073556.pdf>
3. Budreviciute, A., Samar, D., Dana, K, S., Kamil, O., Peter, S, G., Gediminas, P., Agne, K., Samir, K. and Rimantas, K. (2020). Management and Prevention Strategies for Non-communicable Diseases (NCDs) and Their Risk Factors. Front Public Health.; 8: 574111. doi: 10.3389/fpubh.2020.574111.
4. Mattison, G., Oliver, J, C., Doug, F., Chelsea, D., Daniel, S., David, R. and Clair, S. (2023) A step in the right direction: the potential role of smartwatches in supporting chronic disease prevention in health care. Med J Aust; 218 (9): 384-388. doi: 10.5694/mja2.51920
5. Masoumian, M., Hosseini, S., Toktam, M., Hosseini, Karim, Q.,4 Shahriar, H. and Seyedeh, S, S. (2023) Smartwatches in healthcare medicine: assistance and monitoring; a scoping review. BMC Med Inform Decis Mak.; 23: 248.
6. Mattison, G., Oliver, C., Doug, F., Chelsea, D., Daniel, S., Juha, T. and Clair, S. (2022) The Influence of Wearables on Health Care Outcomes in Chronic Disease: Systematic Review. J Med Internet Res; 24(7): e36690.
7. Cochran Chanuan Uakarn, Kajohnsak Chaokromthong and Nittaya Sintao. Sample Size Estimation using Yamane and Cochran and Krejcie and Morgan and Green Formulas and Cohen Statistical

- Power Analysis by G*Power and Comparisons. APHEIT INTERNATIONAL JOURNAL. 2021; 10(2): 76-88
8. Bloom, Benjamin S., et al. (1971). Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill Book Company.
 9. Chankong, N., Sani, B., Nuntachai, T., Chairat, M. and Anantasak, W. (2023) Factors Affecting the Adoption of Smartwatch for Tracking Health. nternational Journal of Membrane Science and Technology ;10(1), pp 1715-1729.
 10. Hyoungh-Y, C., Mark, K. and Aaron M. B. (2022). Intention to use smartwatch health applications: A regulatory fit and locus of control perspective. Information & Management ;59(6), 103687
 11. Mobashir, M., Hasan, S., Karnika S., Natasha, J., Perisa, A., Geetika, Si., Lu, D., Sunshine, H., Jennifer, M. & Jessilyn, P. D. (2024). Assessment of ownership of smart devices and the acceptability of digital health data sharing. npj Digital Medicine: 7(44).
 12. Al-Marouf, S, R., Khadija, A., Ahmad, Q, A., Ahmad, A. and Said, S. (2021). User Acceptance of Smart Watch for Medical Purposes: An Empirical Study. Future Internet: 13(5), 127; <https://doi.org/10.3390/fi13050127>
 13. Matthew, T., Orcid, I., Tonatiuh, M., Manoj, B., Anis, D., Matin, K., Mary, E., Eric, W., Roger B, F., Parisa, R., (2019). Perception of Older Adults Toward Smartwatch Technology for Assessing Pain and Related Patient-Reported Outcomes: Pilot Study. Published on; 7(3).
 14. มหาวิทยาลัยกรุงเทพ. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยกรุงเทพ ; ปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจใช้สมาร์ทวอตช์ของผู้บริโภคในกรุงเทพมหานคร. [เข้าถึงเมื่อ 21 มิ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก : <http://dspace.bu.ac.th/handle/123456789/4412>
 15. Manini, T, M., Tonatiuh., Manoj, B., Anis, D., Matin, K., Mary, E, Y., Eric, W., Roger, B, F. and Parisa, R. (2019). Perception of Older Adults Toward Smartwatch Technology for Assessing Pain and Related Patient-Reported Outcomes: Pilot Study. Published on; 7(3)

Received: 4 Jul. 2024, Revised: 12 Aug. 2024

Accepted: 14 Aug. 2024

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของเยาวชนหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี
จังหวัดหนึ่งในภาคเหนือพัชรารณ มลารัตน์^{1*} อนุกุล มะโนทน²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรและปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของเยาวชนหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ในจังหวัดหนึ่งของภาคเหนือ กลุ่มตัวอย่างคือหญิงอายุระหว่าง 13-19 ปี จำนวน 273 คน สุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์ และสถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 22.30 และมีประวัติการตั้งครรภ์ ร้อยละ 1.80 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของเยาวชนหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คือระดับการศึกษาสูงสุด ได้แก่ มัธยมศึกษาปีที่ 3 ($OR = 23.91$ $95\%CI = 2.77-206.49$) มัธยมศึกษาปีที่ 4 ($OR = 13.78$ $95\%CI = 1.39-136.01$) มัธยมศึกษาปีที่ 5 ($OR = 16.03$ $95\%CI = 1.83-139.87$) มัธยมศึกษาปีที่ 6 ($OR = 13.78$ $95\%CI = 1.43-123.94$) ค่านิยมทางเพศทางเพศของเยาวชนหญิงระดับปานกลาง ($OR = 0.21$ $95\%CI = 0.06-0.72$) ระดับต่ำ ($OR = 0.19$ $95\%CI = 0.04-0.75$) ความยากลำบากต่อการมีเพศสัมพันธ์ระดับปานกลาง ($OR = 0.43$ $95\%CI = 0.14-1.31$) ระดับต่ำ ($OR = 0.07$ $95\%CI = 0.02-0.27$) และการเข้าถึงเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ สารเสพติดและสภาพแวดล้อมที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศระดับปานกลาง ($OR = 0.30$ $95\%CI = 0.10-0.95$)

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำข้อมูลไปใช้เพื่อออกแบบโปรแกรมหรือกิจกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์หรือจัดทำแนวทางการเฝ้าระวังและกำหนดนโยบายการป้องกันพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรที่จะทำให้เกิดปัญหาการท้องไม่พร้อมและปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อไป

คำสำคัญ : การมีเพศสัมพันธ์, เยาวชนหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี, มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร

¹นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

*Corresponding author: Patcharaponplam58@gmail.com

*Original Article***Factors affecting premature sexual intercourse among young women under 20 years of a province in northern region**Patcharapon Mararat^{1*} Anukool Manoton²**Abstract**

This cross-sectional survey research aims to study the behavior of having premature sexual intercourse and factors affecting premature sexual intercourse among young women under 20 years of age in a province in the northern region. A stratified sampling technique was used to select a sample of 273 young women aged 13–19 years old. Data were collected using a questionnaire. Descriptive statistics were conducted to describe general characteristics of the data, including frequency, mean, percentage, and standard deviation. Chi-square and binary logistic regression tests were used to analyze factors affecting premature sexual intercourse among young women at the statistical significance level of 0.05.

The results showed that 22.30% of the sample had sexual behavior and 1.80% had been pregnant. The factors identified as the behavior of having premature sexual intercourse by inferential statistics were (1) education levels (Grade 9 OR = 23.91 95% CL = 2.77-206.49, Grade 10 OR = 13.78 95% CL = 1.39-136.01, Grade 11 OR = 16.03 95% CL = 1.83-139.87, and Grade 12 OR = 13.78 95% CL = 1.43-123.94). (2) There were 2 levels of sexual values, including moderate level (OR =0.21 95%CL=0.06-0.72) and low level (OR =0.19 95%CL=0.04- 0.75). (3) In the same way, it was found that sexual curiosity was at a moderate level (OR =0.43 95%CL=0.14-1.31) and Low level (OR =0.07 95%CL=0.02-0.27) as well. (4) Moreover, Alcohol and drug abuse, and the environment are moderate stimulants of Sexual behavior (OR =0.30 95%CL=0.10-0.95).

In conclusion, research findings can be applied to the creation of programs or activities to prevent premature sexual intercourse. In addition, to develop appropriate guidelines for surveillance and policy formulation preventing behaviors that result in premature sexual behavior that causes problems with an unplanned pregnancy and the problem of sexually transmitted diseases.

Keyword: sexual intercourse, young women under 20 years old, Having sex before the appropriate age

¹Master's degree Student of Public Health, School of Public Health, University of Phayao

²Asst. Prof. School of Public Health, University of Phayao

*Corresponding author: Patcharaponplam58@gmail.com

บทนำ

จากสถานการณ์สังคมในปัจจุบันเป็นสังคมสมัยใหม่ที่มีการติดต่อสื่อสารและความทันสมัยด้านเทคโนโลยี เด็กวัยรุ่นเข้าถึงสื่อเทคโนโลยีได้ง่ายและมีการแข่งขันสูงทางด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวที่มีบุตรส่วนใหญ่ให้ผู้สูงอายุหรือบุคคลอื่นเลี้ยงดู ทำให้เด็กวัยรุ่นอยู่ห่างจากพ่อแม่ นำสู่การใช้ชีวิตกับเทคโนโลยี วัตถุนิยม ใช้สารเสพติดและการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเด็กอายุน้อยกว่า 20 ปี ซึ่งแต่ละประเทศให้ความสำคัญกับเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร สามารถสรุปได้จากแบบสำรวจของประเทศสหรัฐอเมริกา โดยใช้แบบสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงของเยาวชนในพื้นที่ประชากรขนาดใหญ่ พบว่านักเรียนมีเพศสัมพันธ์มากถึงร้อยละ 84 ส่วนใหญ่เห็นว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องปกติและวัยรุ่น 1 ใน 3 มีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุ 16 ปี¹ และในประเทศไทย พบว่านักเรียนเกือบหนึ่งในห้าคน (ร้อยละ 19.8) เคยมีเพศสัมพันธ์ โดยที่สัดส่วนนักเรียนชาย (ร้อยละ 23.8) เคยมีเพศสัมพันธ์มากกว่านักเรียนหญิง (ร้อยละ 16.7) ในกลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 29.8 มีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 14 ปี² ส่งผลต่อการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร องค์การสหประชาชาติและองค์การอนามัยโลก ใช้อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี (Adolescent Birth Rate) ในการติดตามสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแทนอัตราการตั้งครรภ์ ปัจจุบันภาพรวมทั่วโลกมีแนวโน้มสูงขึ้น ข้อมูลทางสถิติพบว่าการตั้งครรภ์ของสตรีที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี มากกว่าร้อยละ 90 จะอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา วัยรุ่นเป็นช่วงอายุที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นและส่วนใหญ่เป็นเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ส่งผลให้เกิดปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้น³ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก มีรายงานอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศใกล้เคียง ประเทศไทยพบอัตราการคลอดของวัยรุ่นหญิงอายุ 15-19 ปี อยู่ในระดับสูง ซึ่งสูงกว่าประเทศอื่นในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก ค่าเฉลี่ยที่ 14 คนต่อประชากรหญิงอายุเดียวกัน 1,000 คน⁴

ข้อมูลจากสถิติการคลอดของแม่วัยรุ่น กระทรวงสาธารณสุขประเทศไทย 5 ปีย้อนหลัง อัตราการคลอดในกลุ่มอายุ 15-19 ปีต่อตั้งแต่ปี 2560-2564 มีแนวโน้มเกิดขึ้นต่อเนื่องทุกปี 39.6, 35.31, 28.7 24.4 ต่อ 1,000 ประชากรยังพบอัตราการคลอดในกลุ่มอายุ 10-14 ปีต่อ 1,000 ประชากร 5 ปีย้อนหลังตั้งแต่ปี 2560-2564 เกิดขึ้นต่อเนื่องทุกปี 1.3, 1.2, 1.1, 0.9, 0.9 ต่อ 1,000 ประชากร⁵⁻⁶ ซึ่งตัวชี้วัดกระทรวงได้กำหนดอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี ไม่เกิน 0.9 ต่อประชากรหญิงอายุเดียวกัน 1,000 คน และอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 25 ต่อประชากรหญิงอายุเดียวกัน 1,000 คน จากข้อมูลจะเห็นได้เกินเกณฑ์จากตัวชี้วัดที่กำหนดและยังพบการตั้งครรภ์ในกลุ่มหญิงดังกล่าวต่อเนื่องทุกปี ซึ่งมีความน่าเป็นห่วงอย่างยิ่ง หากวัยรุ่นมีการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรแล้ว เกิดไม่ยอมรับจากอีกฝ่ายมีโอกาสตัดสินใจผิดพลาด นำไปสู่การทำแท้งด้วยตนเองที่เสี่ยงอันตรายถึงชีวิตหรือคลินิกไม่ถูกต้องตามกฎหมายหรือบุคคลที่ไม่ทราบคุณสมบัติ จากรายงานเฝ้าระวังการแท้งประเทศไทย พ.ศ. 2563 กลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนอายุต่ำกว่า 25 ปี มีปัญหากับฝ่ายชายจึงนำไปสู่เหตุผลที่ตัดสินใจทำแท้ง ยุติการตั้งครรภ์ด้วยตนเองและบุคคลไม่ทราบคุณสมบัติ ร้อยละ 72.4 และร้อยละ 6.9 ตามลำดับ⁷

ข้อมูลสถานการณ์ในพื้นที่จังหวัดเชียงราย มีสถิติการตั้งครรภ์ในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปีคลอดมีชีพ ย้อนหลัง 5 ปีตั้งแต่ปี 2561- 2565 พบว่าอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี เกิดขึ้นต่อเนื่องทุกปี 1.41, 1.16, 1.25, 1.30, 1.24 ต่อ 1,000 คน⁸ สถิติอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่ปี 2561-2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 1.37, 1.14, 1.33, 1.51, 1.45 ต่อ 1,000 คน⁹ ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี ย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่ปี 2561-2565 เกิดขึ้นต่อเนื่องทุกปี 20.11, 19.23, 20.81, 17.16, 15.36¹⁰ และในพื้นที่ของอำเภอที่ศึกษาพบการตั้งครรภ์ในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปีทุกปี จากข้อมูลบันทึกการให้บริการการฝากครรภ์ของโรงพยาบาลในพื้นที่ศึกษา ย้อนหลัง 5 ปี พบหญิงอายุระหว่าง 10 - 19 ปี เข้ารับบริการฝากครรภ์ ตั้งแต่ปี 2561-2565 ต่อเนื่อง 13, 19, 11, 13, 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.16, 4.51, 2.70, 3.32, 1.34 ในปี 2563 และปี 2564 หญิงตั้งครรภ์ตรวจพบโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

(ซิฟิลิส เชื้อ HIV) และผากระรกล้ำขาว(ผากระรกล้ำขาวหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์)หรือการผากระรกล้ำขาวไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม ยังพบข้อมูลร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี 5 ปีย้อนหลัง ในปี 2562 พบร้อยละ 33.3 ปี 2563 พบร้อยละ 25 ถึงแม้การตั้งครรภ์ซ้ำลดลงและไม่พบอุบัติการณ์ในปีปัจจุบัน จากข้อมูลการบันทึกของคลินิกวัยรุ่นใน โรงพยาบาล การให้บริการการคุมกำเนิดแบบฝังแก่หญิงที่อายุน้อยกว่า 20 ปี ที่อาศัยอยู่ร่วมกันกับแบบสามีภรรยาหรือมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ และหญิงหลังคลอดหรือประสงค์คุมกำเนิดด้วยยาคุมแบบฝัง ย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่ปี 2561-2565 มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี 13,21,21,23,27 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.47,2.33,2.54,2.54,2.84

นอกจากนี้พฤติกรรมการณ์มีเพศสัมพันธ์ที่เร็วขึ้นของวัยรุ่นในปัจจุบันยังทำให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปัญหาทางด้านสังคม เศรษฐกิจและส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ เกิดการหย่าร้างสูงในกลุ่มวัยรุ่น หากยังมีสถิติการตั้งครรภ์เกิดขึ้นทุกปี แม้มีเพียงหนึ่งราย ก็ส่งผลกระทบต่อปัญหาหลายด้านทั้งตัวมารดาและทารกที่จะต้องได้รับผลกระทบต่างไม่ว่าจะเป็นเรื่องสุขภาพ จิตใจ บางรายต้องออกโรงเรียนกลางคันอับอายไม่เรียนต่อ จากที่ได้กล่าวไว้ข้างต้นจะเห็นได้ว่ายังพบปัญหาการตั้งครรภ์ในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปีทุกปีต่อเนื่องและมีจำนวนหญิงที่กินแบบสามีภรรยาเพิ่มมากขึ้นทุกปี ซึ่งแต่ละปัจจัยมีแรงสนับสนุนที่เป็นไปตามทฤษฎี PRECEDE Model ที่มีทั้ง 3 ปัจจัยที่ใช้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความต่างแต่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งปัจจัยภายใน และภายนอก¹¹ จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาวิจัยครั้งนี้เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของเยาวชนหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ในจังหวัดหนึ่งของภาคเหนือ เพื่อนำปัจจัยต่างๆและพฤติกรรมมาแนวทางในการเฝ้าระวังความเสี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ที่ส่งผลถึงปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการณ์มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของเยาวชนหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ในจังหวัดหนึ่งของภาคเหนือ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของเยาวชนหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ในจังหวัดหนึ่งของภาคเหนือ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

วิจัยเชิงสำรวจ(Survey research) แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ เยาวชนหญิงอายุ 13-19 ปี ที่อาศัยในพื้นที่อำเภอศึกษา จังหวัดเชียงราย จำนวน 881 คน

กลุ่มตัวอย่าง

คือ เยาวชนหญิงอายุ 13-19 ปี ที่อาศัยในพื้นที่ศึกษา จังหวัดเชียงราย คำนวณโดยในการคำนวณกำหนดขนาดประชากรกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของเครซี และมอร์แกน (Krejcie and Morgan,1970) ที่มีระดับความเชื่อมั่น 95 %หรือมีความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้น 5 % โดยใช้สูตรของ ของเครซีและมอร์แกน⁷ และเพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจึงได้เพิ่มร้อยละ 5% ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 273 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) จำแนกรายตำบลจากอำเภอที่ศึกษา ของจังหวัดเชียงราย แล้วคำนวณหาสัดส่วนประชากรแยกรายตำบลตามสูตรการคำนวณ¹²

และใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่ สุ่มเลือกตัวอย่างตามจำนวนที่คำนวณมาได้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

- 1.เยาวชนหญิงที่อายุ 13-19 ปีที่มีทะเบียนบ้านอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอป่าแดดจังหวัดเชียงราย
- 2.ยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง มีสติสัมปชัญญะ สามารถอ่านออก สื่อสารด้วยการพูดและฟังภาษาไทยเข้าใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1.ไม่ยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย
- 2.เยาวชนหญิงที่อายุต่ำกว่า 20 ปี มีชื่อทะเบียนบ้านในพื้นที่อำเภอป่าแดดจังหวัดเชียงรายแต่ไม่อาศัยอยู่ในพื้นที่ขณะดำเนินโครงการ

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ (Independent Variable) ประกอบด้วย

- 1.ปัจจัยนำ ประกอบไปด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ทศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ของเยาวชนหญิง ค่านิยมทางเพศของเยาวชนหญิง การรับรู้ผลกระทบจากการมีเพศสัมพันธ์ของเยาวชนหญิง การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ ความอยากลองต่อการมีเพศสัมพันธ์ การเห็นคุณค่าในตนเอง
- 2.ปัจจัยเอื้อ ประกอบไปด้วย พฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ การเข้าถึงการเฝ้าระวังกลางคืนและการเข้าถึงเครื่องตีแอลกอฮอล์ สารเสพติดและสภาพแวดล้อมที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ
- 3.ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย บุคคลที่พักอาศัยด้วย การเลี้ยงดูเยาวชนหญิง อิทธิพลจากเพื่อน ความสัมพันธ์ในครอบครัว สถานภาพการอยู่ร่วมกันของบิดามารดา

ตัวแปรตาม (Dependent Variable) คือ การมีเพศสัมพันธ์ของเยาวชนหญิงจังหวัดหนึ่งในภาคเหนือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่เลือกคำตอบเดียว(Closed form) และแบบมาตราประเมินค่า (Rating Scale) ซึ่งประยุกต์แนวทางมาจากทฤษฎี PRECEDE Modelและงานวิจัยของปัญญกรินทร์ หอยรัตน์และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์¹³ ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีทั้งหมด 7 ข้อ ประกอบด้วยอายุ ศาสนา ระบบการศึกษาที่ท่านเรียนอยู่ ระดับการศึกษาสูงสุด เกรดเฉลี่ยเทอมล่าสุดของท่าน สถานภาพการอยู่ร่วมกันของบิดามารดา บุคคลที่พักอาศัยด้วยในขณะที่เรียน คำถามชนิดเลือกตอบและเติมคำ

ส่วน 2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีเพศสัมพันธ์

2.1 ความสัมพันธ์ในครอบครัว จำนวน 12 ข้อ คำถามประกอบด้วยเรื่องความรักใคร่ผูกพันระหว่างผู้ปกครองกับเยาวชน ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด 5 คะแนน ไปจนถึงน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน คำถามเชิงบวกหากเป็นคำถามเชิงลบให้คะแนนตรงข้าม ใช้เกณฑ์การแปลผลของเบสท์¹⁴แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ดีมาก ดีปานกลาง ไม่ค่อยดี ไม่ดี

- 2.2 ทศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ของเยาวชนหญิง จำนวน 10 ข้อ คำถามประกอบด้วยเรื่องการมีคู่อหรือแฟนในปัจจุบัน การสนใจเพศตรงข้าม การมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานงาน การป้องกันโรคติดต่อและการตั้งครรภ์
- 2.3 ค่านิยมทางเพศในวัยเรียน ข้อคำถามมีจำนวน 7 ข้อ คำถามประกอบด้วยเรื่องความเชื่อและการยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ของเยาวชน
- 2.4 การรับรู้ผลกระทบจากการมีเพศสัมพันธ์ของเยาวชนหญิง มีจำนวน 8 ข้อ คำถามประกอบด้วยเรื่องการได้รับผลกระทบจากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรที่ส่งผลต่อเยาวชน ครอบครัวและสถานศึกษา
- 2.5 การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ มีจำนวน 9 ข้อ คำถามประกอบด้วยเรื่องการยังยั้งใจและการใช้ทักษะการปฏิเสธของเยาวชน
- 2.6 ความอยากรู้อยากลองต่อการมีเพศสัมพันธ์ มีจำนวน 8 ข้อ คำถามประกอบด้วยเรื่องความอยากรู้อยากเห็นและอยากทดสอบมีเพศสัมพันธ์กับเพศตรงข้าม
- 2.7 การเห็นคุณค่าในตนเอง มีจำนวน 12 ข้อ คำถามประกอบด้วยเรื่องศักยภาพ การตระหนักรู้ การปรับตัวที่ดีและการภูมิใจในตนเองของเยาวชน
- ข้อคำถามเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน ไปจนถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน คำถามเชิงบวกหากเป็นคำถามเชิงลบให้คะแนนตรงข้าม ใช้เกณฑ์การแปลผลของเบสท์¹⁵ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ
- 2.8 การเลี้ยงดูเยาวชนหญิงของผู้ปกครอง มีจำนวน 10 ข้อ คำถามประกอบด้วยเรื่องการเอาใจใส่ การอบรมสั่งสอนและการให้คำแนะนำของผู้ปกครองแก่เยาวชน ข้อคำถามเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด 5 คะแนน ไปจนถึง น้อยที่สุดให้ 1 คะแนน คำถามเชิงบวกหากเป็นคำถามเชิงลบให้คะแนนตรงข้าม ใช้เกณฑ์การแปลผลของเบสท์¹⁴แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ดีมาก ดี ปานกลาง ไม่ค่อยดี ไม่ดี

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของเยาวชนหญิง

- 3.1 ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ มีจำนวน 1 ข้อ คำถามชนิดเลือกตอบ
- 3.2 ประวัติการตั้งครรภ์ มีจำนวน 1 ข้อ คำถามชนิดเลือกตอบ
- 3.3 การเที่ยวกลางคืนและเทศกาล มีจำนวน 4 ข้อ ข้อคำถามเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด 1 คะแนน ไปจนถึงน้อยที่สุดให้ 5 คะแนน ใช้เกณฑ์การแปลผลของเบสท์¹⁵แบ่งเป็น3ระดับ คือสูง ปานกลาง ต่ำ
- 3.4 การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สารเสพติดและสภาพแวดล้อมที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ มีจำนวน 8 ข้อ ข้อคำถามเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากสุด 5 คะแนน ไปจนถึง น้อยที่สุด 1 คะแนน คำถามเชิงบวกหากเป็นคำถามเชิงลบให้คะแนนตรงข้าม ใช้เกณฑ์การแปลผลของเบสท์¹⁵แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ
- 3.5 การได้รับอิทธิพลจากเพื่อน จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ คือ ปฏิบัติสัปดาห์ละครั้งหรือมากกว่า 1 คะแนน ไปจนถึง ไม่เคยปฏิบัติเลยให้ 5 คะแนน ใช้เกณฑ์การแปลผลของเบสท์¹⁵แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง ต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ได้รับการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.67 - 1.00 ตามเกณฑ์ที่ยอมรับ การตรวจสอบหาความเที่ยง (reliability) หาความสอดคล้องภายในเครื่องมือจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha

Coefficient) ในส่วน 2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ และส่วนที่ 3 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของเยาวชนหญิง ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามหลังตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้วไปทดสอบค่าความเที่ยงกับนักเรียนหญิงจำนวน 30 คน พบว่าค่าเครื่องมือทั้ง 2 ส่วน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค อยู่ระหว่าง 0.80-0.92 ตามเกณฑ์ยอมรับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ดำเนินการหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อขอเก็บข้อมูลวิจัยผู้วิจัย โดย

1.ขั้นเตรียมการ จัดทำหนังสือจากคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา เรียนผู้อำนวยการโรงเรียนในระบบการศึกษาและนอกระบบการศึกษาในพื้นที่เป้าหมาย เพื่อขอความอนุเคราะห์ประสานงานกับเยาวชนหญิงอายุ 13-19 ปีนัดหมายวัน เวลาเก็บรวบรวมข้อมูล การเตรียมแบบสอบถาม

2.ขั้นตอนการ เข้าพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ช่วงวิชาแนะแนวการศึกษาที่เป็นวิชาอิสระ โดยขอใช้ห้องประชุมแนะแนวนักเรียนของโรงเรียนที่เป็นเอกเทศในการเก็บข้อมูลแบบสอบถาม เมื่อถึงพื้นที่แล้วแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของการปฏิบัติให้อาสาสมัครรับทราบและให้อาสาสมัครแสดงความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูล

3.ตรวจสอบความเรียบร้อยความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป จากนั้นกล่าวขอบคุณแล้วเดินทางกลับ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติในการวิเคราะห์เพื่อให้สอดคล้องกับ ลักษณะของข้อมูล และตอบวัตถุประสงค์ดังนี้

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับชั้นการศึกษา วิเคราะห์ด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติวิเคราะห์ (Analytical Statistics) หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของเยาวชนหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ในพื้นที่อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย โดยวิธี Binary logistic regression

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา เลขที่ 1.3/066/66 รับรองวันที่ 10 ตุลาคม 2566 ผู้วิจัยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิโดยตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลในการสมัครใจ เข้าร่วมการวิจัย มีการให้ข้อมูลก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ปกปิดข้อมูลที่ต้องการเปิดเผย และสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

5. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามอายุ พบว่าส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 13-15 ปี จำนวน 144 คน (ร้อยละ 52.75) รองลงมาคือช่วงอายุ 16-18 ปี จำนวน 123 คน (ร้อยละ 45.10) และช่วงอายุที่จำนวนน้อยที่สุดคืออายุมากกว่า 18 ปี จำนวน 6 คน (ร้อยละ 2.20) ส่วนใหญ่เรียนอยู่ในระบบการศึกษา จำนวน 260 คน (ร้อยละ 95.24) ระดับการศึกษาสูงสุด ส่วนใหญ่อยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 60 คน (ร้อยละ 22.00) รองลงมาคือชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 56 คน (ร้อยละ 20.50) และชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 43 คน (ร้อยละ 15.80)

ตามลำดับ มีเกรดเฉลี่ยรวมในภาคเรียนล่าสุด ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 2.51-3.50 จำนวน 142 คน (ร้อยละ 52.00) สถานภาพการอยู่ร่วมกันของบิดามารดา ส่วนใหญ่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน จำนวน 147คน (ร้อยละ 53.85) รองลงมาคือ แยกกันอยู่/หย่าร้าง จำนวน 102 คน (ร้อยละ 37.36) ตามลำดับ บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วยขณะเรียน ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับญาติ จำนวน 143 คน (ร้อยละ 52.40) รองลงมาคืออยู่กับมารดา จำนวน 91 คน (ร้อยละ 33.30) อยู่กับบิดา จำนวน 23 คน (ร้อยละ 8.40) ตามลำดับ

1. พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของเยาวชนหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ในจังหวัดหนึ่งของภาคเหนือ

พฤติกรรมเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละ
1.ประวัติการมีเพศสัมพันธ์		
มี	61	22.30
ไม่มี	212	77.70
2.ประวัติการตั้งครรภ์		
มี	5	1.80
ไม่มี	268	98.20

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 273 คน พบว่ามีประวัติการมีเพศสัมพันธ์ทั้งหมด 61 คน คิดเป็นร้อยละ 22.30 ไม่มีเพศสัมพันธ์ 212 คนคิดเป็นร้อยละ 77.70 และมีประวัติการตั้งครรภ์ทั้งหมด 5 คน คิดเป็นร้อยละ 1.80 ไม่ตั้งครรภ์ 268 คน คิดเป็นร้อยละ 98.20

2. แสดงภาพรวมผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม

ตารางที่ 2 แสดงร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมในแต่ละตัวแปรรายข้อ

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D	ระดับภาพรวม
ปัจจัยนำเข้า			
1.ทัศนคติ	3.18	0.65	สูง
2.ค่านิยม	3.25	0.63	สูง
3.การรับรู้ผลกระทบ	3.72	0.63	สูง
4.การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกัน	3.78	0.63	สูง
5.ความอยากลอง	3.64	0.94	สูง
6.การเป็นคุณค่าในตนเอง	3.76	0.55	สูง
ปัจจัยเอื้อ			
1.การเข้าถึงการเฝ้าระวังกลางคืนและเทศกาล	4.06	0.92	สูง

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D	ระดับภาพรวม
2.การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สารเสพติดและภาพแวดล้อมที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ	4.55	0.57	สูง
ปัจจัยเสริม			
1.การเลี้ยงดูเยาวชนหญิง	3.67	0.76	ดี
2.อิทธิพลจากเพื่อน	4.47	0.71	มาก
3.ความสัมพันธ์ในครอบครัว	3.20	0.58	ดี

จากตาราง 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.18$, S.D.=0.65) คำนิยมต่อการมีเพศสัมพันธ์ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.25$, S.D.=0.63) การรับรู้ผลกระทบต่อการมีเพศสัมพันธ์ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.72$, S.D.=0.65) การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันตนเองการมีเพศสัมพันธ์ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.78$, S.D.=0.65) ความอยากลองต่อการมีเพศสัมพันธ์ ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.64$, S.D.=0.94) การเห็นคุณค่าในตนเองภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.76$, S.D.=0.55) การเข้าถึงการเที่ยวกลางคืนและเทศกาลภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.06$, S.D.=0.92) การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สารเสพติดและภาพแวดล้อมที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.55$, S.D.=0.57) การเลี้ยงดูเยาวชนหญิงภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.67$, S.D.=0.76) อิทธิพลจากเพื่อนภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.47$, S.D.=0.71) ความสัมพันธ์ในครอบครัวภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.20$, S.D.=0.58)

3.ผลการวิเคราะห์ chi square เพื่อหาความสัมพันธ์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ของเยาวชนหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ในจังหวัดหนึ่งของภาคเหนือ

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ของเยาวชนหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ในจังหวัดหนึ่งของภาคเหนือ

ปัจจัย		การมีเพศสัมพันธ์ จำนวน(ร้อยละ)		p-value
		มี	ไม่มี	
1.อายุ	13 - 15 ปี	26(9.50%)	118(43.20%)	0.012
	16 - 18 ปี	31(11.40%)	92(33.70%)	
	มากกว่า 18 ปี	4(1.50%)	2(0.70%)	
2.ระดับชั้นที่ศึกษาสูงสุด	มัธยมศึกษาปีที่ 1	1(0.40%)	35(12.80%)	0.001
	มัธยมศึกษาปีที่ 2	4(1.50%)	47(17.20%)	
	มัธยมศึกษาปีที่ 3	23(8.40%)	37(13.60%)	
	มัธยมศึกษาปีที่ 4	6(2.20%)	19(7.00%)	
	มัธยมศึกษาปีที่ 5	16(5.90%)	40(14.70%)	

ปัจจัย		การมีเพศสัมพันธ์ จำนวน(ร้อยละ)		p-value
		มี	ไม่มี	
3.เกรดเฉลี่ยเทอมล่าสุด	มัธยมศึกษาปีที่ 6	10(3.70%)	33(12.10%)	0.042
	ไม่เรียนหนังสือ	1(0.40%)	1(0.40%)	
	1.00 – 2.50	12(4.40%)	26(9.50%)	
	2.51 – 3.50	36(13.20%)	106(38.80%)	
	มากกว่า 3.51	12(4.80%)	81(29.30%)	
4.ค่านิยมทางเพศของเยาวชนหญิง	2.51 – 3.50	36(13.20%)	106(38.80%)	0.018
	ระดับสูง	10(3.70%)	67(24.50%)	
	ระดับปานกลาง	42(15.40%)	131(48.00%)	
	ระดับต่ำ	9(3.30%)	14(5.10%)	
5.ความอยากลองต่อการมีเพศสัมพันธ์	ระดับสูง	11(4.00%)	125(45.80%)	0.001
	ระดับปานกลาง	38(13.90%)	77(28.20%)	
	ระดับต่ำ	12(4.40%)	10(3.70%)	
6.การเข้าถึงการเที่ยวกลางคืนและ เทศกาล	ระดับมาก	33(12.10%)	166(60.80%)	0.001
	ระดับปานกลาง	19(7.00%)	38(13.90%)	
	ระดับน้อย	9(3.30%)	8(2.90%)	
7.การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สารเสพติดและภาพแวดล้อมที่ปลูก เร้าอารมณ์ทางเพศ	ระดับมาก	47(17.20%)	203(74.40%)	0.001
	ระดับปานกลาง	14(5.10%)	9(3.30%)	
	ระดับมาก	37(13.60%)	163(59.70%)	
8.อิทธิพลจากเพื่อน	ระดับปานกลาง	24(8.80%)	49(17.90%)	0.010

หมายเหตุ : *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.05

จากตารางที่ 3 จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ของเยาวชนหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี พบว่า อายุ ระดับชั้นที่ศึกษาสูงสุด เกรดเฉลี่ยเทอมล่าสุด ค่านิยมทางเพศของเยาวชนหญิง ความอยากลองต่อการมีเพศสัมพันธ์ การเข้าถึงการเที่ยวกลางคืนและเทศกาล การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สารเสพติดและภาพแวดล้อมที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศและอิทธิพลจากเพื่อน มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของเยาวชนหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05

4.ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression Analysis) เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของเยาวชนหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ในจังหวัดหนึ่งของภาคเหนือ

ตารางที่ 4 ตารางวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของเยาวชนหญิงจังหวัดหนึ่งในภาคเหนือ (n = 273)

ปัจจัยทำนาย	B	S.E.	wald	df	Adj.OR	95% CI	p-value
1.ระดับการศึกษาสูงสุด							
มัธยมศึกษาปีที่ 1	Referent						
มัธยมศึกษาปีที่ 2	1.161	1.188	0.955	1	3.192	0.311-32.728	0.328
มัธยมศึกษาปีที่ 3	3.175	1.100	8.331	1	23.917	2.770-206.492	0.004*
มัธยมศึกษาปีที่ 4	2.624	1.168	5.046	1	13.786	1.397-136.016	0.025*
มัธยมศึกษาปีที่ 5	2.775	1.105	6.304	1	16.035	1.838-139.879	0.012*
มัธยมศึกษาปีที่ 6	2.591	1.137	5.187	1	13.337	1.435-123.948	0.023*
ไม่เรียนหนังสือ	3.678	2.119	3.014	1	39.577	0.622-2517.835	0.083
2.ค่านิยมทางเพศของเยาวชนหญิง							
ระดับสูง	Referent						
ระดับปานกลาง	-1.559	0.631	6.104	1	0.210	0.061-0.724	0.013*
ระดับต่ำ	-1.656	0.702	5.571	1	0.191	0.048-0.755	0.018*
3.ความอยากลองต่อการมีเพศสัมพันธ์							
ระดับสูง	Referent						
ระดับปานกลาง	-0.838	0.566	2.192	1	0.433	0.143-1.312	0.139
ระดับต่ำ	-2.661	0.641	16.131	1	0.079	0.023-0.273	0.001*
4.การเข้าถึงเครื่องตีมีแอลกอฮอล์สารเสพติดและภาพแวดล้อมที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ							
ระดับมาก	Referent						
ระดับปานกลาง	-1.175	0.575	4.172	1	0.309	0.100-0.954	0.041*

หมายเหตุ : *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.05

จากตาราง 4 พบว่าชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 มีโอกาสมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร 23.917 เท่า เมื่อเทียบกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.004) (OR=23.917,95% CI=2.770-206.492,p-value=<0.05) ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 มีโอกาสมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร 13.786 เท่า เมื่อเทียบกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.025) (OR=13.786,95% CI=1.397-136.016,p-value=<0.05) ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 มีโอกาสมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร 16.035 เท่า เมื่อเทียบกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.012) (OR=16.035,95% CI=1.838-139.879,p-value=<0.05) และชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 มีโอกาสมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร 13.337 เท่า เมื่อเทียบกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.023) (OR=13.337,95% CI=1.435-123.948,p-value=<0.05)

ค่านิยมทางเพศของเยาวชนหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ในระดับปานกลาง มีโอกาสมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรลดลง 79% เมื่อเทียบกับค่านิยมทางเพศระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.013) (OR=0.210,95% CI=0.061-0.724,p-value=<0.05) ค่านิยมเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ระดับต่ำ มีโอกาสมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรลดลง

81% เมื่อเทียบกับค่านิยมทางเพศระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=0.018) (OR=0.191,95% CI=0.048-0.755, p -value=<0.05)

ความอยากลองต่อการมีเพศสัมพันธ์ระดับต่ำ มีโอกาสที่จะมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรลดลง 93% เมื่อเทียบกับความอยากลองต่อการมีเพศสัมพันธ์ระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=0.001) (OR=0.079,95% CI=0.023-0.273, p -value=<0.05)

การเข้าถึงเครื่องตี้อัลกอฮอลล์สารเสพติดและภาพแวดล้อมที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศของเยาวชนหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปีในระดับปานกลางโอกาสที่จะมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรลดลง 70% เมื่อเทียบกับพฤติกรรมเสี่ยงเสี่ยงทางเพศในระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=0.041) (OR=0.309,95% CI=0.100-0.954, p -value=<0.05)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1.พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของเยาวชนหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ในจังหวัดหนึ่งของภาคเหนือร้อยละ 22.30 ในกลุ่มนักเรียนหญิงมีเพศสัมพันธ์มากขึ้นเมื่อเทียบกับงานวิจัยของปัญญกรีน หอยรัตน์และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์¹³ซึ่งเก็บข้อมูลในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3-6 เคยมีเพศสัมพันธ์ ในช่วงเวลา 12 เดือนที่ร้อยละ 20.80 ได้กล่าวไว้ว่าการเก็บข้อมูลในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 ร่วมด้วย พร้อมการคัดเลือกเฉพาะนักเรียนที่มีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศได้เท่านั้นจึงทำให้ความชุกของการมีเพศสัมพันธ์ในนักเรียนลดลงต่ำ สอดคล้องกับงานวิจัยงานวิจัยของ เทพไทย ไซติชัย และคณะ¹⁶ศึกษาพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในนักเรียนมัธยมตอนปลาย ได้กล่าวไว้ว่ากลุ่มตัวอย่างเคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 22.16 ใกล้เคียงกับหลายงานวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร

2.ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของเยาวชนหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี

ตัวแปรที่ส่งผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของเยาวชนหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงว่าตัวแปรเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของเยาวชนหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี โดยสามารถอธิบายตัวแปรที่สำคัญได้ดังนี้

ระดับการศึกษา มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของเยาวชนหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ในระดับการศึกษาสูงสุด ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2และการไม่เรียนหนังสือมีโอกาสที่จะมีเพศสัมพันธ์ไม่แตกต่างกัน เห็นได้ว่าไม่ว่าระดับชั้นไหนก็มีโอกาสที่จะมีเพศสัมพันธ์ สอดคล้องกับงานวิจัยของวัลลภา วงศ์ศักดิ์รินทร์¹⁷ที่กล่าวไว้ว่าบริบททางสิ่งแวดล้อม การอบรมเลี้ยงดูในครอบครัว การได้รับการถ่ายทอดความรู้ การปลูกฝังทัศนคติ ค่านิยมที่ถูกต้องไม่ต่างกันทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ไม่ต่างกัน

ค่านิยมทางเพศของเยาวชนหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ในระดับปานกลาง มีโอกาสมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรมากกว่าระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งปัจจุบันกลุ่มเยาวชนที่อายุต่ำกว่า 20 ปี มีโอกาสจำนวนเพิ่มมากขึ้น อันเนื่องมาจากค่านิยม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อินทรียา อัญพัชรและดวงเดือน ศาสตรภัทร¹⁸กล่าวไว้ว่าหากความคิด ความเชื่อ และความรู้สึกของบุคคลที่ให้คุณค่าต่อวัตถุมากกว่าต่อจิตใจหรือความเป็นมนุษย์ ยอมทำทุกวิถีทางเพื่อให้ได้มาซึ่งวัตถุแบรนด์เนม จนกระทั่งการยอมรับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งความเชื่อจะส่งผลกระทบอย่างมาก เพราะหากบุคคลนั้นมีความเชื่อแบบใดก็จะใช้ชีวิตตามความเชื่อแบบนั้น และสอดคล้องกับ ปัทมาภรณ์ สุขสมโสและปฐมพงษ์ พุ่ม

พฤกษ์¹⁹ กล่าวว่าไว้ว่ากลุ่มตัวอย่างแสดงทัศนคติถึงค่านิยมมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนถือเป็นเรื่องปกติที่วัยรุ่นทำกันและไม่ถือว่าเป็นเรื่องผิดแปลกอะไรเพียงแต่ต้องเรียนรู้วิธีป้องกันให้ถูกต้องเหมาะสม

ความอยากลองต่อการมีเพศสัมพันธ์ของเยาวชนหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปีระดับปานกลาง มีโอกาสมีเพศสัมพันธ์ไม่แตกต่างกันและระดับต่ำมีโอกาสมีเพศสัมพันธ์มากกว่าระดับปานกลาง เมื่อเทียบกับระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งความอยากลองเป็นปัจจัยสำคัญที่นำสู่การอยากกระทำ อยากลองต่อการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชน สอดคล้องกับงานวิจัยปัญญกรีน หอยรัตน์และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์¹³พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือวัยรุ่นที่มีความอยากลองอยากรู้ต่อการมีเพศสัมพันธ์มีโอกาเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์สูง

การเข้าถึงเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ สารเสพติดและภาพแวดล้อมที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศของเยาวชนหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี มีโอกาสที่จะมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากเครื่องตี้มแอลกอฮอล์และสารเสพติด ส่งผลต่อทำให้ขาดสติและการควบคุมตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยปัญญกรีน หอยรัตน์และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์¹³พบว่า นักเรียนที่ดื่มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์สูง เพราะว่าเมื่อดื่มเข้าไปแล้วจะทำให้ขาดสติสัมปชัญญะ ขาดการยับยั้งชั่งใจและการควบคุมตนเอง และนักเรียนที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรมากกว่านักเรียนที่ไม่สูบบุหรี่ ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะบุคคลที่สูบบุหรี่จะมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ร่วมด้วยจึงนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ เทพไทย ไซติชัย และคณะ¹⁶พบว่า การมีเพื่อนสนิทที่เคยมีเพศสัมพันธ์ การมีเพื่อนสนิทที่ดูสื่อลามกอนาจาร การมีเพื่อนที่เที่ยวสถานเริงรมย์ การ ดื่มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ความรู้ทางเพศศึกษา และการเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะเห็นได้ว่าอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน สถานบันเทิง การเคดูภาพหรือสื่อลามกอนาจารกับการดื่มเครื่องตี้มที่มีแอลกอฮอล์จะเป็นสิ่งกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดอารมณ์ทางเพศ สอดคล้องกับงานวิจัยของ อินทรียา อัญพัชรและดวงเดือน ศาสตรภัทร¹⁸ ความชอบเสี่ยงทางเพศมีความสัมพันธ์มากที่สุดในเชิงบวกกับการยอมรับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากเด็กหญิงวัยรุ่นมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ ซึ่งทำให้ขาดสติสัมปชัญญะ ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ประกอบกับการเปิดรับสื่อที่กระตุ้นอารมณ์เพศทั้งทางตรง และทางอ้อมจึงพบได้โดยง่าย ซึ่งส่งผลต่อการมีอิทธิพลต่อการยอมรับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์สูง

สรุปผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปีทั้งในระบบการศึกษาและนอกระบบ ไม่เรียนหนังสือยังมีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์และมีปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมในระดับสูง โดยมีระดับการศึกษาสูงสุด ค่านิยมทางเพศของเยาวชนหญิง ความอยากลองต่อการมีเพศสัมพันธ์ และการเข้าถึงเครื่องตี้ม แอลกอฮอล์ สารเสพติดและภาพแวดล้อมที่ปลูกเร้าอารมณ์ทางเพศ มีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของเยาวชนหญิงจังหวัดหนึ่งในภาคเหนือ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.จากผลการวิจัยในครั้งนี้ สามารถนำข้อมูลเสนอต่อหน่วยงานของรัฐบาลและเอกชน กระทรวงสาธารณสุข ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับเยาวชน เพื่อให้ทุกหน่วยงานร่วมมือกันในการกำหนดนโยบายในการแก้ไขปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การดูแลสุขภาพกาย จิตใจของเยาวชนในพื้นที่และหาแนวทางในการป้องกันปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในอนาคต

2.หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำแผนกิจกรรม โปรแกรมหรือสถานศึกษาสอดแทรกในการเรียนการสอนรายวิชาเรียนเรื่องค่านิยม ผลกระทบที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์และอันตรายจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รวมถึงการใช้สารเสพติดต่างๆ การใช้ทักษะการปฏิบัติและการหลีกเลี่ยงสถานที่ที่เป็นการปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศตามความเหมาะสม เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปีและเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมไปถึงการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรที่จะส่งผลกระทบต่างๆแม้เกิดขึ้นกับหญิงเพียงหนึ่งราย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ทราบข้อมูลของการยอมรับการมีเพศสัมพันธ์เชิงลึกในกลุ่มหญิงที่มีเพศสัมพันธ์หรือหญิงหลังคลอดที่อายุน้อยกว่า 20 ปี
2. ควรศึกษาวิจัยในรูปแบบการทดลองหรือการใช้โปรแกรมในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มอายุต่ำกว่า 20ปี เพื่อแก้ไขปัญหาพฤติกรรมเสี่ยง เป็นการลดพฤติกรรมเสี่ยงและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการมีเพศสัมพันธ์ของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี
- 3.บุคลากรด้านสาธารณสุข ควรนำปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ของเยาวชนหญิงกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี สร้างโปรแกรมกิจกรรมหรือจัดทำแนวทางการเฝ้าระวังต่อปัจจัยเสี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยศึกษาในรูปแบบการทดลองหรือกึ่งทดลองต่อไป
- 4.สถานศึกษาควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแนวทางหรือรูปแบบการแก้ไขปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรและการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อหาแนวทางแก้ไขในรูปแบบใหม่ที่สอดคล้องกับปัญหาในสถานศึกษาโดยตรงและเหมาะสมกับเยาวชนปัจจุบัน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สามารถสำเร็จได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องให้คำแนะนำ ปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์ และขอขอบคุณครู เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ อำเภอบ้านดวด จังหวัดเชียงรายทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องที่ให้ความสนับสนุนในทุกๆ ด้าน ให้ความห่วงใยและเป็นกำลังใจเสมอมา จึงขอขอบคุณพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ACT for Youth Center for Community Action (2024). Youth Statistics: Sexual Health. Retrieved August 5, 2024, From <https://actforyouth.net/adolescence/demographics/sexual-health.cfm>
2. กลุ่มอนามัยเด็กวัยเรียนวัยรุ่น สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย พ.ศ.2564. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2565
3. นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช. คู่มือแนวทางการดูแลแม่วัยรุ่น. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2557
4. World Health Organization. (2018). World Health Statistics 2018. Retrieved August 5, 2024, From <https://who.int/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/6-june-18108-world-health-statistics-2018.pdf>.

5. สำนักงานนายการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นในประเทศไทยปีพ.ศ. 2564.นนทบุรี:กระทรวงสาธารณสุข,2564
6. สำนักงานนายการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.รายงานประจำปี 2565 สำนักงานนายการเจริญพันธุ์. นนทบุรี:กระทรวงสาธารณสุข,2565
7. สำนักงานนายการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.รายงานเฝ้าระวังการแท้ง ประเทศไทย พ.ศ.2563. นนทบุรี:กระทรวงสาธารณสุข,2563
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย.การเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี. [เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2566].เข้าถึงได้จาก :
https://cri.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=782a6749bd5608ecaf7ab67f0e3f3abd
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. การเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี. [เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2566].เข้าถึงได้จาก:
https://cri.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=eefd31ab993640a98206360a843fbe37
10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 จังหวัด เชียงราย. [เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2566].เข้าถึงได้จาก :
https://cri.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=4f7d8042fb0a064b25f29a48f6ccd23f
11. นรลักษณ์ เอื้อกิจและลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี. การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE MODELในการสร้างเสริมสุขภาพ. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย ;12(1): 38-48;มกราคม-มิถุนายน,2562
12. ศรีสถิตนรากร บุญใจ. ระเบียบวิธีการวิจัย: แนวทางปฏิบัติสู่ความสำเร็จ. กรุงเทพมหานคร:ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.2550
13. ปัญญกริน หอยรัตน์และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา.วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล ; 36(1): 149-163;มกราคม - เมษายน,2563
14. Best, John W. (1981). Research in education. New jersey: Prentice Hall, Ice.
15. Best, J. (1977). Research in education. New jersey: Prentice Hall.
16. เทพไทย ไซติชัย และคณะ.พฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ;8(1) :278-292;มกราคม-เมษายน,2564
17. วัลลภา วงศ์ศักดิ์รินทร์.การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย.วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย ;13(2): 154-168 ;กรกฎาคม – ธันวาคม,2564
18. อินทรียา อัญพัชรและดวงเดือน ศาสตรภักดิ์.ปัจจัยทางจิตวิทยาที่ส่งผลต่อการยอมรับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของเด็กหญิงวัยรุ่นในพื้นที่เขตคลองเตย,วารสารการวัดผลการศึกษา;37(101): 33-43;มกราคม-มิถุนายน.2563
19. ปัทมาภรณ์ สุขสมโสและปฐมพงษ์ พุ่มพุกษ์. ผลกระทบของการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อการเปลี่ยนแปลงค่านิยมวัยรุ่นในพระนครศรีอยุธยา.วารสารวิชาการอยุธยาศึกษา;13(1): 119-137;มกราคม-มิถุนายน,2564

Received: 10 Jul. 2024, Revised: 29 Jul. 2024

Accepted: 15 Aug. 2024

บทความวิจัย

การพัฒนาแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตรไพบุลย์ ดันคงจำรัสกุล^{1*} อินทิรา เตชะสังข์²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม(Participatory Action Research Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ภาคีเครือข่ายทุกอำเภอ จำนวน 401 คน พื้นที่ทดลองตำบลวังทรายพูน จำนวน 102 คน และ ตำบลทับคล้อ จำนวน 81 คน ดำเนินการ 4 ขั้นตอนในการสร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโดยกระบวนการกลุ่ม (Focus Group)กับภาคีเครือข่าย จำนวน 18 คน วิเคราะห์ข้อมูลใช้ Stepwise Multiple Regression ,Paired t-test และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ภาคีเครือข่ายมีระดับความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะคิด แรงจูงใจ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่ส่งผลและสามารถพยากรณ์การมีส่วนร่วม ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการรู้เท่าทันสื่อ ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจ แรงจูงใจ เพศ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมและการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ($R^2 \text{ adj} = 0.512$) รูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น คือ 1) สร้างกลุ่มไลน์ภาคีเครือข่าย 2) พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3) สร้างแรงจูงใจ 4) สร้างและพัฒนาทีมที่ปรึกษา 5) ประกาศเกียรติคุณภาคีเครือข่าย 6) ประสานและบูรณาการกิจกรรม งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก 7) สื่อสารประชาสัมพันธ์ ประชาชนอย่างต่อเนื่อง 8) ประกาศเป็นนโยบายระดับตำบลและ 9) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เมื่อทำการทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนปัจจัยต่างๆ และระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนารูปแบบสูงกว่าก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ ควรส่งเสริมให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำแผนงานหรือโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโดยการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ แรงจูงใจและแรงสนับสนุนทางสังคม ประสานความร่วมมือทุกภาคส่วน และนำรูปแบบไปใช้ในทุกพื้นที่

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, การมีส่วนร่วม, การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ,ภาคีเครือข่าย

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

*Corresponding author E-mail : boontonk@hotmail.com

*Original Article***Developing a model to promote the participation of network partners in promoting the health of the elderly. Phichit Province.****Paiboon Tankongjumruskul¹*Indira Tetasang²****Abstract**

This research is a Participatory Action Research Study that aims to create and develop a model to promote the participation of network partners in promoting the health of the elderly. The sample group included network partners in every district, 401 people, Wang sai phun Subdistrict experimental area, 102 people, and Thap Klo Subdistrict, 81 people. Four steps were taken to create and develop a model for promoting the participation of network partners through a group process. (Focus Group) with network partners totaling 18 people. Data were analyzed using Stepwise Multiple Regression, Paired t-test, and content analysis.

The results of the study found that Network partners have a high level of health literacy, attitudes, motivation, and social support. Participation in promoting the health of the elderly is at a moderate level, factors that affect and can predict participation include health literacy in media literacy. Health literacy in terms of cognition, motivation, gender, overall health literacy, and social support (R^2 adj = 0.512). Model for promoting the participation of network partners in promoting the health of the elderly. What has been developed is 1) creating a LINE network group 2) developing health literacy 3) creating motivation 4) creating and developing a team of advisors 5) Announce the honor of network partners 6) Coordinate and integrating activities, budgets, materials, equipment, and facilities 7) Continuously communicate and publicize public relations 8) Announce subdistrict-level policies and 9) Organize a forum to exchange knowledge. When testing the average scores of various factors and the level of participation of network partners, it was found that the average score after developing the model was significantly higher than before developing (P-value < 0.05).

Suggestions: It is advisable to motivate pertinent organizations to create strategies or initiatives that would encourage network partners to participate by fostering health literacy, motivation, and social support; arranging collaboration among many sectors; and implementing the model throughout all domains.

Keywords: health promotion for the elderly, Model development, network partners, participation

¹ Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Phichit Provincial Public Health Office

² Public Health Technical Officer, Professional Level, Phichit Provincial Public Health Office

*Corresponding author E-mail : boontonk@hotmail.com

บทนำ

ผู้สูงอายุนั้นถือได้ว่าเป็นทรัพยากรที่มีค่าของสังคมเป็นมรดกทางวัฒนธรรม เพราะเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิตสามารถถ่ายทอดความรู้ ศิลปวัฒนธรรมประสบการณ์ทำงาน ให้แนวคิดและทัศนคติต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์แก่เยาวชนรุ่นหลังเป็นอย่างมาก¹ สถานการณ์โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงไป อัตราการเกิดของประชากรทั่วโลกที่มีแนวโน้มลดลง แต่ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นเนื่องจากการรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้นจะเห็นว่าในหลายประเทศกำลังก้าวสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” สำหรับประเทศไทยมีอัตราการเติบโตเป็นอันดับ 3 ในทวีปเอเชีย ประเทศไทยได้เข้าใกล้สังคมสูงวัยมาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2548 ปีพ.ศ. 2540 มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพียง ร้อยละ 8.4 แล้วเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นร้อยละ 9.7 ปีพ.ศ. 2545 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.17 ปี พ.ศ. 2548 เพิ่มขึ้น เป็น ร้อยละ 10.7 ปีพ.ศ. 2550 เพิ่มขึ้น เป็น ร้อยละ 12.7 ปีพ.ศ. 2555 และเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 18 ปีพ.ศ. 2563 โดยคาดประมาณว่าประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ภายในปี2565 คือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มเป็นร้อยละ 20.5²

ปัจจุบัน ในปี 2566 จังหวัดพิจิตร เป็นจังหวัดที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยมีผู้สูงอายุ จำนวน 113,504 คน จากจำนวนประชากรทั้งหมด 525,944 คน คิดเป็นสัดส่วน ร้อยละ 21.58 ของประชากรทั้งหมด⁴ ถือว่า ได้ว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) จากการประเมินตามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Activity of Daily Living) ในจังหวัดพิจิตร พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดพิจิตรที่ได้รับการประเมินตามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Activity of Daily Living) จำนวน 45,977 คน คิดเป็นร้อยละ 46.33 น้อยที่สุดในเขตสุขภาพที่ 3 มีจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม 44,388 คน คิดเป็นร้อยละ 96.54 จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 1,263 คน คิดเป็นร้อยละ 2.75 จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง 326 คน คิดเป็นร้อยละ 0.71 ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงร้อยละ 3.46 ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 33.40 โดยพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่รสหวานมันเค็ม มีการออกกำลังกายค่อนข้างน้อยและมีการจัดการความเครียดไม่เหมาะสม ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 46.89³

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีสามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองโดยไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวหรือสังคม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นกระบวนการปฏิบัติเพื่อนำไปซึ่งการคงไว้ของสุขภาพ ผู้สูงอายุถือเป็นประชากร กลุ่มเสี่ยง ดังนั้นผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องให้การส่งเสริมสุขภาพตนเองเพราะผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคหรือปัญหาทางสุขภาพได้ง่ายและที่สำคัญผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการดูแลทั้งจากครอบครัว รวมไปถึงจากองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของค์การบริหารส่วนท้องถิ่น หน่วยงานต่างๆ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุ แบบครอบคลุมทุกด้าน⁴ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดพิจิตรที่ผ่านมาพบว่า การกำหนดนโยบายรวมถึงกิจกรรมต่าง ๆ ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุยังจำกัดอยู่ในวงแคบเฉพาะในหน่วยงานภาครัฐ ภาคีเครือข่ายภาคประชาชนไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมหรือมีส่วนร่วมเป็นบางขั้นตอน ได้แก่ มีส่วนร่วมเฉพาะการประชุมแต่ไม่ได้เข้าร่วมวางแผน หรือร่วมกิจกรรม หรือบางส่วนไม่มีส่วนร่วมใดๆเลย อีกทั้งยังไม่เห็นความจำเป็นและความสำคัญในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตลอดจนยังขาดอุดมการณ์หรือแนวความคิดด้านสุขภาพ⁵ ดังนั้น จากปัญหาข้างต้น ผู้วิจัยซึ่งทำหน้าที่เป็นหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร มีความสนใจและเห็นความสำคัญที่จะพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร จึงได้ดำเนินการศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัด

พิจิตร เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนในการสร้างความร่วมมือร่วมใจ ร่วมคิดตัดสินใจ และดำเนินการร่วมกันของภาคีเครือข่ายอันจะเกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุและการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะคิด แรงจูงใจ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร
3. เพื่อพยากรณ์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร
4. เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research, PAR) เก็บรวบรวมข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ และคุณภาพ เก็บข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 – พฤษภาคม 2567 โดยการศึกษาวิจัยครั้งนี้ดำเนินการใน 4 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนที่ 1 สำรวจและวิเคราะห์สถานการณ์การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร เป็นการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ ขั้นตอนที่ 2 สร้างรูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร โดยกระบวนการกลุ่มแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย(Focus Group) เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบประเมินผลจากการนำรูปแบบที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้ และขั้นตอนที่ 4 ประกาศใช้รูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร โดยใช้แนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁴ ตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอ์ฟฮอฟ⁶

1. ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ 1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1.ผู้สูงอายุในจังหวัดพิจิตร จำนวน 113,504 คน ที่อาศัยอยู่จริงในปัจจุบัน (ปี 2566) และมีชื่อในทะเบียนบ้านในเขตจังหวัดพิจิตร และใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง Sample Size for Frequency in a Population⁷ ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 383 คน ที่ความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 เพื่อความคลาดเคลื่อน ร้อยละ10 จำนวน 39 คน รวมเป็น 422 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ(Systematic random sampling technique) ตามสัดส่วนของผู้สูงอายุในแต่ละอำเภอ โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นผู้ที่มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในจังหวัดพิจิตรตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป สามารถพูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้รู้เรื่อง สม่ครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ เป็นผู้ที่ไม่สามารถพูด ฟัง เขียนหรือสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่สมัครเข้าร่วมการวิจัยและไม่ยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และต้องการออกจากกรวิจัยในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลหรือมีอาการไม่สบายหรือเจ็บป่วยกะทันหัน

2.ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ จำนวน 6,782 คน ประกอบด้วย กำนัน/ผู้ใหญ่บ้านและประธานชุมชน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุจากองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล ประธาน/ตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ ประธาน/ตัวแทนชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ รพ./รพสต. ตัวแทนผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ คน ตัวแทนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และตัวแทนประชาชน และกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง Sample Size for Frequency in a Population ⁷ ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 364 คน

เพื่อความคลาดเคลื่อน ร้อยละ 10 จำนวน 37 คน รวมเป็น 401 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling technique) ตามสัดส่วนของภาคีเครือข่ายในแต่ละอำเภอโดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นผู้ที่มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในจังหวัดพิจิตรตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป สามารถพูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้รู้เรื่อง สมครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยเกณฑ์การคัดออก คือ เป็นผู้ที่ไม่สามารถพูด ฟัง เขียนหรือสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่สมัครเข้าร่วมการวิจัยและไม่ยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และต้องการออกจากการศึกษาในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลหรือมีอาการไม่สบายหรือเจ็บป่วยกะทันหัน

ขั้นตอนที่ 2 และขั้นตอนที่ 4 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่

ภาคีเครือข่ายใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจงจากตำบลวังทรายพูนและตำบลทับคล้อ จำนวน 18 คน คือ ตัวแทนกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ตัวแทนเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุจากองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล ตัวแทนประธานชมรมผู้สูงอายุ ตัวแทนประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตัวแทนผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ รพ./รพสต. ตัวแทนผู้สูงอายุ ตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตัวแทนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และตัวแทนประชาชน

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบ ประเมินผลจากการนำรูปแบบที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้

กำหนดพื้นที่ทดลอง 2 ตำบล โดยการจับฉลากโซนละ 1 ตำบล ได้ตำบลวังทรายพูน อำเภอวังทรายพูน และตำบลทับคล้อ อำเภอทับคล้อ กำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ทดลอง ได้แก่ ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง ตำบลวังทรายพูน จำนวน 102 คน และตำบลทับคล้อ จำนวน 81 คน ได้แก่ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุจากองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล ประธาน/ตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ ประธาน/ตัวแทนชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ รพ./รพสต. ตัวแทนผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตัวแทนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และตัวแทนประชาชน หมู่ละ 1 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นผู้ที่มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในจังหวัดพิจิตรตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป สามารถพูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้รู้เรื่อง สมครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยเกณฑ์การคัดออก คือ เป็นผู้ที่ไม่สามารถพูด ฟัง เขียนหรือสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่สมัครเข้าร่วมการวิจัยและไม่ยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และต้องการออกจากการศึกษาในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลหรือมีอาการไม่สบายหรือเจ็บป่วยกะทันหัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นจากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁴ ตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอ็อพพ⁶ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กลุ่มผู้สูงอายุ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ โครงสร้างของแบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ลักษณะคำถามเป็นเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ การมีโรคประจำตัวที่อยู่อาศัย การได้รับการอบรมหรือประชุมด้านสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและ การตรวจสอบสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนที่ 2 ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับคือคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน และข้อคำถามเชิงลบให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน คะแนนเต็ม 225 คะแนน การแปลความหมายคะแนนความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Ware⁸ คือ ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับน้อย (125-152 คะแนน) ระดับปานกลาง (153-200 คะแนน) และระดับสูง (201-225

คะแนน) ส่วนที่ 3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน และข้อคำถามเชิงลบให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน คะแนนเต็ม 225 คะแนน การแปลความหมายคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Ware⁸ คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในระดับน้อย (120-142 คะแนน) ระดับปานกลาง (143-182 คะแนน) และระดับมาก (183-215 คะแนน) และส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมของผู้สูงอายุในจังหวัดพิจิตร เป็นคำถามเปิดให้เติมข้อความ

ขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 3 กลุ่มภาคีเครือข่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามภาคีเครือข่าย โครงสร้างของแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 7 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย คำถามปลายปิดและปลายเปิด ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับประเภทของภาคีเครือข่าย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ บทบาททางสังคม การอบรมหรือประชุมด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน และข้อคำถามเชิงลบให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน คะแนนเต็ม 120 คะแนน การแปลความหมายคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Ware⁸ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับน้อย (56-74 คะแนน) ระดับปานกลาง (75-99 คะแนน) และระดับมาก (100-116 คะแนน) ส่วนที่ 3 ทักษะคติต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน และข้อคำถามเชิงลบให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน คะแนนเต็ม 100 คะแนน การแปลความหมายคะแนนทักษะคติแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Ware⁸ คือ ทักษะคติ ในระดับน้อย (43-62 คะแนน) ระดับปานกลาง (63-86 คะแนน) และระดับมาก (87-99 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แรงจูงใจในการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน และข้อคำถามเชิงลบให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน คะแนนเต็ม 60 คะแนน การแปลความหมายคะแนนแรงจูงใจ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Ware⁸ คือ แรงจูงใจในระดับน้อย (21-37 คะแนน) ระดับปานกลาง (38- 52 คะแนน) และระดับมาก (53-60 คะแนน) ส่วนที่ 5 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน และข้อคำถามเชิงลบให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน คะแนนเต็ม 60 คะแนน การแปลความหมายคะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Ware⁸ คือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ในระดับน้อย (21-37 คะแนน) ระดับปานกลาง (38- 50 คะแนน) และระดับมาก (51-55 คะแนน) ส่วนที่ 6 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน และข้อคำถามเชิงลบให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน คะแนนเต็ม 125 คะแนน การแปลความหมายคะแนนการมีส่วนร่วม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Ware⁸ คือ การมีส่วนร่วม ในระดับน้อย (25-67 คะแนน) ระดับปานกลาง (68- 100 คะแนน) และระดับมาก (101-125 คะแนน) และส่วนที่ 7 ปัญหาการมีส่วนร่วม

ร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เป็นคำถามปลายเปิดให้เต็มข้อความ

ขั้นตอนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแนวการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการนำเสนอผลสำรวจพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องสร้างและพัฒนารูปแบบ/กิจกรรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตรที่เหมาะสม

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม แนวการสนทนากลุ่มไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ มีการปรับปรุงแก้ไขโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความครอบคลุมประเด็นที่ต้องศึกษา ได้ค่า IOC ของแบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.95 แบบสอบถามภาคีเครือข่ายเท่ากับ 0.94 นำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขแบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม และแนวการสนทนากลุ่ม จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายในอำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 30 คน หาความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม โดยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค⁹ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.88 แบบสอบถามภาคีเครือข่ายเท่ากับ 0.84 ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่สามารถนำมาใช้ได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดย 1) ทำบันทึกถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตรเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล 2) ทำหนังสือถึงหน่วยงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อประสานการเก็บรวบรวมข้อมูล 3) ประชุมเพื่อเตรียมความพร้อมทีมผู้ช่วยนักวิจัย 4) ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือและยินยอมเข้าร่วมการศึกษา 5) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 สำรวจและวิเคราะห์สถานการณ์การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร โดยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ตามแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและสอบถามภาคีเครือข่ายตามแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป สรุปผลการวิจัยจากแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม เพื่อเป็นข้อมูลในการสนทนากลุ่ม ขั้นตอนที่ 2 สร้างรูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร โดยดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus Group) กับภาคีเครือข่ายเพื่อเสนอสถานการณ์ปัญหาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สถานการณ์ปัญหาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและแนวทางแก้ไข สร้างรูปแบบ/กิจกรรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบ ประเมินผลจากการนำรูปแบบที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้ โดยทดลองที่ตำบลวังทรายพูนและตำบลทับคล้อ ประเมินการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ก่อนและหลังดำเนินการ ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุง/พัฒนารูปแบบและประกาศใช้รูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติพรรณนาด้วยจำนวน ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด สูงสุด สถิติเชิงอนุมานใช้ Independent sample t test, Oneway ANOVA, และ Multiple linear Regression โดยใช้ตัวแปรแบบขั้นตอน (Stepwise) และใช้สถิติ Paired t-test ในการเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร

2.ข้อมูลเชิงคุณภาพในการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยจัดหมวดหมู่แยกรายประเด็นจากกิจกรรมสนทนากลุ่ม

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร เลขที่โครงการ 21/2566 อนุมัติเมื่อวันที่ 26 กันยายน 2566 และผู้วิจัยได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย และสิทธิการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย และทำการลงชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัยก่อนการสัมภาษณ์ สอบถามและสนทนากลุ่ม

ผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 สํารวจและวิเคราะห์สถานการณ์การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร

1.ผู้สูงอายุ

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 422 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 63.98 มีอายุเฉลี่ย 67.50 ปี จบประถมศึกษา ร้อยละ 71.56 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 58.29 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 33.18 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 6,345.53 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 49.53 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 66.82 โรคประจำตัวที่เป็น ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 42.42 เท่ากัน มีที่อยู่เป็นของตัวเอง ร้อยละ 94.79 เคยได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ร้อยละ 85.78 เคยตรวจสุขภาพ ร้อยละ 83.13

ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.59 และร้อยละ 64.22 ตามลำดับ อาชีพ รายได้ต่อเดือน อิทธิพลจากสถานการณ์ ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในภาพรวม และอิทธิพลระหว่างบุคคลเป็นปัจจัยที่ส่งผลและสามารถพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยสามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ 40.10 ($R^2 \text{ adj} = 0.401$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.ภาคีเครือข่าย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ จำนวน 401 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 66.58 มีอายุเฉลี่ย 54.43 ปี จบมัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช. ร้อยละ 30.17 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 64.34 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 47.13 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 13,301.95 บาท ส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ร้อยละ 44.14 ที่เคยได้รับการอบรมหรือประชุมเพื่อพัฒนาความรู้หรือทักษะเกี่ยวกับด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ บ่อยครั้ง ร้อยละ 47.38 เคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นประจำ ร้อยละ 49.13 เคยได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจากการเข้าประชุม/อบรมมากที่สุด ร้อยละ 99.75

ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะคิด แแรงใจ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.12, 58.11, 51.87 และ 66.83 ตามลำดับ ระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.07, 77.31, 73.57, 61.10 และ 79.05 ตามลำดับ

ปัจจัยที่ส่งผลและสามารถพยากรณ์การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร เมื่อนำมาวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพื่อหาปัจจัยร่วมกันที่ส่งผลต่อระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วย Stepwise Multiple Regression พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลและมีอำนาจพยากรณ์ระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสูงที่สุดตามลำดับคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ ($\beta=0.282$) ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ($\beta=-0.220$) แรงใจ ($\beta=0.194$) เพศ ($\beta=0.184$) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม ($\beta=0.165$) และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ($\beta=-0.154$) ดังตารางที่ 1 โดยสามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ 51.20 ($R^2 \text{ adj} = 0.512$)

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่ส่งผลและสามารถพยากรณ์การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร : การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ปัจจัย	B	SE B	Beta	t	P-value
1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ	13.182	3.068	0.282	4.296	<0.001*
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	-10.203	2.769	-0.220	-3.685	<0.001*
3. แรงใจ	50.028	12.693	0.194	3.942	<0.001*
4. เพศ	13.219	3.530	0.184	3.745	<0.001*
5. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม	42.549	12.515	0.165	3.400	<0.01*
6. การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	-9.088	3.322	-0.154	-2.736	<0.01*

Constant (a) = -58.916, R = 0.768, $R^2 = 0.635$, Adjusted R2 = 0.512, SEE = 43.836

*P-value < 0.05

ขั้นตอนที่ 2 สร้างรูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร โดยดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus Group) กับภาคีเครือข่ายเพื่อเสนอสถานการณ์ปัญหาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สถานการณ์ปัญหาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยนำประเด็นปัจจัยที่ส่งผลและสามารถพยากรณ์การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ แรงใจ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม มาเป็นประเด็นให้ภาคีเครือข่ายแสดงความคิดเห็นในการแนวทางแก้ไข สร้างรูปแบบ/กิจกรรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ รูปแบบที่ได้สร้างขึ้นเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 9 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) สร้างกลุ่มไลน์ภาคีเครือข่าย 2) พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยการอบรมให้ความรู้ 3) สร้างแรงใจเพื่อให้ภาคีเครือข่ายมีมั่นใจในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการอบรมให้ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 4) สร้างและพัฒนาทีมที่ปรึกษาให้แก่

ภาคีเครือข่าย 5)ประกาศเกียรติคุณภาคีเครือข่ายต้นแบบในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 6)ประสานและบูรณาการงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกในพื้นที่จากหน่วยงานต่างๆ 7) สื่อสารประชาสัมพันธ์การเรื่องการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้แก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง 8) ประกาศการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นนโยบายเน้นหนักระดับตำบลและ 9) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตรที่สร้างขึ้น 9 ประเด็นหลัก แก่ภาคีเครือข่ายตำบลวังทรายพูนและตำบลทับคล้อ ได้แก่ สร้างกลุ่มไลน์ภาคีเครือข่าย พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพโดยการอบรมให้ความรู้แก่ภาคีเครือข่าย สร้างแรงจูงใจโดยการอบรมให้ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อสร้างความมั่นใจให้ภาคีเครือข่าย สร้างและพัฒนาทีมที่ปรึกษาให้แก่ภาคีเครือข่าย ประกาศเกียรติคุณภาคีเครือข่ายต้นแบบในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประสานและบูรณาการงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกในพื้นที่จากหน่วยงานต่างๆ สื่อสารประชาสัมพันธ์การเรื่องการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้แก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง ประกาศการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นนโยบายเน้นหนักระดับตำบลและจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้เวลาดำเนินการ 4 เดือน (ตั้งแต่เดือนมกราคม 2567 – เมษายน 2567) ดำเนินการประเมินการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ก่อนและหลังดำเนินการ

ผลการประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร พบว่า ผลการวิเคราะห์ทดสอบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความรู้ด้านสุขภาพ แรงจูงใจ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนา 9 ระบบ ด้วยสถิติ Paired-Samples T-Test พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังดำเนินการมากกว่าก่อนดำเนินการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) ทั้ง 2 ตำบล ดังตารางที่ 2 และตารางที่ 3

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลวังทรายพูน อำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร

ปัจจัย	Mean Differences	s.d.	SE.	t	df	p-value
1.ความรู้ด้านสุขภาพของภาคีเครือข่าย	-17.4510	12.3036	1.2182	-14.325	101	<0.001*
2.แรงจูงใจ	-7.4706	5.3394	0.5287	-14.131	101	<0.001*
3.การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของภาคีเครือข่าย	-8.3529	6.3020	0.6240	-13.386	101	<0.001*
4.การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	-12.1667	13.0407	1.2912	-9.423	101	<0.001*

*P-value < 0.05

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลทับคล้อ อำเภอทับคล้อ จังหวัดพิจิตร

ปัจจัย	Mean Differences	s.d.	SE.	t	df	p-value
1.ความรอบรู้ด้านสุขภาพของภาคีเครือข่าย	-64.741	12.500	1.389	-46.614	80	<0.001*
2.แรงจูงใจ	-9.358	8.233	0.915	-10.230	80	<0.001*
3.การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของภาคีเครือข่าย	-10.420	7.640	0.849	-12.274	80	<0.001*
4.การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	-17.148	9.892	1.099	-15.602	80	<0.001*

*P-value < 0.05

ขั้นตอนที่ 4 ประกาศใช้รูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร

เมื่อทดลองรูปแบบแล้วมีข้อเสนอปรับปรุงแก้ไขบ้างเล็กน้อยได้นำเข้าปรึกษาในที่ประชุมคณะกรรมการผู้สูงอายุจังหวัด ที่ประชุมได้เสนอแนะเพิ่มเติม ได้แก่ การจัดหาสมาร์โฟน ค่าตอบแทนและสวัสดิการต่างๆแก่ภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม จากนั้นผู้วิจัยได้นำเสนอรูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผู้บริหารประกาศเป็นนโยบายเพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางให้ทุกตำบลส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำผลการศึกษามาสรุปและอภิปรายผล การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร ภาคีเครือข่ายมีระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุตปรีชา เตียติวิริยะกุล¹⁰ พบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด และทำนองเดียวกับการศึกษาของสุธาทิพย์ จันทักษ์¹¹ พบว่าการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับปานกลาง สามารถอธิบายได้ว่าการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางนั้น อาจเป็นเพราะว่าจังหวัดพิจิตรไม่ได้มุ่งเน้นในการส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายอื่นๆมีส่วนร่วมนอกจากหน่วยงานภาครัฐและชมรมผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงต้องส่งเสริมและสนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและประชาชนมาจับบทบาทร่วมกันในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมากขึ้น

ปัจจัยที่ส่งผลและสามารถพยากรณ์การมีส่วนร่วม ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ แรงจูงใจ เพศ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมและการ

ได้รับการสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายได้ว่า ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ นั้น ต้องอาศัยความรู้ด้านสุขภาพในทุกๆ ด้านและที่สำคัญคือด้านการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ แรงจูงใจและการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของอนุตรา อนุเรือง¹² มีข้อเสนอแนะคือควรเพิ่มช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารต่างๆ เปิดโอกาสให้สมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่มีความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพ มีระบบในการดูแลติดตาม เพิ่มกิจกรรมที่เน้นพัฒนาศักยภาพในการใช้เทคโนโลยีต่างๆ ที่ผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้ได้ สอดคล้องกับกองสุขศึกษา¹³ ที่กล่าวว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและการจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของจิราวรรณ นามพันธ์, อนุมล เอี่ยมณีกุลและสุรินทร์ กลัมพากร¹⁴ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ ทักษะ ทักษะแรงจูงใจ สอดคล้องกับการศึกษาของนายสุ คำโสม, สุนีย์ ละกำป็น และเพลินพิศ บุญยมาลี¹⁵ พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว การได้รับการยอมรับจากชุมชน และการติดตามงานจากผู้จัดการ สอดคล้องกับการศึกษาของของศิริพร ชุ่มเย็น¹⁶ มีข้อเสนอแนะว่า ควรกำหนดให้มีนโยบายสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลติดตามให้ข้อมูล รวมทั้งการให้วิทยุกำลังใจแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และทำนองเดียวกับการศึกษาของพิมพ์บุญญา สมุทรรัตน์¹⁷ พบว่าปัจจัยการรับรู้และแรงจูงใจของผู้นำชุมชนมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงควรจัดกิจกรรมให้ความรู้ ให้ความเข้าใจและให้ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้กับผู้นำชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้นำชุมชนมีความพร้อมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

สำหรับรูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น คือ 1) สร้างกลุ่มไลน์ภาคีเครือข่าย 2) พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ 3) สร้างแรงจูงใจเพื่อให้ภาคีเครือข่ายมีความมั่นใจ 4) สร้างและทีมที่ปรึกษาให้แก่ภาคีเครือข่าย 5) ประกาศเกียรติคุณภาคีเครือข่าย 6) ประสานและบูรณาการงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกในพื้นที่ 7) สื่อสารประชาสัมพันธ์ประชาชนอย่างต่อเนื่อง 8) ประกาศเป็นนโยบายระดับตำบลและ 9) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เมื่อทำการทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนปัจจัยต่างๆ และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนา รูปแบบสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) แสดงว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คือ การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้ภาคีเครือข่ายรู้เท่าทันสื่อมีความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ได้รับแรงจูงใจและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของบัวพา บัวระภา¹⁸พบว่า หลังดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน การดำเนินงานโดยรวม อยู่ในระดับมาก และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมทุกด้าน อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ปัจจัยความสำเร็จเกิดจากการจัดตั้งเครือข่ายคณะกรรมการทำงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน การติดต่อประสานงานของเครือข่าย และชุมชนมีการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและทำนองเดียวกับการศึกษาของสุปราณี บุญมี, ชัยวุฒิ บัวเนี่ยวและสุพิศรา เศวตตะกุล¹⁹พบว่า ผลการดำเนินงานตามขั้นตอนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับมากและด้านความรู้ ทักษะ ทักษะการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ปัจจัยความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน คือ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ การมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้สูงอายุ และ ความต่อเนื่องในการดำเนินงานและการดูแล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1. กำหนดและประกาศการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นนโยบายสำคัญของจังหวัด หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องถือปฏิบัติอย่างจริงจังพร้อมทั้งจัดสรรงบประมาณให้เพียงพอและจัดทำคำสั่งมอบหมายภารกิจผู้เกี่ยวข้องในการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
2. ส่งเสริมให้ทุกอำเภอและตำบลจัดทำแผนงานหรือโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยเน้นหนักในเรื่องการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ แรงจูงใจและแรงสนับสนุนทางสังคม
3. ประสานความร่วมมือทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการจัดกิจกรรมรณรงค์สร้างกระแสให้คนในชุมชนให้ความสนใจและเห็นความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไปใช้ในทุกพื้นที่อำเภอ ตำบลและหมู่บ้าน
4. เผยแพร่และนำรูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไปใช้ในทุกพื้นที่อำเภอ ตำบลและหมู่บ้าน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาและพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ ประชาชนกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (อายุ 50-59 ปี) เพื่อเตรียมสำหรับผู้สูงอายุต่อไป
2. ควรศึกษาปัญหาอุปสรรคและปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเชิงลึกเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ปัญหาอุปสรรคและปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอาจนนอกเหนือจากการวิจัยในครั้งนี้ และอาจได้ข้อค้นพบใหม่เพื่อนำมาวางแผนในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายในจังหวัดพิจิตร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์วิศิษฐ์ อภิสิทธิ์วิทยา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร คณะผู้บริหารและบุคลากรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้นำชุมชน/ท้องถิ่น ผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานชุมชน ประชาชน บุคลากรจากองค์กรส่วนท้องถิ่น บุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บุคลากรจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ บุคลากรจากโรงพยาบาลทุกท่านที่มีส่วนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ.นนทบุรี : สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ; 2565.
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. ก้าวย่างของประเทศไทยสู่สังคมผู้สูงอายุ อย่างสมบูรณ์แบบ. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ; 2564.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. ข้อมูลประชากรผู้สูงอายุปี 2566. พิจิตร : ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ; 2566
4. Pender, N. J. Health promotion in Nursing Practice. 4th(ed). New York : Appleton & Lange Connecticut ; 2006.

5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร.สรุปผลการดำเนินงานผู้สูงอายุปี 2565.เอกสารอัดสำเนา ; 2566.
6. Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. Participation place in rural development: Seeking clarity through specificity, world development. New York: Cornell University ;1981.
7. Sullivan, K. M. Sample Size for a Proportion or Descriptive Study. Retrieved August 9, 2023, from <https://www.openepi.com/SampleSize/SSPropor.htm> ; 2019
8. Ware, J. E. Jr. SF-36 health survey update. *Spine*, 25(24), 3130–3139. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00008> ; 2000.
9. Cronbach, L. J. Essentials of psychology and education. New York, NY: McGraw-Hill ;1984.
10. สุดปรีชา เตียศิริวิริยะกุล.การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน. รายงานวิจัย ; 2559.
11. สุชาติพิทย์ จันทักษ์. การมีส่วนร่วมของแกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพในการขับเคลื่อนงานพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ.วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2560 ;13(2) : 67-74.
12. อนุตตรา อนุเรือง. การรับรู้ทัศนคติและการมีส่วนร่วมในการพัฒนากิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุเขตราชบุรีบูรณะ กรุงเทพมหานคร. สารนิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม ภาควิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ; 2560.
13. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี : กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ; 2561.
14. จีราวรรณ นามพันธ์,นฤมล เอี่ยมณีกุลและสุรินทร์ กลัมพากร.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร.วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2563 ; 28(3) : 41-52.
15. ชนายศ คำโสม, สุนีย์ ละกะปิ่น และเพลินพิศ บุญมาลิก. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2562.
16. ศิวพร ชุ่มเย็น.ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผูดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรดิษฐ์.วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร ; 2565.
17. พิมพ์บุญญา สมุทธรัตน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง.วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 2563 ; 6(2) : 199-210.
18. บัวพา บัวระภา. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน ตำบลสร้างก่ออำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี.วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ 2559 ;17(2) : 57-70.
19. สุปรานี บุญมี, ชัยวุฒิ บัวเนี่ยวและ สุพิศตรา เศลวัตนะกุล.การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนเปือย อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์.วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2561; 5(4) : 38-49

Received: 21 Jul. 2024, Revised: 23 Aug. 2024

Accepted: 31 Aug. 2024

บทความวิจัย

การประเมินการปนเปื้อนสารอะฟลาท็อกซินในอาหารแห้งจากซูเปอร์มาร์เก็ต
และร้านของชำในเขตกรุงเทพมหานคร

ณัฐมา อังกนันท์¹ วรเมธ ขาญพิพัฒน์ชัย² สุประวีณ์ นาคะสุนัย³
มิณชญา สิริเลิศศักดิ์สกุล⁴ ขนุกาญจน์ โชติวิทยารัตน์⁵ ชมสวรรค์ สาขลวิจารณ์¹
อินทัช ตูลารณ⁶ ศุภพิมิตา วงศ์กันยา⁷ พนิดา โยธินสิริทอง⁸
นลินภัทร์ จิรโรจน์กุลภูติ⁹ ศุจิน มังคลรังษี^{10*}

บทคัดย่อ

อะฟลาท็อกซินคือสารพิษจากเชื้อราที่ผลิตโดยเชื้อรา *Aspergillus flavus* และเชื้อรา *Aspergillus parasiticus* สามารถเกิดขึ้นได้ในผลิตภัณฑ์อาหารทั้งหลังการเก็บเกี่ยวและกระบวนการจัดเก็บ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบการปนเปื้อนอะฟลาท็อกซินในอาหารแห้งในเขตราชเทวี ปทุมวัน และดินแดง กรุงเทพมหานคร อาหารแห้งถูกสุ่มอย่างสะดวก (Convenience sampling) จากตลาดท้องถิ่นและซูเปอร์มาร์เก็ต ถูกตรวจสอบการปนเปื้อนของอะฟลาท็อกซินในอาหารแห้งโดยใช้ชุดทดสอบเอนไซม์ที่เชื่อมโยงกับอิมมูโนซอร์เบนต์ (ELISA) เก็บตัวอย่างอาหารแห้งจำนวน 66 ตัวอย่าง แบ่งเป็น 6 กลุ่ม ได้แก่ พริกแห้ง ข้าวโพด ข้าว อาหารทะเลแห้ง ถั่วลิสง และสมุนไพรแห้ง ผลการวิจัยพบว่าตัวอย่างอาหารแห้งทั้งหมด ร้อยละ 100.00 มีการปนเปื้อนอะฟลาท็อกซินที่ความเข้มข้นต่างๆ ความเข้มข้นของอะฟลาท็อกซินในอาหารแห้งเฉลี่ยอยู่ที่ 7.73 ± 6.95 ไมโครกรัม/กก. พริกแห้ง มีสารอะฟลาท็อกซินปนเปื้อนสูงสุดที่ความเข้มข้น 18.13 ± 8.53 ไมโครกรัม/กก. นอกจากนี้ อาหารแห้งร้อยละ 7.60 มีอะฟลาท็อกซินปนเปื้อนเกินความเข้มข้นที่ประเทศไทยยอมรับได้ที่ 20 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัม สถานการณ์ปัจจุบันของสารอะฟลาท็อกซินที่ปนเปื้อนในอาหารแห้งส่งผลเสียต่อสุขภาพของผู้บริโภค การพิจารณาถึงอะฟลาท็อกซินถือเป็นสารปนเปื้อนตามธรรมชาติในอาหาร ถึงเวลาแล้วที่จะต้องให้ความสำคัญกับการควบคุมกระบวนการอาหารและกระบวนการจัดเก็บอย่างมีประสิทธิภาพ และการติดตามระดับการปนเปื้อนเพื่อป้องกันสุขภาพ

คำสำคัญ: อะฟลาท็อกซิน, อาหารแห้ง, พริกแห้ง, ถั่วลิสง, ประเทศไทย

¹ โรงเรียนนานาชาติฮาร์โรว์กรุงเทพ ² โรงเรียนสระบุรีวิทยาคม ³ โรงเรียนสาธิตเทศบาลวัดเพชรจิจิก

⁴ โรงเรียนนานาชาติเดอะรีเจ้นท์ ⁵ โรงเรียนมาแตร์เดอีวิทยาลัย ⁶ โรงเรียนเซนต์คาเบรียล ⁷ โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษาพัฒนาการ ⁸ โรงเรียนเตรียมวิทย์พัฒนา ⁹ โรงเรียน มอ. วิทยานุสรณ์ ¹⁰ นักวิจัยอิสระ

*Corresponding author: Khunsujimon.m@gmail.com

Original Article

Evaluation of Aflatoxin Concentrations of dried food from supermarkets and grocery stores in Bangkok

Natasha Angkinantana¹ Worameth Chanpipattanachai² Suprawee Nakasoon³
Minchaya Sirilerdsacksakul⁴ Chayagan Chotvittayarat⁵ Chomsawan Sachonwijarn⁶
Intouch Tulaton⁷ Supapimtida Vongkanya⁸ Panita Yotinsiritong⁹ Nalinphas
Jirarodkulpudith¹⁰ Sujimon Mungkalarungsi^{11*}

Abstract

Aflatoxin is a mycotoxin produced by the fungi *Aspergillus flavus* and *Aspergillus parasiticus*. It can occur in food products both after harvest and during storage processes. The objective of this study was to investigate the contamination of aflatoxin in dried foods in the Ratchathewi, Pathumwan, and Din Daeng districts of Bangkok. Dried food samples were collected using convenience sampling from local markets and supermarkets. The contamination of aflatoxin in these dried foods was tested using the enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) method. A total of 66 dried food samples were collected and categorized into six groups: dried chili, corn, rice, dried seafood, peanuts, and dried herbs. The study found that 100.00% of all dried food samples were contaminated with aflatoxin at varying concentrations. The average concentration of aflatoxin in dried foods was 7.73 ± 6.95 micrograms/kg. Dried chilies had the highest level of aflatoxin contamination at 18.13 ± 8.53 micrograms/kg. Additionally, 7.60% of dried foods contained aflatoxin at concentrations exceeding the permissible limit of 20 micrograms per kilogram set by Thailand. The current situation of aflatoxin contamination in dried foods poses a health risk to consumers. Considering aflatoxin as a natural contaminant in food, it is time to emphasize effective food processing and storage controls and to monitor contamination levels to protect public health.

Keywords: Aflatoxins, Dried food, Dried chili, Peanut, Thailand

¹Arrow International School Bangkok ²Saraburiwittayakhom School ³Petcharik Demonstration school

⁴Regent's International School Bangkok ⁵Mater Dei School ⁶Saint Gabriel College School

⁷Triamudomsuksa Pattanakarn School ⁸Triamwitpattana School ⁹PSU Wittayanusorn School

¹⁰Independent researcher

*Corresponding author: Khunsujimon.m@gmail.com

บทนำ

อะฟลาทอกซินเป็นสารพิษจากเชื้อรา (mycotoxin) ที่ผลิตโดยเชื้อราในกลุ่ม *Aspergillus* เช่น *Aspergillus flavus* และ *Aspergillus parasiticus* ปัจจุบัน อะฟลาทอกซินมีมากกว่า 21 ชนิดที่ถูกระบุ อย่างไรก็ตาม อะฟลาทอกซิน ชนิด B1, B2, G1, G2, M1 และ M2 ได้รับการศึกษามากที่สุดและมีผลกระทบที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของสัตว์และมนุษย์ อะฟลาทอกซิน M1 และ M2 เกิดจากการเมตาบอลิซึมของอะฟลาทอกซิน B ในสัตว์ซึ่งพบมากในนม^(1,2)

อะฟลาทอกซิน B1 ได้รับการระบุว่าเป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์ประเภท 1 โดยองค์การระหว่างประเทศเพื่อการวิจัยโรคมะเร็ง (IARC) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 มนุษย์และสัตว์ได้รับความเดือดร้อนจากการเป็นพิษจากอะฟลาทอกซินจากการบริโภคอาหารที่ปนเปื้อนอะฟลาทอกซิน อาหารที่ปนเปื้อนอะฟลาทอกซินที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ ข้าวโพด ถั่วลิสง เมล็ดฝ้าย มันสำปะหลัง ข้าวโพด พริกแห้ง และนม สิ่งนี้เกิดขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการปลูกและเก็บเกี่ยวพืชผลโดยมีความชื้นสูงโดยไม่มีกระบวนการทำให้แห้งและจัดเก็บอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังเป็นเรื่องปกติที่พืชจากพื้นที่ที่อบอุ่นกว่าของโลกจะมีอะฟลาทอกซินสูง เนื่องจากสภาพอากาศที่ร้อนและชื้นเหมาะสำหรับการเจริญเติบโตของเชื้อรา *Aspergillus* Spp. ที่ผลิตอะฟลาทอกซิน³

อะฟลาทอกซินเป็นสารพิษที่ทนความร้อนได้ถึง 260 องศาเซลเซียส ดังนั้นกระบวนการแปรรูปอาหารทั่วไปจึงไม่สามารถกำจัดอะฟลาทอกซินออกจากอาหารได้ อะฟลาทอกซินสามารถกำจัดได้อย่างมีประสิทธิภาพในขั้นตอนหลังการเก็บเกี่ยว โดยการคัดแยกด้วยมือจากการมองเห็นการติดเชื้อราซึ่งเป็นวิธีที่ง่ายที่สุดในการลดอะฟลาทอกซินจากห่วงโซ่อุปทานอาหาร⁴ อีกวิธีหนึ่งคือการใช้แหล่งกำเนิดรังสีแกมมา ฉายเพื่อทำลายสารพิษและเชื้อโรค แต่ประสิทธิภาพของการบำบัดนี้ยังขึ้นอยู่กับชนิดของเชื้อรา ปริมาณรังสี และความชื้น นอกจากนี้ยังมีวิธีการทางเคมีในการจัดการกับการปนเปื้อนโดยการล้างพิษด้วยสารเคมี แต่สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบที่เป็นอันตราย เช่น การทำให้อาหารสูญเสียคุณค่าทางโภชนาการและมีราคาสูงขึ้นเนื่องจากค่าใช้จ่ายของอุปกรณ์ในกระบวนการกำจัดอะฟลาทอกซิน⁵ อย่างไรก็ตาม การเก็บรักษาอาหารไว้นานเกินไปอาจเป็นสาเหตุของการปนเปื้อนอะฟลาทอกซินหลังจากกระบวนการล้างพิษได้

อะฟลาทอกซินสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์ อะฟลาทอกซินเข้าสู่กระแสเลือดโดยการดูดซึมที่ลำไส้และถูกทำลายไปยังตับ ซึ่งที่ตับ อะฟลาทอกซินจะถูกเมตาบอลิซึมไปเป็นรูปแบบที่เป็นพิษที่เรียกว่า อีพอกไซด์ (epoxide) โดยเอนไซม์ล้างพิษ⁶ ดังนั้นตับจึงเป็นจุดหลักที่อะฟลาทอกซินส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์ ซึ่งอาจก่อให้เกิดการบาดเจ็บและนำไปสู่มะเร็งตับและมะเร็งเซลล์ตับได้ ในกรณีที่เกิดความเป็นพิษเฉียบพลัน การเสียชีวิตเป็นผลลัพธ์ที่พบได้บ่อยที่สุด ส่วนความเป็นพิษเรื้อรังอาจส่งผลให้เกิดการชะลอการเจริญเติบโตและพัฒนาการ โดยเฉพาะในเด็ก, การกดภูมิคุ้มกัน และมะเร็งตับ⁷ อาการที่พบบ่อยที่สุดในมนุษย์ที่เกิดจากอะฟลาทอกซิน มีผลกระทบต่อความสามารถในการรับรู้ ความจำ และการเรียนรู้ของบุคคล รวมถึงอาการไม่สงบ กล้ามเนื้อสั่น ชัก ขาดสติ การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อไม่ประสานกัน และการกระวนกระวายผิดปกติ ซึ่งเกิดจากการขาดแคลนของสารสื่อประสาท⁸

ปัจจุบันยังไม่มีการรักษาเฉพาะสำหรับอาการพิษเฉียบพลันจากอะฟลาทอกซิน มีเพียงการดูแลแบบประคับประคองเท่านั้น ดังนั้น การหลีกเลี่ยงการได้รับสารอะฟลาทอกซินที่ปนเปื้อนในอาหารจึงเป็นแนวคิดที่เหมาะสม ปัจจุบันหลายประเทศมีกฎระเบียบที่ควบคุมปริมาณอะฟลาทอกซินในอาหารมนุษย์ โดยกำหนดไม่เกิน 20 ug/kg นอกจากนี้ กลุ่มวิจัยหลายกลุ่มทั่วโลกกำลังทำงานอย่างหนักในการสำรวจวัดความเข้มข้นของอะฟลาทอกซินในตัวอย่างอาหาร ดังนั้น ความเข้มข้นของอะฟลาทอกซินในอาหารแห่งทั่วไป เช่น ถั่วลิสง พริกแห้ง ข้าวโพด อาหารทะเล และข้าวที่เก็บจากซูเปอร์มาร์เก็ตและร้านขายของชำในกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย จึงถูกนำมาวิเคราะห์ตรวจสอบ

วัสดุและวิธีการ

การเก็บตัวอย่าง

ในการทดลองเพื่อตรวจสอบการมีอยู่ของอะฟลาท็อกซินในอาหาร ตัวอย่างอาหารแห้งจำนวน 66 ตัวอย่าง ได้แก่ พริกแห้ง ข้าวโพด ข้าว อาหารทะเลแห้ง ถั่วลิสง และสมุนไพรรักษา เช่น (อบเชย ขิงแห้ง ผงกระเทียม)^(9,10,11) รวบรวมแบบสุ่มจากซูเปอร์มาร์เก็ตและร้านขายของชำในเขตราชเทวี ปทุมวัน และดินแดง กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

การตรวจวัดอะฟลาท็อกซิน

การปนเปื้อนอะฟลาท็อกซินในตัวอย่างอาหารหาได้โดยวิธี enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) โดยใช้ชุดทดสอบ DOA-ELISA ตามขั้นตอนของผู้ผลิต กระบวนการถูกแยกออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ขั้นตอนการเตรียมตัวอย่างและขั้นตอนการวิเคราะห์

การสกัดอะฟลาท็อกซินขั้นแรก

นำตัวอย่างอาหารบด 20 กรัม 20 กรัม ผสมกับเมทานอล 70% (100 มล.) เป็นเวลา 10 นาที หลังจากนั้นจึงกรองตัวอย่างโดยใช้ Whatman หมายเลข 4 กรองกระดาษลงในปิกเกอร์ที่สะอาด สุดท้าย ตัวอย่างที่ถูกกรองหนึ่ง มิลลิลิตรถูกเจือจางด้วย 0.01 โมลาร์ PBS-T (3 มล.)

การตรวจหาอะฟลาท็อกซิน

ตัวอย่างอาหารที่เจือจางหรืออะฟลาท็อกซินมาตรฐานจำนวน 50 ไมโครลิตร เติมนลงในแผ่น 96 หลุมที่เคลือบด้วยแอนติบอดีต่ออะฟลาท็อกซิน B1 จากนั้นทำการเติมสารประกอบอะฟลาทอกซิน B1-HRP ลงในแผ่น 96 หลุม และบ่มที่อุณหภูมิห้องเป็นเวลา 30 นาที หลังจากการบ่ม นำแผ่น 96 หลุม มาล้างด้วยฟอสเฟตบัฟเฟอร์ซาลิน-ทวิน 20 (PBS-T) จำนวน 3 ครั้ง จากนั้นเติมสารตั้งต้นที่เตรียมใหม่จำนวน 100 ไมโครลิตรลงในแต่ละหลุม บ่มในที่มืดเป็นเวลา 5-10 นาทีที่อุณหภูมิห้อง หลังจากนั้นเติมสารหยุดปฏิกิริยา (100 μ L) แล้ววัดค่าการดูดกลืนแสงที่ความยาวคลื่น 450 นาโนเมตร โดยใช้เครื่องอ่านไมโครเพลต ความเข้มข้นของอะฟลาทอกซินในอาหารถูกคำนวณโดยใช้กราฟมาตรฐาน

ผลการศึกษา

การปนเปื้อนอะฟลาท็อกซินในอาหารแห้งจำนวน 66 ตัวอย่าง ประกอบด้วย 6 กลุ่ม ได้แก่ ถั่วลิสง 12 ตัวอย่าง ข้าวโพด 8 ตัวอย่าง พริกแห้ง 10 ตัวอย่าง อาหารทะเลแห้ง 13 ตัวอย่าง ข้าว 12 ตัวอย่าง และสมุนไพรรักษา 11 ตัวอย่าง การปนเปื้อนในทุกตัวอย่าง ระดับอะฟลาท็อกซินเฉลี่ยในตัวอย่างที่ทดสอบทั้งหมดคือ 7.73 ± 6.95 ไมโครกรัม/กก. กลุ่มพริกแห้งมีการปนเปื้อนอะฟลาท็อกซินเฉลี่ยสูงสุดที่ 18.13 ± 5.43 ไมโครกรัม/กก. รองลงมาคือกลุ่มถั่วลิสงที่มีการปนเปื้อนเฉลี่ย 7.54 ± 5.40 ไมโครกรัม/กก. และกลุ่มอาหารทะเลแห้งที่มีการปนเปื้อนเฉลี่ย 7.00 ± 5.43 ไมโครกรัม/กก. (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การปนเปื้อนอะฟลาทอกซินในตัวอย่างอาหาร (n=66)

Sample	No.	Aflatoxin			Mean (µg/kg)
		< 5 µg/kg (%)	> 5 - < 20 µg/kg (%)	> 20 µg/kg (%)	
Peanuts	12	4 (33.30)	8 (66.70)	0	7.54 ± 5.40
Corn	8	2 (25.00)	6 (75.00)	0	5.48 ± 3.75
Dried Chili	10	0	6 (60.00)	4 (40.00)	18.13 ± 8.53
Dried seafood	13	7 (53.90)	5 (38.50)	1 (7.60)	7.00 ± 5.43
Rice	12	11 (91.70)	1 (8.30)	0	2.42 ± 1.70
Dried herbs	11	5 (45.50)	6 (54.50)	0	6.77 ± 4.33
Total	66	29 (43.90)	32 (48.50)	5 (7.60)	7.73 ± 6.95

การอภิปรายผล

การวิจัยพบว่าตัวอย่างอาหารแห้งทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 100.00 มีการปนเปื้อนอะฟลาทอกซินที่ความเข้มข้นต่างๆ ความเข้มข้นของอะฟลาทอกซินในอาหารแห้งเฉลี่ยอยู่ที่ 7.73 ± 6.95 ไมโครกรัม/กก. พริกแห้งมีสารอะฟลาทอกซินปนเปื้อนสูงสุดที่ความเข้มข้น 18.13 ± 8.53 ไมโครกรัม/กก. นอกจากนี้ อาหารแห้งร้อยละ 7.60 มีอะฟลาทอกซินปนเปื้อนเกินความเข้มข้นที่ประเทศไทยยอมรับได้ที่ 20 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัม

แม้ว่าค่ามาตรฐานปริมาณอะฟลาทอกซินที่ตรวจพบในอาหาร ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ไทย กำหนดไม่เกิน 20 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัม อย่างไรก็ตามการจำกัดกลุ่มปริมาณอะฟลาทอกซินที่ตรวจพบในตัวอย่าง ที่แสดงในตารางที่ 1 จัดเป็นกลุ่มน้อยกว่า 5 มก./กก 5- <20 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัม และ "มากกว่า 20 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัม" ช่วยในการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการได้รับสารพิษในระดับต่ำที่อาจสะสมและก่อให้เกิดโรคได้ในระยะยาว และยังช่วยในการ ควบคุมคุณภาพและเฝ้าระวังการปนเปื้อนของอาหารให้ต่ำกว่ามาตรฐาน ช่วยให้ไปไปตามมาตรฐานสากลที่อาจเข้มงวดกว่า รวมถึงช่วยในการป้องกัน โดยตรวจจับการปนเปื้อนตั้งแต่ระดับต่ำ และเฝ้าระวังความปลอดภัยของอาหารแก่ผู้บริโภคเพื่อสร้างความมั่นใจ

อะฟลาทอกซินพบได้ในอาหารแห้งในประเทศไทยเนื่องมาจากปัจจัยสำคัญหลายประการ ประการแรก สภาพอากาศที่ร้อนชื้นของประเทศไทยทำให้เกิดสภาวะที่เหมาะสมสำหรับการเจริญเติบโตของเชื้อราที่สร้างอะฟลาทอกซิน เช่น *Aspergillus flavus* และ *Aspergillus parasiticus* ซึ่งปนเปื้อนพืชผลระหว่างการเพาะปลูก การอบแห้ง และการเก็บรักษา^(12,13) เทคนิคการอบแห้งที่ไม่เหมาะสมและการเก็บรักษาที่ไม่เพียงพอทำให้ปัญหานี้รุนแรงขึ้น เนื่องจากสามารถนำไปสู่ระดับความชื้นในอาหารแห้งที่สูงขึ้น ทำให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับการเจริญเติบโตของเชื้อรา¹⁴ นอกจากนี้ อาหารแห้ง เช่น พริกแห้ง อาหารทะเล ถั่วลิสง ข้าว และสมุนไพร ถือเป็นวัตถุดิบหลักในอาหารไทยและมักเก็บไว้เป็นเวลานาน เพิ่มโอกาสเกิดการปนเปื้อนอะฟลาทอกซินหากไม่เก็บไว้ภายใต้สภาวะที่เหมาะสม การตรวจสอบและทดสอบที่ไม่เพียงพอตลอดทั้งห่วงโซ่การผลิตและการจัดจำหน่ายยังส่งผลให้มีอะฟลาทอกซินอยู่ในอาหารแห้ง โดย

เน้นถึงความสำคัญของระเบียบปฏิบัติด้านความปลอดภัยของอาหารที่เข้มงวดเพื่อลดความเสี่ยงด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการได้รับสารอะฟลาทอกซิน

สารอะฟลาทอกซินถูกพบในพริกแห้งสาเหตุหลักมาจากการปนเปื้อนของเชื้อรา *Aspergillus* โดยเฉพาะเชื้อ *Aspergillus flavus* และเชื้อ *Aspergillus parasiticus* ซึ่งเจริญเติบโตในสภาพแวดล้อมที่อบอุ่นและชื้นตามแบบฉบับของภูมิภาคที่พริกแห้งเติบโตและตากแห้ง เช่น ประเทศไทย¹³ ปัจจัยที่ทำให้เกิดการปนเปื้อน ได้แก่ วิธีการทำให้แห้งไม่เพียงพอ ส่งผลให้พริกแห้งมีความชื้นตกค้าง เอื้อต่อการเจริญเติบโตของเชื้อรา การเก็บรักษาที่ไม่ดี เช่น การเก็บพริกแห้งไว้ในที่มีความชื้นสูงหรือการระบายอากาศไม่ดี จะยิ่งส่งเสริมการแพร่กระจายของเชื้อราอีกด้วย

นอกจากนี้ ความเสียหายทางกายภาพระหว่างการจัดการและการประมวลผลสามารถสร้างจุดเริ่มต้นสำหรับเชื้อราได้ การตรวจสอบและทดสอบที่ไม่เพียงพอตลอดทั้งห่วงโซ่อุปทานยังส่งผลให้มีอะฟลาทอกซินในพริกแห้งอีกด้วย การจัดการกับปัจจัยเหล่านี้ด้วยเทคนิคการอบแห้งที่ดีขึ้น แนวทางปฏิบัติในการเก็บรักษาที่ดีขึ้น และการตรวจสอบที่เพิ่มขึ้นสามารถลดการปนเปื้อนอะฟลาทอกซินในพริกแห้งได้ ทำให้มั่นใจได้ว่าผลิตภัณฑ์อาหารที่ปลอดภัยสำหรับผู้บริโภค ผลการศึกษานี้เป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาของ R. Russell M. Paterson¹⁵ ซึ่งพบว่ามีอะฟลาทอกซินในระดับสูงในตัวอย่างพริกแห้งจากปากีสถาน ในทำนองเดียวกัน Similarly, Nur Hossain et al.¹⁶ รายงานระดับอะฟลาทอกซินสูงสุด 186 ไมโครกรัม/กก. ในตัวอย่างพริกแห้งแดง การศึกษาดำเนินการในประเทศบังกลาเทศและปากีสถาน ซึ่งเป็นประเทศที่ใช้เครื่องเทศจำนวนมากในการปรุงอาหารและมักขาดความรู้ในการเก็บรักษาที่เหมาะสม ซึ่งนำไปสู่การปนเปื้อนอะฟลาทอกซินอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ สุรจิต ธรรมไพจิตร¹⁷ ซึ่งพบอะฟลาทอกซินในพริกแห้งแดงเพียง 6 ตัวอย่าง ที่ระดับ 0-5 ไมโครกรัม/กก. ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ดำเนินการในปี พ.ศ. 2545 และการวิจัยเกี่ยวกับการปนเปื้อนอะฟลาทอกซินในพริกแห้งในประเทศไทยยังมีจำกัด อาจเป็นเพราะตัวอย่างที่ทดสอบอาจถูกรวบรวมจากแหล่งที่จัดเก็บอย่างเหมาะสมตัวอย่างถั่วลิสงจำนวน 12 ตัวอย่าง พบสารอะฟลาทอกซินในทุกตัวอย่างร้อยละ 100.00 เฉลี่ย 7.54 ± 5.40 ไมโครกรัม/กก.

อะฟลาทอกซินถูกพบในถั่วลิสงเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากการปนเปื้อนของเชื้อราแอสเปอร์จิลลัส ซึ่งเจริญเติบโตได้ดีในสภาพอากาศที่อบอุ่นและชื้น ซึ่งพบได้ทั่วไปในภูมิภาคที่ผลิตถั่วลิสงหลายแห่ง ปัจจัยต่างๆ เช่น เทคนิคการเก็บเกี่ยวที่ไม่เหมาะสม การตากแห้งล่าช้า และวิธีปฏิบัติในการเก็บรักษาที่ไม่เพียงพอ รวมถึงความชื้นสูงและการระบายอากาศที่ไม่ดี มีส่วนสำคัญต่อการเจริญเติบโตของเชื้อรา นอกจากนี้ การคัดกรองและการทดสอบที่ไม่เพียงพอในระหว่างห่วงโซ่อุปทานทำให้ถั่วลิสงที่ปนเปื้อนเข้าถึงผู้บริโภคได้ การแก้ไขปัญหาเหล่านี้โดยการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติทางการเกษตรและการเก็บรักษาและการทดสอบสามารถช่วยลดการปนเปื้อนอะฟลาทอกซินในถั่วลิสงได้ จากการทดสอบอาหารทะเลแห้ง 13 ชนิด พบว่ามีอะฟลาทอกซินในทุกตัวอย่างร้อยละ 100.00 โดยเฉลี่ย 7.00 ± 5.43 ไมโครกรัม/กก. การจัดเก็บที่ไม่เหมาะสม เช่น การเก็บอาหารทะเลแห้งไว้ในถุงพลาสติกแบบเปิดในสภาวะที่ร้อนและชื้น มีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดการปนเปื้อนอะฟลาทอกซิน การศึกษานี้เป็นไปในทางเดียวกันกับผลการศึกษาของอนุเทพ ปาสุระ¹⁸ ซึ่งแสดงให้เห็นการปนเปื้อนของเชื้อราในตัวอย่างอาหารทะเลแห้ง 60 ตัวอย่าง และการศึกษาของบัญญัติ สุขศรีงาม และคณะ¹⁹ โดยพบว่าร้อยละ 50.00 จาก 1,026 ตัวอย่างอาหารทะเลแห้งไม่ผ่านมาตรฐานความปลอดภัย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Deng และคณะ²⁰ ที่พบการปนเปื้อนร้อยละ 30.80 ในตัวอย่างอาหารทะเลแห้ง 40 ตัวอย่าง โดยมีระดับระหว่าง 0.58–0.89 ไมโครกรัม/กก. ซึ่งอยู่ในขอบเขตที่ปลอดภัย อาจเนื่องมาจากเชื้อราอะฟลาทอกซินเจริญเติบโตได้ง่ายในสภาพอากาศของประเทศไทยและการเก็บรักษาที่แห้งที่ไม่เหมาะสม

ระดับการปนเปื้อนของอะฟลาทอกซินในอาหารแห้งชนิดต่างๆ ในประเทศไทยน่าห่วงในอาหารแห้งประเภทต่างๆ ในประเทศไทย โดยตัวอย่างทั้งหมดที่ทดสอบพบว่าการปนเปื้อนที่ความเข้มข้นต่างกัน การปนเปื้อนนี้มีสาเหตุหลักมาจากสภาพอากาศที่ร้อนชื้นของประเทศไทย ซึ่งส่งเสริมการเจริญเติบโตของเชื้อราที่สร้างอะฟลาทอกซิน เช่น เชื้อ

Aspergillus flavus และเชื้อ *Aspergillus parasiticus* ประสิทธิภาพ ในการเพาะปลูก การอบแห้ง และการเก็บรักษา¹² วิธีการทำให้แห้งที่ไม่เหมาะสมและการเก็บรักษาที่ไม่เพียงพอจะทำให้ปัญหานี้รุนแรงยิ่งขึ้นโดยการสร้างสภาวะที่เอื้ออำนวยต่อการแพร่กระจายของเชื้อรา¹⁴ วัตถุประสงค์หลักของไทย เช่น พริกแห้ง อาหารทะเล ถั่วลิสง ข้าว และสมุนไพร มีความเสี่ยงปนเปื้อนสารอะฟลาทอกซินสูง เนื่องจากวัตถุดิบเหล่านี้มีการใช้อย่างแพร่หลาย จึงมีวัตถุดิบเหล่านี้ไว้ในบ้าน ซึ่งอาจมีการเก็บรักษาเป็นเวลานาน การติดตามและการปฏิบัติตามระเบียบการด้านความปลอดภัยของอาหารที่เข้มงวดยิ่งขึ้น มีความสำคัญอย่างยิ่งในการลดความเสี่ยงด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการได้รับสารอะฟลาทอกซิน และการรับรองความปลอดภัยและคุณภาพของอาหารสำหรับผู้บริโภคในประเทศไทย การค้นพบนี้เน้นย้ำถึงความจำเป็นในการใช้กลยุทธ์ที่ครอบคลุมเพื่อปรับปรุงวิธีปฏิบัติทางการเกษตร สภาพการเก็บรักษา และการกำกับดูแลด้านกฎระเบียบเพื่อลดการปนเปื้อนอะฟลาทอกซินอย่างมีประสิทธิภาพ

ในการเก็บรักษาวัตถุดิบอาหาร เช่น พริกแห้ง สมุนไพร ถั่วลิสง และข้าวสาร ควรเก็บไว้ในที่อุณหภูมิต่ำกว่า 25 องศาเซลเซียส และความชื้นต่ำกว่าร้อยละ 65.00 โดยเก็บในที่แห้งและเย็น ใช้ภาชนะปิดสนิทเพื่อลดการเจริญเติบโตของเชื้อรา *Aspergillus* ซึ่งเป็นแหล่งกำเนิดของอะฟลาทอกซิน ตรวจสอบวัตถุดิบเป็นประจำและคัดแยกส่วนที่มีปัญหาออกทันที หลีกเลี่ยงการเก็บไว้นานเกินไป ปรับสภาพแวดล้อมการเก็บให้เหมาะสม เช่น การใช้เครื่องลดความชื้นหรือระบบระบายอากาศ และใช้สารกันเชื้อราที่ปลอดภัยหากจำเป็น²¹

สรุปการศึกษา

จากการทดสอบตัวอย่างอาหารแห้งทั้งหมด 66 ตัวอย่าง พบการปนเปื้อนอะฟลาทอกซินโดยเฉลี่ย 7.73 ± 6.95 ไมโครกรัม/กก. โดยพริกแห้งมีระดับสูงสุดที่ 18.13 ± 8.53 ไมโครกรัม/กก. และเกินร้อยละ 7.60 ของตัวอย่างที่เก็บ ประเทศไทยกำหนดไว้ที่ 20 ไมโครกรัม/กก. เนื่องจากสภาพอากาศที่ร้อนชื้นของประเทศไทยและสภาพการเก็บรักษาที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเอื้อต่อการเจริญเติบโตของเชื้อราที่ผลิตอะฟลาทอกซิน ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นที่ในการเก็บรักษาวัตถุดิบอาหารแห้งอย่างเหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงของสารอะฟลาทอกซิน

เอกสารอ้างอิง

1. Dai, C., Tian, E., Hao, Z., Tang, S., Wang, Z., Sharma, G., Jiang, H. & Shen, J. Aflatoxin B1 Toxicity and Protective Effects of Curcumin: Molecular Mechanisms and Clinical Implications. *Antioxidants* Basel. 2022 ;11(10): 2031.
2. Rushing, B.R. & Selim, M.I. Aflatoxin B1: A review on metabolism, toxicity, occurrence in food, occupational exposure, and detoxification methods. *Food Chem Toxicol.* 2019; 124, 81-100.
3. Nakuwa, M.S., Mongi, R. & Ngoma, S. Food handling practices, the prevalence of aflatoxin dietary exposure and its associated factors among children aged 6–23 months in Bukombe District, Tanzania. *NFS Journal.* 2023; 31: 162–170.
4. Sipos, P., Peles, F., Brassó, D.L., Béri, B., Pusztahelyi, T., Pócsi, I. & Győri, Z. Physical and Chemical Methods for Reduction in Aflatoxin Content of Feed and Food. *Toxins.* 2021 ;13(3): 204.

5. Udomkun, P., Wiredu, A.N., Nagle, M., Müller, J., Vanlauwe, B. & Bandyopadhyay, R. Innovative technologies to manage aflatoxins in foods and feeds and the profitability of application - A review. Food Control. 2017; 76: 127-138.
6. Ahmad, S., Anwar, S. & Pratap, P.D. The Characteristic, Occurrence of Aflatoxin and Associated Risk with Human Health. Microbiology Research Journal International, 2020; 32 (7): 39-50.
7. Benkerroum, N. Chronic and Acute Toxicities of Aflatoxins: Mechanisms of Action. Int J Environ Res Public Health. 2020; 17(2): 423.
8. Dhakal, A., Hashmi, M.F. & Sbar, E. (2024) Aflatoxin Toxicity, In: StatPearls. Treasure Island (FL), StatPearls Publishing, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557781/>.
9. Filazi, A. & Ufuk Tansel, S. Aflatoxins - Recent Advances and Future Prospects. Occurrence of Aflatoxins in Food. 2013. DOI: 10.5772/51031
10. งานสื่อสารองค์กร คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. (2016). ระวัง "อะฟลาท็อกซิน" สารพิษก่อมะเร็งร้ายแรงในอาหารแห้ง. ค้นเมื่อ 19 มิ.ย. พ.ศ. 2567, จาก: <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel/article/ระวัง-อะฟลาท็อกซิน-สารพ/>
11. Tansakul, N., Sasithorn, L., Josef, B., Manfred, H., Ebrahim, R., F. Aflatoxins in selected Thai commodities. Food Addit Contam Part B Surveill. 2013;6(4):254-9. doi: 10.1080/19393210.2013.812148.
12. Waenlor, W. and Viroj, W. AFLATOXIN CONTAMINATION OF FOOD AND FOOD PRODUCTS IN THAILAND: AN OVERVIEW. An Overview of Aflatoxin In Food And Food Products. 2003; 34 (2): 184-190.
13. บดินทร์ บุตรอินทร์. สารพิษจากเชื้อรา: อะฟลาท็อกซิน Mycotoxin Aflatoxin. วารสารเทคนิคการแพทย์ เชียงใหม่. 2555; 45(2): 1-8.
14. กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค. (2566). แอฟลาทอกซิน สารพิษจากเชื้อราในอาหารแห้ง. ค้นเมื่อ 19 มิ.ย. พ.ศ. 2567, จาก: <https://dis.fda.moph.go.th/detail-infoGraphic?id=2125#:~:text=วิธีการป้องกันสารแอฟ,ที่แห้ง%20ไม่อัปชั่น>
15. Russell, R. & M, Paterson. Aflatoxins contamination in chilli samples from Pakistan. Food Control. 18 (2007) 817–820
16. Hossain, N., Asma, T., Farhana, A., Matiur, R., Shamima, B., Zahurul, H & Monzur Morshed, A. Identification of Aflatoxigenic Fungi and Detection of Their Aflatoxin in Red Chilli (Capsicum annum) Samples Using Direct Cultural Method and HPLC. Advances in Microbiology. 2018; 8: 42-53. doi: 10.4236/aim.2018.81004.
17. สุรจิต ธรรมาเจริญราช. (2545). อะฟลาท็อกซินในพริกแห้งปน ในตลาดเทศบาลเมือง จังหวัดลำปาง. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 1-76.
18. อนุเทพ ภาสุระ. การศึกษาเชื้อราปนเปื้อนสายพันธุ์ที่สร้างสารอะฟลาท็อกซิน ในผลิตภัณฑ์อาหารทะเลตากแห้ง และการยับยั้งการเจริญของเชื้อรา Aspergillus ที่ปนเปื้อนโดยใช้สารกันเสียบางชนิด. วารสารมหาวิทยาลัยบูรพา. 2542; 4(1), 14-23.

19. บัญญัติ สุขศรีงาม, กาญจนา หริมเพ็ง, นิสา ไกรรักษ์, ปรียา นุพาสันต์, พรรณีภา ศิริเพิ่มพูล, ศิริโฉม ท่งแก้ว, ศิริพร เอื้ออังกูร, สุดสายชล หอมทอง, สุภัณฑิต นิมรัตน์, สุดารัตน์ สวนจิตร, อภิรตี ปิณฑนภักย์ และวรนาวา จงโยธา. สถานการณ์การปนเปื้อนและการพัฒนาเทคนิคในการตรวจวัดจุลินทรีย์ก่อโรคในอาหารทะเลแห้งเพื่อมุ่งสู่การเป็น ศูนย์ตรวจจุลินทรีย์และการรับรองมาตรฐานสินค้าอาหารทะเลแห้ง. DS pace Repository. 2551.
20. Deng, Y., Yaling, W., Qi, D., Lijun, Sun., Rundong, W., Xiaobo, W.,1 Jianmeng, L. & Ravi, G. Simultaneous Quantification of Aflatoxin B1, T-2 Toxin, Ochratoxin A and Deoxynivalenol in Dried Seafood Products by LC-MS/MS. Toxins (Basel). 2020; 12(8). 488. doi: 10.3390/toxins12080488
21. Philippe Villers. Aflatoxins and safe storage. Front. Microbiol. Sec. Food Microbiology. 2014; 5. <https://doi.org/10.3389/fmicb.2014.00158>

Received: 21 Jul.2024, Revised: 22 Aug.2024

Accepted: 11 Sep. 2024

บทความวิจัย

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง
โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชนพิทภรณ์ พลโคต*¹

บทคัดย่อ

กรมสุขภาพจิตได้มีนโยบาย ในการพัฒนาระบบดูแลเฝ้าระวังติดตามผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ จากความร่วมมือทุกภาคส่วนในการเฝ้าระวังการค้นหากลุ่มเสี่ยง การวางระบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชน รวมถึงการบูรณาการความเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่าย โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างศักยภาพชุมชนให้มีความรู้ความเข้าใจ และจากประสบการณ์ของผู้วิจัยพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงมักอยู่ในภาวะที่ถูกกีดกันได้รับการรบกวนทางอารมณ์ ทำให้รู้สึกโกรธและแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมา ทั้งนี้ความชุกของการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชทั่วโลก พบได้ร้อยละ 17 หรือประมาณการเกือบ 1 ใน 5 ของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช² และร้อยละ 12-20 มีประวัติการกระทำความผิดที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรง³ โดยผู้ป่วยจิตเวชที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลมีความเสี่ยงสูงต่อการกระทำรุนแรงกับผู้อื่นมากเป็น 2-6 เท่าและเสี่ยงต่อการกระทำรุนแรงต่อผู้อื่นมากเป็น 2-8 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ไม่มีอาการทางจิต⁴

1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยโรคจิตเวชกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง(SMI-V)ในชุมชนตำบลนาจั่ว 2) เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชนและ 3) เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม⁵ โดยนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement:CQI) เป็นกลไกในการปรับปรุงคุณภาพและแนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการของ Edward Deming Cycle⁶ มาใช้ ประเมินความสัมพันธ์ของโครงสร้างกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นการศึกษาแบ่งเป็นวงรอบแต่ละวงรอบแบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ในมุมมองของผู้ให้บริการและผู้ให้บริการสุขภาพ ระยะที่ 2 เป็นการดำเนินการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคจิตเวช ระยะที่ 3 เป็นการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงและเก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการ การสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา

จากการศึกษาสถานการณ์พบประเด็นที่สำคัญ 4 ประเด็นของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ ดังนี้ 1)ความต่อเนื่องของข้อมูลพบว่า ผู้ให้บริการสะท้อนการได้รับข้อมูลที่ไม่เจาะจงต่อปัญหาและความต้องการของการดูแล 2)ด้านความต่อเนื่องของการบริการ พบปัญหาในการขาดการส่งต่อข้อมูลระหว่างทีม และผู้ให้บริการสุขภาพกับสมาชิกครอบครัว 3)ด้านความต่อเนื่องของการดูแลภายในชุมชน พบว่าความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและครอบครัวต่อชุมชนมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 4)ด้านความต่อเนื่องของการดูแลภายในทีมสุขภาพพบว่าทีมสุขภาพไม่มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนขาดความเข้าใจในการทำงานเป็นทีม รวมถึงยังขาดทักษะในการประเมินปัญหา และจากการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวได้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่งผลให้ลดความรุนแรงในชุมชนและลดการกลับเข้าไปรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชซ้ำ

ผลการพัฒนาระบบบริการการดูแลในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคจิตเวชพบว่าผลของคะแนนปฏิบัติการดูแลฯ ของผู้ให้บริการสุขภาพในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคจิตเวชเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการพัฒนามีค่าเฉลี่ยคะแนนหลังดำเนินการมีค่ามากกว่าก่อนดำเนินการ (Mean4.80 และ Mean=2.83)ตามลำดับ ส่งผลต่อระดับความพึงพอใจที่เพิ่มขึ้นของผู้ใช้บริการ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจหลังดำเนินการมีค่ามากกว่าคะแนนความพึงพอใจก่อนดำเนินการ (Mean=4.4 และMean=3.8) ตามลำดับ

คำสำคัญ การจัดการรายกรณี ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสังคม จังหวัดหนองคาย

* Corresponding author E-mail: taw_clinic@hotmail.com, pitaporn.pol@gmail.com

Original Article

Developing guidelines for caring for psychiatric patients with the risk of committing violence. By using participatory case management in the community.

Pitaporn Polkot^{1*}

Abstract

Objective : 1) To study the situation of patients with mental illness in the group at risk of committing violence (SMI-V) in the community of Nangiu Subdistrict. 2) To develop guidelines for caring for patients with psychiatric illness who are at risk of committing violence. by using participatory case management in the community and 3) to study the results of care for psychiatric patients at risk of committing violence. By using participatory case management in the community. Methods : This research is participatory action research⁵. By using the concept of continuous quality improvement (Continuous Quality Improvement: CQI) as a mechanism for improving quality. and the concept of service quality assessment of Edward Deming Cycle⁶ to evaluate structural relationships. Process and results Education is divided into cycles. Each cycle is divided into 3 phases. Phase 1 is an analysis of the care situation for psychiatric patients at risk of committing violence. From the perspective of service users and health care providers Phase 2 is the development of a service system for caring for patients with psychiatric illnesses who are at risk of committing violence in families with psychiatric patients. Phase 3 is evaluating the results of care for patients with psychiatric illnesses who are at risk of committing violence. and collected data using in-depth interviews. Participatory and non-participant observation workshop group chat data analysis Qualitative data used content analysis. Quantitative data used descriptive statistics. Results : Four important issues were found from service providers and service users as follows: 1) Continuity of data It was found that service users reflected on receiving information that was not specific to their problems and care needs. 2) Continuity of administration Found a problem in the lack of information transfer between teams. and health care providers and family members Including the lack of participation in care planning. and guidelines for caring for psychiatric patients at risk of committing violence. Lack of understanding in using assessment tools 3) Continuity of care within the community It was found that the relationship of patients and families to the community affects their participation in patient care. 4) In terms of continuity of care within the health team, it was found that The health team does not have clear divisions of roles and responsibilities. Lack of understanding of teamwork Lack of recording information for communication Including the lack of skills in evaluating problems and participation in planning and common goals. Conclusion : Results of the development of the care service system In families with psychiatric patients, it was found that the results of care performance scores of health care providers in families with psychiatric patients has increased more than before the development The mean scores after the operation were higher than before the operation (Mean 4.80 and Mean = 2.83), respectively, resulting in increased satisfaction levels of service users. It was found that the mean satisfaction score after the operation was higher than the satisfaction score before the operation (Mean = 4.4 and Mean = 3.8), respectively.

Keyword : case management Patients with mental illness who are at risk of committing violence

¹Registered Nurse, Sangkhom Hospital, NongKhai Province

* Corresponding author E-mail: taw_clinic@hotmail.com, pitaporn.pol@gmail.com

บทนำ

พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มักพบเห็นตามสื่อต่างๆ หรือข่าว อยู่บ่อยครั้งไม่ว่าจะเป็นในประเทศหรือต่างประเทศ และมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น บ่อยครั้งที่พบว่าบุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ส่งผลทำให้เกิดปัญหาทางสังคมตามมามากมาย และทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ โดยพบว่าผู้ก่อเหตุส่วนใหญ่มีประวัติเป็นผู้ป่วยโรคทางจิตเวชที่เคยเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลจิตเวช กลับมาป่วยซ้ำและบางรายอาจจะก่ออันตรายทั้งตนเองและผู้อื่น⁽⁷⁻⁹⁾

จากรายงานผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence : SMI-V) ข้อมูลของกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2566 พบมีผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงใหม่ จำนวน 871 คน ในจำนวนนี้มีการก่อเหตุความรุนแรงซ้ำ จำนวน 20 คน ผู้ป่วยทั้งหมดนี้ ได้เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาของระบบสาธารณสุข¹⁰ และจากศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงที่กลับเข้าไปรับการรักษา ณ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ พบว่า มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยด้วยพฤติกรรมรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 80.56 ด้วยการใช้คำพูดที่รุนแรง คำทอ ทูบทำลายข้าวของ ถูอาวุธและชู่จะทำร้ายผู้อื่น นอกจากนี้ มีบางรายทำร้ายตนเอง ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น (length of stay [LOS]) โดยมีระยะวันนอนเกิน 21 วัน ร้อยละ 23.61¹¹

จากสถานการณ์ปัจจุบันที่มีเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นทั้งในครอบครัวหรือประชาชนทั่วไป โรงพยาบาลสังคมได้มีการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเวช ที่เข้ามารับบริการที่โรงพยาบาลสังคม ระหว่างปี 2563 - 2565 มีจำนวน 129, 119 และ 110 ราย ตามลำดับ และในผู้ป่วยกลุ่มนี้เคยเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสังคม จำนวน 19, 17 และ 15 ราย ตามลำดับ จากการทบทวนข้อมูลพบประเด็นการกลับมารักษาซ้ำ ดังนี้ 1) ไม่รับประทานยา คิดเป็น ร้อยละ 48.5 2) ใช้สารเสพติด คิดเป็น ร้อยละ 43.10 นอกจากนี้ยังพบพฤติกรรมรุนแรง ดังนี้ 1) มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คิดเป็นร้อยละ 2.87 2) ก่อความรุนแรงทำร้ายผู้อื่น คิดเป็นร้อยละ 1.15 3) ก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นจนเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 0.57 นอกจากนี้ยังได้มีการสำรวจครัวเรือน โดยแบ่งสีในการเฝ้าระวัง ดังนี้ 1) สีแดง จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 9.77 2) สีเหลือง จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 และ 3) สีเขียว จำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 56.32 ในการดำเนินงานที่ผ่านมาได้มีการดูแลติดตามเยี่ยมในชุมชนอย่างต่อเนื่อง แต่จากการดำเนินงานดังกล่าวยังพบว่า การขาดยา กลับไปใช้สารเสพติด ส่งผลให้ผู้ป่วยบางส่วนมีอาการกำเริบ ทำร้ายผู้อื่นถึงขั้นเสียชีวิต และต้องส่งตัวกลับไปรักษาซ้ำในโรงพยาบาลสังคม นอกจากปัญหาที่เกิดจากตัวผู้ป่วยแล้ว ยังพบว่าญาติ และชุมชน เครือข่ายขาดความตระหนักในการมีส่วนร่วมที่จะดูแลผู้ป่วย¹²

ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีรูปแบบเฉพาะครอบคลุมและมีความต่อเนื่อง ตอบสนองความต้องการที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยโดยเน้นความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนในพื้นที่ รวมถึงการสนับสนุนครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อลดการก่อความรุนแรงในชุมชน ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ลดภาระในการดูแลของญาติ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ยาวนานขึ้น มีสภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดค่าใช้จ่ายทั้งของผู้ป่วยและโรงพยาบาล¹³

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การจัดการรายกรณี (Case management) ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชในการป้องกัน การป่วยซ้ำ เพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งการจัดการรายกรณีเป็นกระบวนการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ อย่างเป็นระบบ ครอบคลุม การประเมิน วางแผน ลงมือปฏิบัติ การประสานงานระบบให้บริการ การติดตามการให้บริการและการประเมินผล เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ โดยเน้นความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในพื้นที่¹⁴ ตามแนวคิดการจัดการรายกรณีแบบรายบุคคลประกอบด้วยผู้จัดการรายกรณี ทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายชุมชนที่ออกแบบและวางแผนการดูแลร่วมกัน

โดยมีพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่เป็นผู้จัดการใช้แผนดังกล่าวในการติดตาม และเป็นที่ปรึกษา ผู้วิจัยจึงสนใจการจัดการผู้ป่วยแบบรายกรณีมาพัฒนาบริการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องและส่งผลให้มีอาการทางจิตดีขึ้น ช่วยลดภาระของญาติ รวมทั้งการนำแหล่งประโยชน์ในชุมชนช่วยสนับสนุนในการดำเนินงานดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้ยาวนานและมีสภาพชีวิตที่ดีขึ้น¹⁵

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยโรคจิตเวชกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง(SMI-V)ในชุมชนตำบลนาจั่ว อำเภอสว่าง จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลนาจั่ว
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลนาจั่ว

วิธีการศึกษาและดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ รูปแบบการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action Research) แบ่งเป็น 3 ระยะ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจากผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ประเภทสีแดงและสีเหลือง จำนวน 19 ครอบครัวและทีมผู้ให้บริการ/ผู้รับผิดชอบ 9 คน ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ระยะเวลาดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม - ธันวาคม 2566 ร่วมกับการใช้แนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการของ Edward Deming Cycle (Deming, Edward 2023) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การนำไปปฏิบัติ (Do) การติดตามประเมินผล (Check) การปรับปรุงมาตรฐาน (Action) เพื่อที่จะนำไปสู่การดำเนินการแก้ปัญหาปรับปรุง และพัฒนางานจนเกิดเป็นมาตรฐาน

การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยโรคจิตเวชกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง ในมุมมองของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ โดยมีการใช้เครื่องมือเป็นแนวคำถามที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยทำการสัมภาษณ์ ผู้ใช้บริการ คือ ผู้ป่วยโรคจิตเวชกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงและครอบครัว จำนวน 19 ครอบครัว กลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพที่ปฏิบัติงานสุขภาพจิต ผู้รับผิดชอบในหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้รับผิดชอบงานในองค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.) ผู้รับผิดชอบงานในสถานีตำรวจ) ผู้นำชุมชน จำนวน 10 คน ใช้เวลา 60 นาที เครื่องมือในการวิจัยเป็นแนวคำถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ 1)แนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคจิตเวช 2)แนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้ดูแลและครอบครัว 3)แนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการผู้รับผิดชอบงานจิตเวช 4)แนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบแกนนำชุมชน เป็นเรื่องการรับรู้ของชุมชนและกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง รวมถึงการให้บริการในกลุ่มนี้ เป็นต้น ข้อมูลในระยะวิเคราะห์สถานการณ์เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) อย่างเป็นระบบ กำหนดประเด็นการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา เลือกหน่วยการวิเคราะห์ จัดกลุ่มข้อมูล ตีความ จากนั้นจัดหมวดหมู่ข้อมูลตามความหมายวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ เชื่อมโยงแต่ละประเด็นเป็นข้อสรุป เครื่องมือที่ใช้ ในขั้นตอนการประเมินผล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ 1)เครื่องมือคัดเข้า ได้แก่ BPRS 2)แบบสำรวจครัวเรือนผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI V)

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ใช้แนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการของ Edward Deming Cycle (2566) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การนำผลไปปฏิบัติ (Do) การติดตามประเมินผล (Check) การปรับปรุงมาตรฐาน (Action) ใน 1 วงรอบ เพื่อให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพระบบบริการให้ดีขึ้น ดังนี้ 2.1) ขั้นตอนวางแผน (Plan) ได้มีการจัดตั้งทีมงานซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินการพัฒนาแนวทางการดูแลฯ ประชุมร่วมกันโดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ นำไปสู่การวางแผนการพัฒนาระบบบริการ 2.2 การนำผลไปปฏิบัติ (Do) มีขั้นตอนการดำเนินงานตามแผนงานหรือกิจกรรมที่วางไว้ 2.3 ติดตามประเมินผล (Check) โดยสังเกตการณ์การมีส่วนร่วมระหว่างการทำนออกนเทศติดตามในพื้นที่ 2.4 การปรับปรุงมาตรฐาน (Action) นำข้อมูลจากการดำเนินงาน มาวิเคราะห์แปลผลนำไปสู่การตัดสินใจร่วมกัน ร่วมกันเขียน Flow Chart แนวทางการให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง เพื่อจะได้เป็นแนวทางและเป็นมาตรฐานในการดำเนินงานต่อไป หากยังต้องการพัฒนาเพิ่มขึ้นนำผลการตรวจสอบเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์เพื่อวางแผนการดำเนินการแก้ไขในวงรอบที่ 2 ต่อไป

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลของการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (ผลลัพธ์) เป็นการประเมินผลการดูแลต่อเนื่องในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคจิตเวช กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคจิตเวชกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงและครอบครัว จำนวน 19 ครอบครัว กลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพที่ปฏิบัติงานสุขภาพจิต ผู้รับผิดชอบในหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้รับผิดชอบงานในองค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.) ผู้รับผิดชอบงานในสถานี่ตำรวจ ผู้นำชุมชน จำนวน 10 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบรวบรวมข้อมูลทั่วไป, แบบติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 10 ด้าน, แบบประเมินความสามารถโดยรวม (Global Assessment of Function scale : GAP), แบบประเมินภาระการดูแลในผู้ป่วยจิตเวช, แบบประเมินคุณภาพชีวิต

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปได้ใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ข้อมูล

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่ COA No. NKPH058 ลงวันที่ 27 กรกฎาคม 2566

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยนำเสนอตามระยะต่างๆ ของการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลต่อเนื่อง ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2566 ผลศึกษาสถานการณ์การดูแลต่อเนื่องในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคจิตเวช โดยการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพและกลุ่มผู้ใช้บริการ ตามแนวคำถาม โดยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์และสรุปเนื้อหาโดยได้ประเด็นสำคัญดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลการสรุปประเด็นสำคัญ ในระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลต่อเนื่อง

ระบบงาน	สรุปการวิเคราะห์สถานการณ์
1.ด้านความต่อเนื่องของข้อมูล	- ผู้ให้บริการสุขภาพการส่งต่อข้อมูลไม่ครบถ้วน - ผู้ให้บริการสุขภาพรู้เฉพาะส่วนที่เรารับผิดชอบ - ผู้ให้บริการสุขภาพข้อมูลไม่เชื่อมโยงกัน
2.ด้านความต่อเนื่องการบริหารจัดการ	- ผู้ใช้บริการสุขภาพไม่เห็นความสำคัญของการดูแลต่อเนื่อง - ผู้ใช้บริการสุขภาพขาดความรู้ความเข้าใจในการจัดการผลกระทบหลังการเจ็บป่วย - ผู้ใช้บริการสุขภาพขาดการส่งต่อการดูแลระหว่างสมาชิกในครอบครัว - ผู้ใช้บริการสุขภาพขาดการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ให้บริการสุขภาพ - ผู้ใช้บริการสุขภาพเลือกใช้สมุนไพรและแพทย์ทางเลือกร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบัน
3.ด้านความสัมพันธ์ต่อเนื่อง	- ผู้ให้บริการสุขภาพยังขาดการส่งต่อข้อมูลที่ครบถ้วน
4.ด้านความต่อเนื่องของการดูแลภายในชุมชน	- ความสัมพันธ์ที่ดีขึ้นอยู่ระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพกับชุมชน
5.ด้านความต่อเนื่องของการดูแลในทีมสุขภาพ	- ขาดการวางแผนร่วมกันระหว่างทีมผู้ให้บริการสุขภาพ - ขาดการไม่ลงบันทึกข้อมูลหลังติดตาม - เปลี่ยนผู้ติดตามไม่ต่อเนื่อง - ทีมผู้ให้บริการสุขภาพขาดการรับรู้เป้าหมายและวางแผนร่วมกัน
6.ด้านการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง	- ขาดแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง - บุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพขาดความรู้ ความเข้าใจ
7.ด้านการมีส่วนร่วมต่อการวางแผนการดูแล	- ผู้ให้บริการสุขภาพขาดการตั้งใจในการรับฟังปัญหา การไม่เห็นความสำคัญของการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วม
ด้านการเข้าถึงบริการ	- ขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมผู้ให้บริการสุขภาพ และระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ใช้บริการสุขภาพ

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม 2566 ผู้วิจัยดำเนินการตามแนวคิดของ Edward Deming Cycle⁶ ใช้แนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการและนำกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องมาใช้และมีวงล้อ PDCA เป็นเครื่องมือหรือกลไกที่ใช้ในการประเมินความสัมพันธ์ของโครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Outcome) ดังนี้

รอบที่ 1 การวางแผนการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ดำเนินการโดย

1. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยใน พยาบาลเยี่ยมบ้าน พยาบาลผู้จัดการรายกรณี พยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ผู้นำชุมชน

2. นำข้อเสนอแนะการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ได้ร่วมกันสร้างแนวทางในการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน ระบบส่งต่อข้อมูลในการดูแล จากนั้นเสนอขอความเห็นชอบต่อหัวหน้ากลุ่ม

ภารกิจด้านบริการปฐมภูมิและประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (LTC) โรงพยาบาลสังคม ตรวจสอบ และปรับปรุงแก้ไข

3. นำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงที่ปรับปรุงและพัฒนาขึ้นเข้าสู่ที่ประชุมของ คณะกรรมการ LTC ซึ่งแจ้งระบบการดำเนินการและการติดตามประเมินผล

4. ประเมินสมรรถนะของทีมที่เกี่ยวข้องร่วมกับการประเมินผลที่ได้จากการสังเกตสะท้อนผลการประเมินต่อ ผู้เกี่ยวข้องและนำไปพัฒนาต่อในรอบที่ 2

ผลลัพธ์ที่ได้ในรอบที่ 1 คือ แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงที่ปรับปรุงใหม่ทั้ง แนวทางการปฏิบัติและเอกสารประกอบการใช้แนวทางฯ ที่พัฒนาขึ้นเพื่อการดูแลผู้ป่วย ระบบการส่งต่อจากโรงพยาบาล ไปถึงชุมชน รวมทั้งประเมินสมรรถนะของทีมที่เกี่ยวข้อง

รอบที่ 2 การวางแผนการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ดำเนินการดังนี้

1. จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงที่ปรับปรุงใหม่ให้ทีมที่ เกี่ยวข้องนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวช รวมทั้งจัดประชุมแลกเปลี่ยนความรู้ เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อ การก่อความรุนแรง ปัญหาอุปสรรค ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ข้อเสนอแนะในการพัฒนาและปรับระบบบริการร่วมกัน

2. จัดประชุมชี้แจงระบบงานติดตามเยี่ยมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและแกนนำชุมชน ร่วมกันจัดทำ ฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

3. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อ ความรุนแรง

4. การติดตามเยี่ยมต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงตามแนวทางที่ได้พัฒนาขึ้น

ผลลัพธ์ที่ได้ในรอบที่ 2 คือ ระบบการติดตามเยี่ยมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและแกนนำชุมชน รวมถึง การมีฐานข้อมูลผู้ป่วย การพัฒนาศักยภาพของทีมผู้ให้บริการสุขภาพ ที่จะนำไปสู่การดูแลต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลของพัฒนาระบบการดูแลระยะผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง เดือน กรกฎาคม - ธันวาคม 2566 ผลลัพธ์ดังตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงและกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล

ตัวแปร	กลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (N=19)	กลุ่มผู้ดูแล (N=19)
เพศ (ชาย,หญิง)	19(100),0(0)	7 (36.8), 12 (63.2)
อายุ (ปี)	6 6 6 (31.6, 31.6, 31.6), 40 - 49	5 5 (26.3, 26.30), 50 - 59
สถานภาพสมรส	8 (42.1),อยู่ด้วยกันแต่ไม่แต่งงาน	5 (26.3), 6 (31.6) แต่งงาน
ระดับการศึกษา	16 (84.2),ประถมศึกษา	5 (26.3) มัธยมศึกษาตอนปลาย, 7 (36.8) ประถมศึกษา

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 100 และ กลุ่มผู้ดูแลส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.2 อายุกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงใหญ่มีอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 31.6 และกลุ่มผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุ 50 - 59 ปี ร้อยละ 26.30

การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงของผู้ให้บริการสุขภาพคะแนนเฉลี่ยของคะแนนรายข้อหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการทุกข้อและคะแนนในภาพรวมอยู่ในระดับ ดีมาก และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงของผู้ให้บริการภาพรวมก่อนและหลังดำเนินการ พบค่าเฉลี่ยคะแนนหลังดำเนินการมีค่ามากกว่าก่อนดำเนินการ (Mean = 4.8 และ Mean = 2.83)

ตารางที่ 3 ระดับความสามารถโดยรวม (GAF)

การประเมินผล	ระดับ(ร้อยละ)		
	แย่ลง	คงที่	ดีขึ้น
ความสามารถโดยรวม (GAF)	0	7(36.84)	12(63.16)

จากตารางที่ 3 ระดับความสามารถโดยรวม (GAF) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินการเป็นรายบุคคลโดยภาพรวม คะแนนหลังดำเนินการตามแนวปฏิบัติของทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง พบว่า ผู้ป่วยมีระดับความสามารถโดยรวม (GAF) ดีขึ้นมากที่สุด ร้อยละ 63.16

ตารางที่ 4 ระดับคุณภาพชีวิต (QOL)

การประเมินผล	ระดับ(ร้อยละ)		
	แย่ลง	คงที่	ดีขึ้น
คุณภาพชีวิต (QOL)	0	8(42.11)	11(57.89)

จากตารางที่ 4 ระดับของการปฏิบัติทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง พบว่า เพิ่มขึ้นโดยอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 100 ส่วนความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวพบว่าเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 63.16

ตารางที่ 5 ระดับติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน 10 ด้าน

การประเมินผล	ระดับ(ร้อยละ)		
	แย่ลง	คงที่	ดีขึ้น
ระดับติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน 10 ด้าน	0	19(100)	0

ระดับการติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน 10 ด้าน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินการเป็นรายบุคคลโดยภาพรวม คะแนนหลังดำเนินการตามแนวปฏิบัติของทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง พบว่า ผู้ป่วยมีระดับการติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ดีขึ้นมากที่สุด อยู่ในระดับคงที่คือ ร้อยละ 100 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 6 ระดับภาระการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (N=19)

ระดับการประเมิน	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย	4	21.1	7	36.8
ระดับปานกลาง	5	26.3	12	63.2
ระดับมาก	10	52.6	0	0

ระดับภาระการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินการเป็นรายบุคคลโดยภาพรวม คะแนนระดับภาระการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พบว่า ภาระการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.2 รองลงมา ร้อยละ 36.8 ดังแสดงในตารางที่ 6

และความพึงพอใจต่อผู้ให้บริการสุขภาพในขั้นตอนและกระบวนการดูแล ภายหลังดำเนินการ มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการทุกข้อ โดยคะแนนค่าเฉลี่ยภาพรวมหลังดำเนินการอยู่ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย 4.4 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจภาพรวมก่อนและหลังดำเนินการของครอบครัว พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจหลังดำเนินการมีค่ามากกว่าคะแนนความพึงพอใจก่อนดำเนินการ (Mean = 4.4 และ Mean = 3.8) ตามลำดับ

วิจารณ์

จากผลการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง พบว่า 3 ประเด็นที่สำคัญ ดังนี้ 1) ด้านความต่อเนื่องของข้อมูล 2) ด้านความต่อเนื่องการบริหารจัดการ 3) ด้านความต่อเนื่องของการดูแลในทีมสุขภาพ ในเรื่องของการส่งต่อข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่เชื่อมโยง การไม่เห็นความสำคัญของการดูแลต่อเนื่อง การวางแผนร่วมกันระหว่างทีมผู้ให้บริการสุขภาพ การไม่ลงบันทึกข้อมูลหลังติดตาม เปลี่ยนผู้ติดตาม เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พินณรัฐ ศรีหารักษา¹⁵ และการศึกษาของ อรพรรณ สุนทวง⁷ พบว่าประเด็นคล้ายกัน ได้แก่ ขาดการจัดการต่อเนื่องในชุมชน ผู้ดูแลขาดทักษะการดูแล ไม่รู้บทบาทหน้าที่ตนเอง การขาดการติดตามต่อเนื่องในชุมชน ขาดการทำงานเป็นทีม ขาดการบันทึกข้อมูลเพื่อการสื่อสาร ดังนั้นการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน โดยการเยี่ยมบ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีค่าคะแนนอาการทางจิตหลังได้รับการจัดการรายกรณี ลดลงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -12$, $p\text{-value} < 0.05$) และความสามารถโดยรวมหลังได้รับการจัดการรายกรณีสูงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน (mean = 45.91, SD = 3.35) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 21$, $p\text{-value} < 0.05$) ผู้ป่วยไม่ก่อความรุนแรง ญาติหรือผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความพึงพอใจ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Crooks and Agarwal¹⁶ ศึกษาลักษณะของความต่อเนื่องในการให้ข้อมูลของการดูแลในแนวทางปฏิบัติทั่วไป ของคลินิกบริการทางการแพทย์ที่หลากหลาย ความพร้อมของข้อมูลสำหรับผู้ปฏิบัติงานนั้น นับเป็นพื้นฐานความต่อเนื่องในการให้ข้อมูลของการดูแล การให้ข้อมูลต่อเนื่องของการดูแลกลายเป็นสิ่งสำคัญเพราะมีโอกาสที่ผู้ใช้บริการจะไม่ได้พบผู้ให้บริการสุขภาพคนเดิม ดังนั้นอุปสรรคต่อการพัฒนาคือการที่ผู้ปฏิบัติงานไม่ได้บันทึกข้อมูลการดูแลของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการสุขภาพขาดความต่อเนื่องในการบันทึกข้อมูล

สรุป

การวิจัยครั้งนี้ มุ่งศึกษาเพื่อพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงแบบรายกรณี ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบประสานความร่วมมือ เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงานเป็นวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การนำผลไปปฏิบัติ การติดตาม ประเมินผล การปรับปรุงมาตรฐาน เพื่อให้เกิดการปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้นในวงจรถัดไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้ข้อสรุป หรือแก้ไขข้อบกพร่องได้สำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต (2566) มาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง. พิมพ์ครั้งที่ 1 พิมพ์ที่ บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด

2. Iozzino, L., Ferrari, C., Large, M., Nielssen, O., & de Girolamo, G.(2005). Prevalence and Risk Factors of Violence by Psychiatric Acute Inpatients: A Systematic Review and Meta-Analysis. PloS on, 10(6), e0128536. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128536>
3. Walsh, E., Moran, P., Scott, C., McKenzie, K., Burns, T., Creed, F., Tyrer, P., Murray, R. M., Fahy, T., & UK700 Group (2003). Prevalence of violent victimisation in severe mental illness. The British journal of psychiatry : the journal of mental science, 183, 233–238. <https://doi.org/10.1192/bjp.183.3.233>
4. Rao A, Zhang Y, Muend S, Rao R.(2010). Mechanism of antifungal activity of terpenoid phenols resembles calcium stress and inhibition of the TOR pathway. Antimicrob Agents Chemother 54(12):5062-9
5. Holloway, I. and Wheeler, S. (2010) Qualitative Research in Nursing and Health Care. 3rd Edition, Wiley-Blackwell, Chichester.
6. Deming, Edward W (2023). PDSA Cycle.[Internet].The w.edwards deming institute.[cited 2023 April 1]. Available from : <https://deming.org/explore/pdsa/>.
7. ศิริพรรณ นันชัยและจินตนา ยูนิพันธุ์. (2562). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท.วารสารแพทยนาวิ 46(3).536 – 551.
8. Arnetz, J. E., Hamblin, L., Essenmacher, L., Upfal, M. J., Ager, J., & Luborsky, M. (2015). Understanding patient-to-worker violence in hospitals: a qualitative analysis of documented incident reports. Journal of advanced nursing, 71(2), 338–348. <https://doi.org/10.1111/jan.12494>
9. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2015). Violence and Aggression: Short-Term Management in Mental Health, Health and Community Settings. British Psychological Society (UK).
10. กรมสุขภาพจิต (2566) รายงานการเข้าถึงของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง. ที่มา <https://dtc.dmh.go.th/AccessHealthServices/ReportView?reportCode=2095463c-c456-4192-ad60-2a3d34baaa8f>
11. กลุ่มการะกิจการพยาบาล.(2566).รายงานสถิติผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์.เลย
12. กลุ่มงานสารสนเทศ. (2566). รายงานสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการ โรงพยาบาลสัจคม. อุตรธานี
13. วิไลรัตน์ สะสมผลสวัสดิ์ สมจิต แดนสีแก้ว สมพร รุ่งเรืองกลกิจ.2547.การจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีสำหรับบุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทในชุมชน.ปีที่ 27 ฉบับที่ 2 วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หน้า 1-9.
14. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ.(2547).รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน.ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
15. พิณณรัฐ ศรีหารักษา.(2566).การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร : กรณีศึกษาตำบลขมิ้น อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร.วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา.8(1):436-447.

16. Crooks, V. A., & Agarwal, G. (2008). What are the roles involved in establishing and maintaining informational continuity of care within family practice? A systematic review. BMC family practice, 9, 65. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-9-65>

Received: 25 May 2024, Revised: 15 Jun.2024

Accepted: 24 Jul. 2024

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคปอดอักเสบในกลุ่มผู้สูงอายุ บ้านท่าขอนยาง

ตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

ชมมณี วรรณพัก¹ ศิริภัทร์ โคตรสีวงษ์²สุ่มทนา กลางคาร³ รุจิรา โนนสะอาด^{4*}

บทคัดย่อ

ในการศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคปอดอักเสบในกลุ่มผู้สูงอายุบ้านท่าขอนยาง ตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective study) เก็บรวบรวมด้วยแบบสอบถามจากผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จากกลุ่มตัวอย่าง 138 คน ในจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ 39 คน และไม่เคยป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ 99 คน กลุ่มตัวอย่างถูกคัดเลือกเข้าโดยการสุ่มแบบง่าย ข้อมูลจะถูกวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกนำเสนอค่า odds ratio (OR) และค่าช่วงความเชื่อมั่น 95% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยมีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.3 มีอายุระหว่าง 65 - 69 ปี ร้อยละ 48.7 และกลุ่มควบคุมพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.6 มีอายุระหว่าง 60 - 64 ปี ร้อยละ 43.4 และพบว่าปัจจัยที่เป็นปัจจัยเสี่ยงหรือโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอักเสบของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่บ้านท่าขอนยาง ตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ได้แก่ ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ($p\text{-value} < 0.05$) โดยพบว่าผู้ที่มีการสูบบุหรี่และดื่มสุรามีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคปอดอักเสบมากกว่าผู้ที่ไม่เคยป่วยด้วยโรคปอดอักเสบถึง 2.969 และ 2.462 เท่าตามลำดับ จากผลการศึกษา การรณรงค์สร้างความรู้ในเรื่องของโทษของการสูบบุหรี่และดื่มสุราต่อการเกิดโรคปอดอักเสบเป็นสิ่งที่ผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพในพื้นที่ควรให้ความสำคัญ เพื่อลดการเกิดโรคปอดอักเสบในผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ: ปัจจัยเสี่ยง, ปอดอักเสบ, ผู้สูงอายุ

¹นิสิตคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม²อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม³รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม⁴อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

*Corresponding author E-mail: Rujira.n@msu.ac.th

Original Article

Factors causing Pneumonia among The Elderly in Ban Tha Khon Yang,
Tha Khon Yang Sub-district, Kantharawichai District,
MahaSarakhm Province

Chommanee Wannafak¹ Sirapat Khodseewong²Sumattana Glangkarn³ Rujira Nonsa-ard^{4*}**Abstract**

This study aimed to investigate the factors contributing to the development of pneumonia among the elderly population in Ban Tha Khon Yang, Tha Khon Yang Sub-district, Kantharawichai District, Maha Sarakhm Province. A retrospective descriptive study was conducted through questionnaires to individuals aged more than 60 years old. The total number was 138 participants, of which 39 had previously suffered from pneumonia, while 99 had no history of the disease. The participants were selected through simple random sampling techniques. The collected data were analyzed using descriptive and inferential statistics, employing logistic regression analysis to determine the relationship between variables. The results were presented as odds ratios (OR) with 95% confidence intervals at a statistical significance level of 0.05.

The findings revealed that the majority of the pneumonia group were male (51.3%), with ages ranging from 65 to 69 years (48.7%). In contrast, the control group predominantly consisted of females (56.6%), with ages between 60 and 64 years (43.4%). The study identified smoking and alcohol consumption as significant risk factors for the development of pneumonia among the elderly in the studied area ($p\text{-value} < 0.05$). Individuals with smoking exposed and alcohol consumption were found to have a 2.969 and 2.462 folds higher risk of developing pneumonia, respectively, compared to the control. Based on the results, it is crucial for healthcare providers in the local community to focus on educating the elderly population about the risk factors associated with pneumonia, particularly smoking and alcohol consumption, to reduce the incidence of the disease among this vulnerable group.

Keywords: risk factors, pneumonia, elderly

บทนำ

โรคปอดอักเสบ (pneumonia) เป็นโรคที่มีการอักเสบของเนื้อปอดทำให้ปอดทำหน้าที่ได้ น้อยลง เกิดอาการหายใจหอบเหนื่อย พบได้บ่อยในทุกเพศและทุกวัย มีโอกาสพบได้มากขึ้นในบุคคลที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจ หรือ ผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง¹ ในปี 2562 ที่ผ่านมามีการรณรงค์การอนามัยโลกได้ให้โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) หรือโรคปอดบวมเป็นกลุ่มโรคติดเชื้อทางระบบทางเดินหายใจที่ร้ายแรงที่สุดในโลกซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 4 ของโลก มีผู้เสียชีวิต 2.6 ล้านคน² นับเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของเด็กเล็กและผู้สูงอายุ³

สำหรับในประเทศไทยโรคปอดอักเสบเป็นหนึ่งใน 5 ลำดับแรกที่พบในกลุ่มของโรคทางเดินหายใจ และยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ซึ่งพบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ⁴ จากสถิติสุขภาพคนไทย พบอัตราการตายด้วยโรคปอดอักเสบในเขตสุขภาพที่ 7 จากปี 2560-2564 เท่ากับ 53.9, 52.5, 61.38, 55.3, 55.4 ต่อแสนประชากร ตามลำดับพบว่า จังหวัดที่อัตราการตายจากโรคปอดอักเสบมากที่สุด ได้แก่ ขอนแก่น รongลงมา คือ จังหวัด มหาสารคาม โดยจังหวัดมหาสารคามมีประชากรทั้งหมด 671,253 คน และมีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 156,159 คน⁵ ในปี 2564 พบอัตราป่วยจากโรคปอดอักเสบ จำนวน 2,937 คน คิดเป็นอัตรา 309.1 ต่อแสนประชากร เมื่อจำแนกตามอายุพบว่าอันดับ 1 ได้แก่ กลุ่มอายุ 0-4 ปี คิดเป็นอัตรา 1,162.9 ต่อแสนประชากร และอันดับ 2 ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นอัตรา 856.38 ต่อแสนประชากร⁵

โรคปอดอักเสบมีสาเหตุการเกิดโรค 2 สาเหตุ ดังนี้ 1) ปอดอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อ 2) ปอดอักเสบที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ โดยส่วนใหญ่จะพบปอดอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อจากเชื้อแบคทีเรีย Streptococcus pneumonia หรือเชื้อนิวโมค็อกคัส Pneumococcus ที่พบได้ประมาณร้อยละ 8-10 ของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเฉียบพลันในระบบหายใจ โรคปอดอักเสบจำแนกได้ 2 ชนิด ตามสภาพแวดล้อมที่ทำให้เกิดโรคปอดอักเสบ ได้แก่ ปอดอักเสบในชุมชน (Community- Acquired Pneumonia - CAP) และปอดอักเสบในโรงพยาบาล (Nosocomial pneumonia หรือ Hospital-Acquired Pneumonia -HAP)⁶ เมื่อมีการติดเชื้อปอดอักเสบร่างกายจะเกิดการตอบสนองต่อการอักเสบเฉพาะที่และถ้าหากไม่ได้รับการแก้ไข การอักเสบจะลุกลามเพิ่มมากขึ้นจนทำให้ร่างกายเกิดการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย และที่สำคัญถ้าภาวะดังกล่าวไม่ได้รับการประเมินวินิจฉัยและการรักษาอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดและเสียชีวิตในที่สุด⁴

จากสถานการณ์ดังกล่าวมาจึงทำให้ผู้ศึกษามีความสนใจในเรื่องโรคปอดอักเสบในผู้สูงอายุ รวมถึงปัจจัยที่เสี่ยงเกี่ยวกับการเกิดโรคในด้านพฤติกรรมก่อนที่จะเป็นโรคปอดอักเสบ โดยทำการศึกษาย้อนกลับในกลุ่มของผู้สูงอายุ โดยหลังจากการเก็บข้อมูลได้จำแนกผู้สูงอายุออกเป็นสองกลุ่ม โดยเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคปอดอักเสบ และผู้สูงอายุที่ไม่มีประวัติป่วยเป็นโรคปอดอักเสบ ทั้งนี้จะศึกษากับผู้สูงอายุที่บ้านท่าขอนยาง ตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปอดอักเสบในผู้สูงอายุ บ้านท่าขอนยาง ตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดโดยใช้แบบสอบถาม การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 548-493/2566 เมื่อวันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ. 2566 และเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567

กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytical research) เก็บข้อมูลครั้งเดียวโดยใช้ชุมชนบ้านท่าขอนยาง ตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคามเป็นแหล่งข้อมูล ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 138 คนจากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Kelsey et. al. (1996)⁷ และสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน หลังจากนั้นแบ่งข้อมูลเป็น 2 กลุ่มตามประวัติการเกิดโรคปอดอักเสบ ได้แก่ ผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ คือ กลุ่มผู้ป่วย (Case) จำนวน 39 คน และที่ไม่เคยป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ คือ กลุ่มควบคุม (Control) จำนวน 99 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษานี้แบ่งออกเป็นสองส่วน ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ประกอบด้วย ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) คือ สถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกนำเสนอค่า odds ratio (OR) และค่าช่วงความเชื่อมั่น 95% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการวิจัย

ลักษณะประชากร

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 138 คน ซึ่งจำแนกได้ตาม เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการป่วยเป็นโรคปอดอักเสบ ปีที่ป่วยเป็นโรคปอดอักเสบ ปรากฏผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากร

ลักษณะทางประชากร	รวม (n = 139) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มผู้ป่วย (n = 39) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n = 99) จำนวน (ร้อยละ)
เพศ			
ชาย	63 (45.7)	20 (51.3)	43 (43.4)
หญิง	75 (54.3)	19 (48.7)	56 (56.6)
อายุ			
60 – 64 ปี	48 (34.8)	5 (12.8)	43 (43.4)
65 – 69 ปี	45 (32.6)	19 (48.7)	26 (26.3)
70 – 74 ปี	36 (26.1)	11 (28.2)	25 (25.3)
75 ปีขึ้นไป	9 (6.5)	4 (10.3)	5 (5.1)
(Mean = 67.2, S.D. = 4.5, Min = 60, Max. = 79)			
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร ²)			
น้อยกว่า 18.5 (ต่ำกว่าเกณฑ์)	16 (11.6)	4 (10.3)	12 (12.1)

ลักษณะทางประชากร	รวม (n = 139) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มผู้ป่วย (n = 39) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n = 99) จำนวน (ร้อยละ)
18.5 – 22.9 (ตามเกณฑ์ปกติ)	73 (52.9)	20 (51.3)	53 (53.5)
23.0 – 24.9 (น้ำหนักเกิน)	25 (18.1)	9 (23.1)	16 (16.2)
25.0 – 29.9 (โรคอ้วน)	24 (17.4)	6 (15.4)	18 (18.2)
(Min = 15.8, Max. = 29.33)			
สถานภาพสมรส			
โสด	8 (5.8)	0 (0.0)	8 (8.1)
สมรส	104 (75.4)	29 (74.4)	75 (75.8)
หม้าย	21 (1.2)	8 (20.5)	13 (13.1)
หย่าร้าง / แยกกันอยู่	5 (3.6)	2 (5.1)	3 (3.0)
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้เรียน	12 (8.7)	6 (15.4)	6 (6.1)
ประถมศึกษา	90 (65.2)	27 (69.2)	63 (63.6)
มัธยมศึกษาตอนต้น	17 (12.3)	1 (2.6)	16 (16.2)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2 (1.4)	0 (0.0)	2 (2.0)
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	3 (2.2)	0 (0.0)	3 (3.0)
ปริญญาตรี	13 (9.4)	0 (0.0)	8 (8.1)
สูงกว่าปริญญาตรี	1 (0.7)	5 (12.8)	1 (1.0)
อาชีพ			
เกษตรกร	65 (47.1)	20 (51.3)	45 (45.5)
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	33 (23.9)	7 (17.9)	26 (26.3)
รับจ้างทั่วไป / บริการ	11 (8.0)	2 (5.1)	9 (9.1)
ข้าราชการบำนาญ	13 (9.4)	5 (12.8)	8 (8.1)
ว่างงาน / ไม่มีงานทำ	16 (11.6)	5 (12.8)	11 (11.1)
ประวัติการป่วยเป็นโรคปอดอักเสบ			
เคย	39 (28.3)	39 (100.0)	0 (0.0)
ไม่เคย	99 (71.7)	0 (0.0)	99 (100.0)
ปี พ.ศ. ที่ป่วยเป็นโรคปอดอักเสบ			
ปี 2560	2 (5.1)	2 (5.1)	0 (0.0)
ปี 2562	8 (20.5)	8 (20.5)	0 (0.0)
ปี 2563	7 (17.9)	7 (17.9)	0 (0.0)
ปี 2564	1 (2.6)	1 (2.6)	0 (0.0)

ลักษณะทางประชากร	รวม (n = 139) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มผู้ป่วย (n = 39) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n = 99) จำนวน (ร้อยละ)
ปี 2565	14 (35.9)	14 (35.9)	0 (0.0)
ปี 2566	7 (17.9)	7 (17.9)	0 (0.0)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอักเสบ

จากการศึกษาพบว่าผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงกับการเกิดโรคปอดอักเสบ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคปอดอักเสบเป็น 2.969 เท่า ของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (OR = 2.969, 95%CI = 1.363 - 6.464, p-value = 0.010) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่ดื่มสุรามีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคปอดอักเสบเป็น 2.462 เท่า ของผู้ที่ไม่ดื่มสุรา (OR = 2.462, 95%CI = 1.150 - 5.267, p-value = 0.031) แม้ว่าจะไม่พบความสัมพันธ์ในทางสถิติแต่จากการศึกษาสามารถบอกได้ว่าประวัติการป่วยด้วยโรคหอบหืดและใช้หวัดใหญ่ มีโอกาสเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคมามากกว่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยมีประวัติการป่วยด้วยโรคดังกล่าว (ตารางที่ 2)

ตาราง 2 ปัจจัยเสี่ยงกับการเกิดโรคปอดอักเสบของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ

ปัจจัยเสี่ยง	การป่วยเป็นโรคปอดอักเสบ		OR (95%CI)	p-value
	กลุ่มผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
การสูบบุหรี่				
สูบ	19 (48.72)	75 (75.76)	2.969 (1.363 – 6.464)	0.010
ไม่สูบ	20 (51.28)	24 (24.24)	1	
การดื่มสุรา				
ดื่ม	24 (61.54)	39 (39.39)	2.462 (1.150 – 5.267)	0.031
ไม่ดื่ม	15 (38.46)	60 (60.61)	1	
การป่วยเป็นโรคหอบหืด				
ป่วย	9 (23.08)	10 (10.10)	2.670 (0.991 – 7.193)	0.087
ไม่ป่วย	30 (76.92)	89 (89.90)	1	
การป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่				
เคยป่วย	8 (20.51)	8 (8.08)	2.935 (1.016 – 8.484)	0.080
ไม่เคยป่วย	31 (79.49)	91 (91.91)	1	

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาในชุมชนบ้านท่าขนอยาง ตำบลท่าขนอยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคามครั้งนี้ พบว่าในกลุ่มผู้ที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบมีร้อยละของเพศชายและมีอายุที่มากกว่ามากกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

แตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้าที่ศึกษาการป่วยด้วยโรคปอดอักเสบรุนแรงในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่โรงพยาบาลมหาสารคาม ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากหลายปัจจัยที่ส่งผล ดังจากรายงานพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลในช่วงที่ทำการศึกษากลายเป็นเหตุหนึ่งมากกว่า ความแข็งแรงของร่างกาย และโดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีโรคประจำตัวของผู้ป่วย⁸

นอกจากนี้การศึกษายังพบว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างมากต่อการเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอักเสบ สอดคล้องกับการศึกษาของ อุ่นเรือน กลิ่นขจรและสุพรรณาวรรณ (2563) ที่ได้อธิบายในคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบว่า การสูบบุหรี่ หรือการสัมผัสควันบุหรี่ทำให้เกิดการระคายเคืองและทำลายเยื่อทางเดินหายใจ ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาของร่างกาย ทำให้ทางเดินหายใจหดเกร็ง โดยกลไกการต้านทานของการเกิดโรคระบบทางเดินหายใจจะลดประสิทธิภาพลง ซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจได้ง่าย และเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคทั้งมะเร็ง หลอดปอดอักเสบ โรคหัวใจและหลอดเลือดอีกด้วย¹ เช่นเดียวกันกับพฤติกรรมการดื่มสุรา ที่เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอักเสบสอดคล้องกับ รัศมน กัลยาศิริ (2563) ที่อธิบายว่าการดื่มเหล้าและสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงในโรคติดเชื้อ ทำลายปอด ระบบทางเดินหายใจว่า ผู้ที่มีดื่มสุราหรือมีภาวะติดสุรา มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคปอดอักเสบและโรคระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ได้มากกว่าคนที่ไม่ดื่ม⁹

นอกจากพฤติกรรมดังที่ได้กล่าวมาข้างต้นแล้วนั้น แม้จะไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติแต่ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงประวัติการเกิดโรคในระบบทางเดินหายใจเช่นโรคหอบหืดและโรคไข้หวัดใหญ่ก็เป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคปอดอักเสบดังการศึกษาก่อนหน้าที่ศึกษาความเชื่อมโยงของการเกิดโรคปอดอักเสบและโรคหอบหืดได้อธิบายไว้ว่า โรคหอบหืดอาจไม่ได้ทำให้เกิดโรคปอดอักเสบโดยตรงแต่ผู้ที่ป็นโรคหอบหืดอาจมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคปอดอักเสบ เนื่องจากปอด และเนื้อเยื่อในปอดอ่อนแอ ถูกทำลาย หรือได้รับความเสียหาย นอกจากนี้ผู้ที่ป็นโรคหอบหืดอาจมีอาการและโรคแทรกซ้อนเมื่อเป็นหวัด โดยศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC) ระบุว่าผู้ใหญ่ และเด็กที่เป็นโรคหอบหืด และเป็นหวัดร่วมด้วย มีโอกาสที่จะป่วยเป็นโรคปอดอักเสบได้มากกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคหอบหืด (พลอย วงษ์วิไล (2564)¹⁰ เช่นเดียวกันกับการศึกษาของศิริชัย แสงงามมงคล (2566) ที่ได้อธิบายเรื่องผู้สูงอายุเสี่ยงปอดอักเสบจากไข้หวัดใหญ่ว่า ผู้ที่ป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ จะมีความเสี่ยงสูงเพิ่มขึ้นที่จะเกิดพบอาการแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบ และในผู้สูงอายุที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคแทรกซ้อนจากปอดอักเสบสูงมาก เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด หรือระบบทางเดินหายใจล้มเหลว¹¹

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังมีข้อจำกัดคืออคติที่เกิดจากนิกย้อนกลับไปในอดีต (recall bias) ทำให้ผลที่ได้ยังมีความน่าเชื่อถือที่น้อย ดังนั้นการศึกษาลัดไปจึงควรศึกษาไปข้างหน้า (longitudinal study) เพื่อยืนยันสิ่งที่ค้นพบจากการศึกษานี้ แต่อย่างไรก็ตามในแง่ของการนำไปใช้งานในระดับพื้นที่ การศึกษานี้ยังมีความสำคัญอย่างมากต่อการออกแบบโครงการหรือสื่อรณรงค์เพื่อควบคุมและป้องกันโรคด้วยปัจจัยที่จำเพาะกับคนในชุมชนนั้นๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. อุ่นเรือน กลิ่นขจร และ สุพรรณษา วรมาลี. (2563). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบ.
2. World Health Organization. (2020). Pneumonia. สืบค้นจาก <https://shorturl.asia/liNYZ>
3. โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์. (12 พฤศจิกายน 2565). 12 พฤศจิกายน "วันปอดอักเสบโลก" โรคภัยที่คร่าชีวิตเด็กมากกว่า 2 ล้านทั่วโลก. สืบค้นจาก <https://shorturl.asia/xUQtI>
4. ชายชาติ สุทธิแดนและคณะ. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายในผู้สูงอายุที่ติดเชื้อปอดอักเสบที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา.
5. สถิติสุขภาพคนไทยThaiHealthStat. (2565). เข้าถึงได้จาก <https://shorturl.asia/ru9aT>
6. กรมควบคุมโรค. (2562). โรคปอดบวม, ปอดอักเสบ (Pneumonia). สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=21
7. Kelsey J.L., Whittemore A.S., Evans A.S., Thompson W.D. (1996). Methods in Observational Epidemiology. Oxford University Press.
8. สายวรุณ จันทคาม และคณะ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปอดอักเสบรุนแรงในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. โรงพยาบาลมหาสารคาม. 19(3): 182.
9. รัชมน กัลยาศิริ. (21 ธันวาคม 2563). เหล้า-สูบบุหรี่ เพิ่มความเสี่ยงในโรคติดเชื้อ ทำลายปอด ระบบทางเดินหายใจ. สืบค้นจาก <https://shorturl.asia/XJNbO>
10. พลอย วงษ์วิไล. (9 มกราคม 2564). โรคปอดอักเสบ และ โรคหอบหืด มีความเชื่อมโยงกันอย่างไร. สืบค้นจาก <https://shorturl.asia/IA1xJ>
11. ศิริชัย แสงงามมงคล. (2566). ผู้สูงอายุเสี่ยงปอดอักเสบจากไข้หวัดใหญ่. สืบค้นจาก <https://shorturl.asia/1V05A>

Received: 30 Aug.2024, Revised: 25 Sep.2024

Accepted: 30 Sep.2024

บทความวิจัย

รูปแบบการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุข
ต้นแบบด้านสุขภาพจังหวัดพะเยากฤษฎคุณ คำมาปัน¹ ชุตติกาญจน์ สมสิงห์ใจ²

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขต้นแบบด้านสุขภาพจังหวัดพะเยา ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้
ระยะที่ 1 ทำการศึกษาเชิงสำรวจ โดยใช้แบบสอบถามระดับทักษะการสื่อสารและศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อร่างรูปแบบฯ และนำไปพัฒนาระยะที่ 2 สัมภาษณ์กับกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานสุขภาพภาคประชาชน จำนวน 2 ครั้ง
ตรวจสอบคุณภาพด้านข้อมูลและปรับปรุงรูปแบบฯ นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองในระยะเวลาที่ 3 ตามแผนการทดลองแบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง ระยะเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม จำนวน 42 คนต่อกลุ่ม คัดเลือกจากการศึกษาระดับทักษะการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดพะเยาที่มีระดับปานกลาง ระยะที่ 1 มาเป็นกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมเข้าร่วมการศึกษาค้างนี้ โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลด้วยสถิติ Paired t-test และ Independent t-test ระยะที่ 4 ประเมินและปรับปรุงรูปแบบโดยการสัมภาษณ์กลุ่มผู้บริหาร จำนวน 14 คน

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบ Academy Health Model ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย A:Active learning C:Communication skill 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่ ขั้นให้ความสนใจ ขั้นจำ ขั้นปฏิบัติ และขั้นจูงใจ A:Associate ภาคีเครือข่าย สสจ. สสอ. รพ.สต. และ อปท., D:Development พัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร E:Education เวที Academy แห่งการเรียนรู้ M:Monitoring การกำกับติดตามและจัดกิจกรรม โดยครูพี่เลี้ยง รพ.สต. คณะกรรมการและตัวแบบ Y:Phayao การพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขพื้นที่จังหวัดพะเยา และ Health Model คือ ตัวแบบอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดพะเยา ผลการทดลองใช้ พบว่า ความรู้และพฤติกรรมที่แสดงออกด้านทักษะการสื่อสาร มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถกำหนดระยะเวลาสามารถยืดหยุ่นได้ตามสถานการณ์และบริบทพื้นที่ ในส่วนของแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ กระบวนการในการเรียนรู้จำเป็นต้องดำเนินการตามขั้นตอน 4 ขั้น ควรเพิ่มระยะเวลาในขั้นจำและขั้นปฏิบัติ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขเกิดทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ รูปแบบ ทักษะด้านการสื่อสาร อาสาสมัครสาธารณสุขต้นแบบด้านสุขภาพ

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา,

² นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ รพ.สต.ป่าแฝก

* Corresponding author E-mail: surawich2509@gmail.com

Original Article

Development of Communication skills Model for Community Health Volunteers Health Model of Phayao Province.

Mr.Grichakhun Khammapun ¹, Miss Chutikan Somsingjai²

Abstract

This research used a research and development (R&D) design, for developing communication skills of public health volunteers, a health model in Phayao Province. using quantitative and qualitative researches consisting of 4 phases. Phase 1 Development of Communication skills Model for Community Health Volunteers Health Model in Phayao Province. Study related documents to draft a model for use in developing the model. Phase 2 conducting semi-structured interviews with groups of people involved in public health operations, divided into 2 times with the triangulation and improve the model. Phase 3 uses the developed model according to the two-group experimental plan, measuring twice before and after the experiment, for a period of 8 weeks. Total number of public health volunteers in the experimental and control groups 84 people by Simple Random Sampling. Data were analyzed with statistics (Paired t-test) and compared with statistics (Independent t-test). Phase 4 evaluated and improved the model by focus group of 14 Public Health executives.

The results of the study found that the Academy Health Model developed consisted of A:Active learning, C:Communication skill consists of 4 main activities: Attention Phase, Retention Phase, Reproduction Phase, Motivation Phase, A:Associate, D:Development, E:Education, M:Monitoring, Y:Phayao Development of Communication skills Model for Community Health Volunteers of Phayao Province. Results of the experiment using the model found that Knowledge and behavior in communication skills were higher than those in the control group were significantly different at the 0.001 level.

The researcher has a policy suggestion that relevant agencies can set a time period that can be flexible according to the situation and context of that area. As for the learning activity plan the learning process requires the implementation of four steps to duration of the Retention Phase and Reproduction Phase should be increased develop effective communication skills.

Keywords Model, Communication skills, Community Health Volunteers Health Model

¹ Public Health Technical Officer, Senior Professional Level. Phayao Provincial Public Health Office.,

² Public Health Technical Officer, Practitioner Level. Pafaek Sub-District Health Promoting Hospital.

* Corresponding author E-mail: surawich2509@gmail.com

บทนำ

ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายทิศทางการยุทธศาสตร์และวางแผนระยะยาวด้านสาธารณสุข โดยกำหนดยุทธศาสตร์หลักไว้ 4 ด้าน ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) เป็นด้านหนึ่งของแผนยุทธศาสตร์ที่ต้องมีการพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชนและภาคประชาสังคมด้านสุขภาพภายใต้แผนงานโครงการพัฒนาทักษะ hard skill และ soft skill ทักษะที่สามารถนำไปเพิ่มพูนประสบการณ์ที่ช่วยในการทำงานให้ประสิทธิภาพยิ่งขึ้นได้ทุกสายอาชีพ อาทิ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการพูดในที่สาธารณะและมีนโยบายให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง¹ และสนับสนุนให้มีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ ช่วยส่งเสริมให้ชุมชนตระหนักในความจำเป็นที่จะต้องแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชนเอง อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญของระบบสุขภาพไทยที่มีหน้าหน้าที่แก้ขว้าย กระจายข่าวดี ขี้บริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ให้ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี ให้คำแนะนำส่งเสริมสุขภาพทั้งกายและจิต การติดตามดูแลผู้ป่วย เป็นแกนนำหลักที่ใกล้ชิดประชาชนเป็นด่านแรก (Front-line Service) ตั้งแต่ตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพ โดยคัดเลือกจากชาวบ้านในพื้นที่ที่ได้รับการฝึกอบรมตามหลักสูตรมาตรฐานมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข อีกทั้งได้มีการประกวดคัดเลือกผลงานอาสาสมัครประจำหมู่บ้านขึ้น เพื่อเป็นการเชิดชูเกียรติอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่ทุ่มเท เสียสละร่างกาย แรงใจในการทำหน้าที่ช่วยเหลือดูแลสุขภาพของประชาชนที่รับผิดชอบมาตลอดปี ตามคู่มือหลักเกณฑ์มาตรฐานการดำเนินการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น ดีเยี่ยม และดีเยี่ยมอย่างยิ่ง ซึ่งจะได้รับการมอบเข็มเชิดชูเกียรติ ยกย่องเชิดชูเกียรติ เพื่อเป็นความก้าวหน้าและการได้รับการยอมรับ เป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข จะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพประชาชนให้เพิ่มมากยิ่งขึ้น² มีการดำเนินการมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2530 ต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน สิ่งเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข การที่บุคคลมีความต้องการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง (Self-Actualization) ความต้องการที่จะประสบความสำเร็จหรือสมหวังในชีวิตอยากทำอะไรเป็นในสิ่งที่ตนเองหวังไว้ ฝันไว้ได้ทำอะไรตามที่ตนเองต้องการจะทำและมีความสุขกับสิ่งที่ตนเองต้องการทำและหวังที่จะทำความต้องการ ถือว่าเป็นความต้องการขั้นสูงสุดของมนุษย์จะเกิดขึ้นได้ ก็ต่อเมื่อความต้องการขั้นต่ำได้รับการตอบสนองเป็นที่พอใจแล้ว³

จังหวัดพะเยา มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 15,020 คน ครอบคลุมพื้นที่ 9 อำเภอ 68 ตำบล 804 หมู่บ้าน 14 ชุมชน และ 192,755 หลังคาเรือน อาสาสมัครสาธารณสุข 1 คน จะดูแลประชากร จำนวน 13 หลังคาเรือน อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีประสบการณ์เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขปฏิบัติงานมากกว่า 7 ปี โดยกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา มีหน้าที่ดูแลด้านการพัฒนากำลังคนและเครือข่ายด้านสุขภาพภาคประชาชน ด้านการพัฒนาการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน ตามแผนงานโครงการยุทธศาสตร์ชาติหรือตามนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็น การอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขรายใหม่ และการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร โดยการอบรมฟื้นฟูความรู้ในการปฏิบัติงานเฉพาะเรื่อง ตามหลักสูตรพื้นฐานของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และด้านการคัดเลือกผลงานเด่นของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เป็นพี่เลี้ยง จากผลการดำเนินการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่นของจังหวัดพะเยาที่ผ่านมา อาสาสมัครสาธารณสุขที่ส่งผลงานเข้ารับการคัดเลือกน้อยมาก ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือพี่เลี้ยงจะชี้ตัวเพื่อให้ส่งผลงานประกวด อาสาสมัครสาธารณสุขบางคนปฏิบัติหน้าที่ในชุมชนที่โดดเด่นจำนวนมาก แต่ไม่กล้าส่งผลงาน เนื่องจากมีปัญหาการขาดทักษะด้านการพูดนำเสนองานไม่เป็น จึงขาดความมั่นใจ ซึ่งจะการประเมินทั้งผลงานและการพูดนำเสนอต่อคณะกรรมการ ปัจจุบันมีอาสาสมัครประจำหมู่บ้านอีกจำนวนมาก ในพื้นที่ที่ต้องการจะประสบ

ความสำเร็จ เพราะเป็นความภาคภูมิใจของตนเอง ครอบครัว และชุมชน แต่เดิม ปี พ.ศ. 2562-2564 ที่ผ่านมา จังหวัดพะเยามีการดำเนินงานอบรมพัฒนาศักยภาพด้าน องค์ความรู้ ทักษะการพูด การส่งเสริมบุคลิกภาพ การนำเสนอข้อมูลผลงานในเวทีประกวดต่างๆ ของอาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่นที่ผ่านการคัดเลือกแล้ว เพื่อเป็นตัวแทนประกวดระดับเขตและระดับภาค ผ่านการบรรยายอบรมที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยาเป็นผู้ดำเนินการ รูปแบบการจัดกิจกรรมที่ยังไม่ชัดเจนและยังไม่เป็นระบบ อีกทั้งยังไม่มีการศึกษาวัดผลและประเมินผลเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขต้นแบบจังหวัดพะเยา⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับทักษะการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า องค์ประกอบ 5 ด้าน ประกอบด้วยด้านทักษะการคิดและการแสวงหาความรู้ ด้านทักษะการโน้มน้าวใจและการตัดสินใจ ด้านทักษะการพูด ด้านทักษะการแก้ไขปัญหา และด้านทักษะการนำเสนอ ส่งผลต่อการปฏิบัติงานด้านการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล การมีความรู้ในงานสาธารณสุขและความรู้พื้นฐานในการปฏิบัติงานเพียงอย่างเดียว ไม่ส่งผลต่อความสำเร็จด้านการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข⁵ ซึ่งความรู้ทางกระบวนการสื่อสารการรู้จักตนเอง แรงจูงใจ มีความสัมพันธ์กับทักษะการสื่อสารเป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีทักษะการสื่อสารที่ดีขึ้น⁶ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้ทางกระบวนการสื่อสารควบคู่ประกอบกัน ในการปฏิบัติงานในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัด จึงจะประสบผลสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และจะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุข มีพฤติกรรมการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพสูงขึ้น สอดคล้องกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ ด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ส่วนมากมีอายุมากและสำเร็จการศึกษาในระดับที่ไม่สูงมากนัก จึงได้การเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational Learning) ที่เกิดจากการที่บุคคลสังเกตการกระทำของผู้อื่นแล้วพยายามเลียนแบบพฤติกรรมนั้น โดยการใช้ตัวแบบจากอาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่นระดับจังหวัด ระดับเขต หรือระดับภาค ที่มีประสบความสำเร็จแล้วจะทำให้เกิดพฤติกรรมการเลียนแบบที่สมบูรณ์ จะได้ด้วยการจัดวางรูปแบบองค์ประกอบของการเรียนรู้จากตัวแบบได้อย่างเหมาะสม โดยการกระตุ้นให้ผู้เรียนสนใจตัวแบบอย่างแท้จริงจนสามารถจดจำ และสร้างสัญลักษณ์แทนพฤติกรรมของตัวแบบได้ที่ใช้ตัวแบบจากตัวแบบที่ประสบความสำเร็จจากการกระทำในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ย่อมมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของผู้สังเกตในเรื่องนั้นๆ⁷

จากที่ผู้วิจัย ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดพะเยา จึงได้เล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขต้นแบบด้านสุขภาพจังหวัดพะเยา มีความสนใจที่จะนำรูปแบบเดิมที่มีอยู่มาเป็นแนวทางการพัฒนาทักษะการสื่อสาร โดยประยุกต์ใช้การเรียนรู้โดยการสังเกตและตัวแบบที่ประสบความสำเร็จมาศึกษาเพื่อนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขให้เกิดความรู้ ความสามารถและศักยภาพด้านทักษะการสื่อสาร ตลอดจนนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนและพัฒนากระบวนการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดพะเยา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขต้นแบบด้านสุขภาพจังหวัดพะเยา
2. เพื่อทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขต้นแบบด้านสุขภาพจังหวัดพะเยา
3. เพื่อประเมินรูปแบบการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขต้นแบบด้านสุขภาพจังหวัดพะเยา

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินการในลักษณะของการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 (Research: R1) เพื่อศึกษาระดับทักษะการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยทำการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research)

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดพะเยา จำนวน 15,020คน⁸
2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดพะเยา จำนวน 375 คน คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครจจ์และมอร์แกน⁹ โดยการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรและกำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.05 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% และทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยแบ่งออกเป็น 9 กลุ่ม ตามจำนวนอำเภอที่มีในจังหวัดพะเยา เพื่อให้เกิดการกระจายทุก ๆ หน่วยตัวอย่าง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามทักษะด้านการสื่อสาร โดยประยุกต์ใช้ของประจักษ์ กีก้องประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) ทักษะการคิดและการแสวงหาความรู้ 2) ทักษะการโน้มน้าวใจและการตัดสินใจ 3) ทักษะการพูด 4) ทักษะการแก้ไขปัญหา และ 5) ทักษะการนำเสนอ สร้างเป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามวิธีการของลิเคิร์ท (Likert's Scale)¹⁰ มี 5 ระดับ เกณฑ์การแปลผลจะแบ่งระดับทักษะสื่อสาร ออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์คะแนนตามกลุ่มของเบสท์¹¹ เกณฑ์การพัฒนาทักษะสื่อสารในการวิจัยครั้งนี้ คือ ทักษะด้านการสื่อสารอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง และมีค่าความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 1 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

ขั้นตอนที่ 2 การร่างรูปแบบฯ ศึกษาเอกสารแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับทักษะการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุข ปรึกษาผู้มีประสบการณ์การทำงานด้านทักษะการสื่อสาร ประกอบด้วย คณะกรรมการคัดเลือก อสม.ดีเด่นระดับจังหวัด จำนวน 3 คน และนำข้อมูลการศึกษาระดับทักษะการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดพะเยาที่มีระดับต่ำถึงปานกลางไปพัฒนารูปแบบในระยะที่ 2

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ (Development: D1) เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขต้นแบบด้านสุขภาพจังหวัดพะเยา ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนารูปแบบโดยการนำร่างรูปแบบที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1

1. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) มีลักษณะเป็น "Information-rich case"

กลุ่มที่ 1 จำนวนทั้งหมด 15 คน ประกอบด้วย คณะกรรมการการคัดเลือกอาสาสมัครดีเด่นระดับจังหวัด จำนวน 5 คน และพี่เลี้ยงจาก รพ.สต. จำนวน 10 คน

กลุ่มที่ 2 จำนวนทั้งหมด 15 คน ประกอบด้วย ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดพะเยา จำนวน 1 คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข ทั้ง 9 อำเภอ จำนวน 9 คน

2. วิธดำเนินการวิจัย

ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus group) ใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง แบ่งการศึกษาเป็น 2 ครั้ง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 2 ข้อ ดังนี้ 1) การพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารของอาสาสมัคร

สาธารณสุขต้นแบบด้านสุขภาพจังหวัดพะเยาควรเป็นอย่างไร และ 2) การพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขต้นแบบด้านสุขภาพจังหวัดพะเยา ในกิจกรรมการเรียนรู้ 4 ชั้น ดังนี้ 1) ชั้นให้ความสนใจ 2) ชั้นจำ 3) ชั้นปฏิบัติ และ 4) ชั้นจูงใจ ควรมีอะไรบ้างและเป็นอย่างไร ดำเนินการอย่างไรบ้าง ผู้ดำเนินการและระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมควรเป็นอย่างไร

3. การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลสามเส้าด้านข้อมูล (Data source triangulation) เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลและความสอดคล้องของข้อมูล

4. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ที่แก่นสาระ Thematic analysis โดยเริ่มต้นจากการกำหนด Codes และตั้งชื่อ Themes ของหัวข้อเรื่องวิจัยที่ศึกษาวิเคราะห์ด้วยผู้วิจัย เป็นผู้กำหนดทิศทางโดยสอดคล้องกับวรรณกรรมที่ศึกษา จนสามารถหาแก่นสาระ (Theme) ของรูปแบบโดยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาทั้งหมดมารวบรวมพิจารณาสิ่งที่เหมือนและแตกต่างกันของข้อมูล¹²และจัดระบบข้อมูลและลดทอนข้อมูลที่ไม่จำเป็นออก (Data reduction) จากนั้นผู้วิจัยจะทำการตีความ (Interpret) โดยพยายามตีความหมายออกมาจากข้อมูลที่มีอยู่และหาความเชื่อมโยงของข้อมูลที่ปรากฏ

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาความเป็นประโยชน์ ความเหมาะสม ความเป็นไปได้และความถูกต้องของรูปแบบฯ โดยใช้แบบสอบถามประเมินความเหมาะสมของรูปแบบฯ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตามแนวคิดของ Likert แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ประกอบด้วย รูปแบบการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขต้นแบบด้านสุขภาพจังหวัดพะเยา จำนวน 11 ข้อ ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus group) ใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง กับผู้บริหารสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา จำนวน 5 คน และสาธารณสุขอำเภอทั้ง 9 อำเภอ จำนวน 9 คน รวมเป็น 14 คน เป็นผู้ให้ข้อคิดเห็นและเสนอแนะในการปรับปรุงรูปแบบ เพื่อประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบ (Research: R2) นำรูปแบบที่ได้ไปทดลองใช้ตามแผนการทดลองแบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (Pre Test-Post Test Static Group Comparison Design)

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา จำนวน 3,311 คน⁸

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวนทั้งหมด 84 คน แบ่งเป็นกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม จำนวน 42 คนต่อกลุ่มกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อทดสอบสมมติฐานด้วยโปรแกรม G*Power Version 3.1.9 และใช้สถิติ Independent t-test ในการคำนวณใช้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.8 สำหรับการทดลองด้วยวิธีแบบ 2 กลุ่ม (Large effect size)¹³ ซึ่งคำนวณโดยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากการทบทวนวรรณกรรม ระดับความคลาดเคลื่อน (α) ที่ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power analysis) ที่ 0.95 การคัดเลือกกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม จากการศึกษาระดับทักษะการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดพะเยาที่มีระดับปานกลาง มาเป็นกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน เพื่อให้ทุกตำบลในอำเภอเมืองพะเยา มีโอกาสที่จะถูกเลือกเท่า ๆ กัน จากทั้งหมด 15 ตำบล โดยจับสลากจำนวน 2 ตำบล ได้กลุ่มศึกษา คือ ตำบลแม่ปืม และกลุ่มควบคุม คือ ตำบลบ้านต๋อน โดยมีเกณฑ์คัดเข้าเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ตำบลแม่ปืมและตำบลบ้านต๋อน อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา จากฐานข้อมูล thaiphc ที่ขึ้นทะเบียนอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับคำป่วยการ ยินยอมและสมัครใจในการเข้าร่วมตลอดโครงการวิจัย จากนั้นทำการสุ่มแบบง่ายด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน ตำบลละ 42 คน รวมทั้งหมด 84 คน เมื่อตรวจสอบคุณสมบัติหากไม่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเข้าจะมีการคัดออกและทำการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนใหม่ ตรวจสอบอีกครั้งจนได้กลุ่มตัวอย่างครบ กลุ่มละ 42 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ

3.1 รูปแบบการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขต้นแบบด้านสุขภาพจังหวัดพะเยา ที่พัฒนาขึ้น ครั้งละ 3 ชั่วโมง เพื่อให้บรรยากาศมีความผ่อนคลาย มีเวลาให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้พัก ไม่ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้ามากเกินไป โดยมีแผนการทำกิจกรรมตามทฤษฎีปัญญาสังคมเน้นหลักการเรียนรู้ โดยการสังเกตของแบนดูรา ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1

การเปิดตัวโครงการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำโครงการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลก่อนการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขต้นแบบด้านสุขภาพจังหวัดพะเยา โดยทดสอบความรู้และประเมินทดสอบความรู้ทักษะการสื่อสารและประเมินพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการสื่อสารก่อนการทดลอง และดำเนินกิจกรรม ขั้นให้ความสนใจ (Attention Phase) ได้แก่ กิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ สันทนาการ ร้องเพลงมาร์ช อสม. กระตุ้นเสริมพลังใจ กิจกรรมการรู้จักตนเองเกี่ยวกับบทบาท อสม.ในชุมชน การสร้างแรงจูงใจโดยการยกย่องชมเชย และกิจกรรมนำเสนอตัวแบบที่ประสบความสำเร็จ คือ อสม.ดีเด่นระดับจังหวัด ระดับเขต หรือระดับภาค

สัปดาห์ที่ 2

ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้ คือ ขั้นจำ (Retention Phase) ได้แก่ บรรยายและสาธิตการปฏิบัติ ได้แก่ กิจกรรมการให้ความรู้ ประกอบด้วย ความรู้ทางการสื่อสาร ความรู้การออกแบบเนื้อหาสาร และความรู้พื้นฐานในการปฏิบัติงานและการใช้สื่อแนะนำ และกิจกรรมสาธิตการปฏิบัติ เทคนิคด้านการพูดและด้านการนำเสนอ การเลือกใช้สื่อเพื่อนำเสนอโดยตัวแบบ

สัปดาห์ที่ 3-6

ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้ คือ ขั้นปฏิบัติ (Reproduction Phase) ดังนี้

1) ฝึกปฏิบัติทักษะการพูดและการนำเสนอรายบุคคล ได้แก่ กิจกรรมค้นหาจุดเด่นตนเอง โดยใช้กระดาษ A4 และให้วาดรูปหน้าตัวเองอยู่ตรงกลาง ชีกซ้ายเขียนข้อดีลักษณะภายนอก (สังเกตได้) เช่น สวย หล่อ ยิ้มง่าย ตามค เป็นต้น ชีกขวาเขียนข้อดีลักษณะภายใน (นิสัย) เช่น ใจดี มีน้ำใจ อดทน ขยัน เป็นต้น จากนั้นให้เล่าเรื่องราวฝึกสื่อสารคำพูด การใช้ท่าทาง น้ำเสียง ถ้อยคำ และกิจกรรมงานบันดาลใจ เติบโตกับงาน เบิกบานกับชีวิต ให้เล่าเรื่องราว แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงานที่ภาคภูมิใจ ฝึกสื่อสารคำพูด การใช้ท่าทาง น้ำเสียง ถ้อยคำ

2) การฝึกปฏิบัติและประยุกต์ใช้จากตัวแบบรายบุคคล ได้แก่ กิจกรรมฝึกนำเสนอผลงานที่ภาคภูมิใจของตนเอง และกิจกรรมการอภิปรายในกลุ่มใหญ่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชี้นะโดยคณะกรรมการ ครูพี่เลี้ยง

สัปดาห์ที่ 7

ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้ คือ ขั้นจูงใจ (Motivation Phase) การนำเสนอผลงานเสมือนเวทีจริง ได้แก่กิจกรรมการนำเสนอผลงานรายบุคคลเสมือนเวทีจริง และกิจกรรมการอภิปรายในกลุ่มใหญ่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชี้นะโดยคณะกรรมการ ครูพี่เลี้ยง

สัปดาห์ที่ 8

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระยะสิ้นสุดกิจกรรม โดยทดสอบความรู้และพฤติกรรมความรู้ทักษะการสื่อสาร หลังการทดลองและความพึงพอใจต่อการทดลองใช้รูปแบบฯ จากนั้นกล่าวขอบคุณและให้กำลังใจ กลุ่มศึกษาในการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารต่อไป

3.2 แบบทดสอบความรู้ด้านทักษะการสื่อสาร เป็นแบบปรนัยชนิดเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ ให้คะแนนโดยข้อที่ถูกต้องได้ 1 คะแนน ข้อที่ผิดหรือตอบเกิน 1 ข้อ ได้ 0 คะแนน มีค่าความเชื่อมั่น 0.80 มีค่าความยาก (Level of Difficult : p) ที่ 0.56 และมีค่าอำนาจจำแนก (Discrimination Power : r) ที่ 0.87

3.3 แบบสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการสื่อสาร โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแบบ Scoring Rubric¹⁴ แบบแยกเป็นประเด็น โดยมีรายการที่จะประเมิน 5 ประเด็น ได้แก่ ความถูกต้องของเนื้อหา คำศัพท์สำนวนและโครงสร้างภาษา ความสามารถในการพูด การแสดงท่าทางและน้ำเสียงประกอบการพูด และการออกเสียง กำหนดระดับคุณภาพไว้ 4 ระดับ คะแนนเต็มของพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการสื่อสารเท่ากับ 20 คะแนน โดยเกณฑ์การประเมิน คือ มีคะแนน 14 คะแนน หรืออยู่ในระดับดีขึ้นไป

3.4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการทดลองใช้รูปแบบฯ ของกลุ่มศึกษา

4. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การหาความตรงและความเที่ยงตรงแบบสอบถาม ดังนี้

4.1 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จไปหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยให้คณะกรรมการที่ปรึกษาวิจัย และผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความถูกต้องและประเมินความสอดคล้องระหว่างคำถามวัตถุประสงค์ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.89 โดยพิจารณาแก้ไขตามที่ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะแก้ไขเพิ่มเติมและตรวจสอบอีกครั้งโดยคณะกรรมการ ที่ปรึกษาวิจัย

4.2 ทำการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (Tryout) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา เพื่อหาข้อบกพร่องของเครื่องมือทั้งด้านภาษาและการสื่อความหมาย ให้เข้าใจตรงกันแล้วนำแบบสอบถามมาปรับปรุงให้มีความเหมาะสมเมื่อนำมาใช้จริง

4.3 การนำเครื่องมือมาคำนวณหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบทดสอบมีค่าเท่ากับ 0.84

5. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.05 ดังนี้

5.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาการแจกแจงความถี่ร้อยละ หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-square เพื่อทดสอบความแตกต่างของประชากรสองกลุ่ม

5.3 เปรียบเทียบคะแนนความรู้และพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการสื่อสารหลังทดลองใช้รูปแบบฯ ระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test

5.4 เปรียบเทียบคะแนนความรู้และพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการสื่อสาร ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ ภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired t-test

ระยะที่ 4 ประเมินและปรับปรุงรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 14 คน คือ ผู้บริหารสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา จำนวน 5 คน และสาธารณสุขอำเภอทั้ง 9 อำเภอ จำนวน 9 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบประเมินคุณภาพของรูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความเป็นประโยชน์ (Utility Standards) จำนวน 4 ข้อ ด้านความเป็นไปได้ (Feasibility Standards) จำนวน

4 ข้อ ด้านความเหมาะสม (Propriety Standards) จำนวน 8 ข้อ และด้านความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy Standards) จำนวน 5 ข้อ

3. วิธิดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยนำผลการทดลองการใช้รูปแบบการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขต้นแบบด้านสุขภาพจังหวัดพะเยาในระยะที่ 3 ที่ผ่านการวิเคราะห์เรียบร้อยแล้ว มาดำเนินกิจกรรมโดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่เน้นการจัดแบบไม่เป็นทางการ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และได้ข้อมูลที่สามารถนำไปปรับปรุงพัฒนารูปแบบให้สมบูรณ์

4. การวิเคราะห์ข้อมูลแบบประเมินความเป็นประโยชน์ ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความถูกต้องครอบคลุมของรูปแบบฯ โดยใช้ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา เลขที่โครงการวิจัย 016/2566 ลงวันที่ 26 พฤษภาคม 2566

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 (Research: R1)

ตอนที่ 1 ผลการสำรวจระดับทักษะการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดพะเยา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74 และเพศชาย ร้อยละ 26.00 มีอายุระหว่าง 41–60 ปี คิดเป็น ร้อยละ 54.90 รองลงมา อายุระหว่าง 20–40 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.20 มีประสบการณ์การทำงาน อสม. มากกว่า 7 ปี ร้อยละ 85.00 และไม่เคยมีประสบการณ์การประกวด อสม. ดีเด่น ร้อยละ 71.00 อำเภอจุน อำเภอเชียงคำ อำเภอเชียงม่วน อำเภอดอกคำใต้ อำเภอปง อำเภอภูกามยาว อำเภอภูซาง และอำเภอแม่ใจ มีทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับสูง ส่วนอำเภอเมืองพะเยามีทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=3.50$, $S.D=0.77$) เมื่อแยกรายด้าน ด้านที่มีทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับสูง คือ ด้านการแก้ไขปัญหา ($\bar{x}=3.84$, $S.D=0.91$) ด้านการคิดและการแสวงหาความรู้ ($\bar{x}=3.77$, $S.D=0.90$) ด้านการโน้มน้าวใจและการตัดสินใจ ($\bar{x}=3.71$, $S.D=0.87$) ด้านที่มีทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับ ปานกลาง คือ ด้านการพูด ($\bar{x}=3.51$, $S.D=0.94$) และด้านการนำเสนอ ($\bar{x}=3.51$, $S.D=0.88$) ผู้วิจัยจึงได้นำทักษะด้านการพูดและการนำเสนอไปพัฒนาในในระยะที่ 2

ตอนที่ 2 ร่างรูปแบบการรูปแบบการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขต้นแบบด้านสุขภาพจังหวัดพะเยา รูปแบบประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

องค์ประกอบที่ 2 วัตถุประสงค์

องค์ประกอบที่ 3 หน่วยงานที่รับผิดชอบ

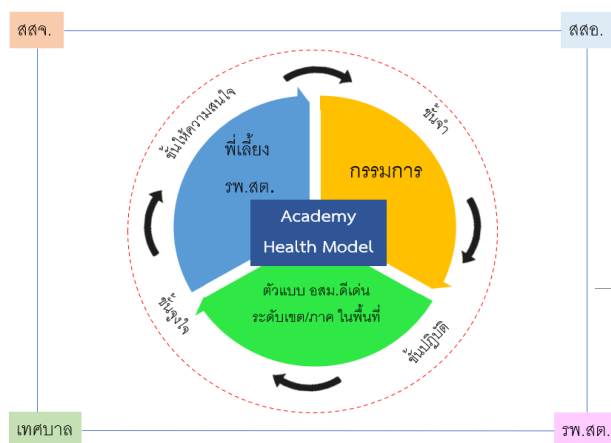
องค์ประกอบที่ 4 บทบาทของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ผู้บริหาร ผู้ใช้รูปแบบ ครูพี่เลี้ยง คณะกรรมการ ตัวแบบ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

องค์ประกอบที่ 5 กระบวนการเรียนรู้ในการฝึกทักษะด้านการสื่อสาร ประกอบด้วยขั้น การเรียนรู้ 4 ขั้น ดังนี้ ขั้นให้ความสนใจ ขั้นจำ ขั้นปฏิบัติ และขั้นจริงใจ

องค์ประกอบที่ 6 การติดตามและการประเมินผล ตามรูปแบบการจัดกิจกรรม

องค์ประกอบที่ 7 การบริหารจัดการใช้รูปแบบ

ระยะที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบ (Development: D1) ได้เป็นรูปแบบ Academy Health Model ดังภาพ



Academy Health Model รูปแบบการพัฒนาทักษะการสื่อสาร (Communication skill) ด้านการพูดและการนำเสนอของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ที่มีความสนใจและสมัครใจเข้าร่วมการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร ที่มีการขับเคลื่อน (Monitoring) โดยครูพี่เลี้ยง รพ.สต., กรรมการ มีบทบาทหน้าที่ กำกับ ติดตาม ร่วมกันจัดกิจกรรม ประสานงานการทำงานกับภาคีเครือข่าย (Associate) คือ สสจ. สสอ. รพ.สต. และอปท. มีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ และสถานที่ในการดำเนินกิจกรรมให้บรรลุเป้าหมาย ตัวแบบในที่นี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขต้นแบบด้านสุขภาพ ได้รับรางวัลดีเด่นระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับภาค ที่มีประสบการณ์การประกวดเวทีต่างๆ และสามารถถ่ายทอดความรู้ได้ ดังรายละเอียดนี้

A:Active learning คือ กิจกรรมการฝึกทักษะด้านการสื่อสาร การจัดกิจกรรมที่เน้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นสำคัญ โดยใช้กิจกรรมที่มีความหลากหลายสอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย และบริบทของผู้จัดกิจกรรมการเรียนรู้ในพื้นที่

C:Communication skill คือ ทักษะด้านการสื่อสารที่ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ดังนี้ 1) ขั้นให้ความสนใจ ประกอบด้วย กิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ กิจกรรมการรู้จักตนเอง และกิจกรรมนำเสนอตัวแบบที่ประสบความสำเร็จ 2) ขั้นจำ ประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้ทักษะด้านการสื่อสาร และกิจกรรมสาธิตการปฏิบัติ 3) ขั้นปฏิบัติ ประกอบด้วยกิจกรรมค้นหาจุดเด่นตนเอง กิจกรรมงานบันไดใจ เติบโตกับงาน เบิกบานกับชีวิต และกิจกรรมฝึกนำเสนอผลงานที่ภาคภูมิใจของตนเอง และ 4) ขั้นภูมิใจ ประกอบด้วย กิจกรรมการนำเสนอผลงานรายบุคคลเสมือนเวทีจริง และกิจกรรมการอภิปรายในกลุ่มใหญ่

A:Associate คือ ภาคีเครือข่าย สสจ. สสอ. รพ.สต. และ อปท. เข้ามามีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ และสถานที่ในการดำเนินกิจกรรมให้บรรลุเป้าหมาย

D:Development คือ ครูพี่เลี้ยง รพ.สต., กรรมการ และตัวแบบ ร่วมกันพัฒนาให้เกิดทักษะด้านการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดพะเยา

E:Education คือ เป็นเวที Academy แห่งการเรียนรู้ทักษะด้านการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุข

M:Monitoring คือ การกำกับ การติดตาม การร่วมกันจัดกิจกรรม โดยมีครูพี่เลี้ยง รพ.สต. กรรมการและตัวแบบเป็นหลัก

Y:Phayao คือ รูปแบบการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารของพื้นที่จังหวัดพะเยา ที่ใช้ในพื้นที่จังหวัดพะเยา

Health Model คือ อาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ที่ได้รับการฝึกทักษะด้านการสื่อสารจนสามารถเป็นต้นแบบด้านสุขภาพและถ่ายทอดความรู้ทักษะด้านการสื่อสารต่อไป

ระยะที่ 3 ผลการทดลองใช้รูปแบบ (Research: R2)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 41-60 ปี มีสถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงกว่า ประถมศึกษา และประกอบอาชีพเกษตรกรทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มศึกษา (N=42)		กลุ่มควบคุม (N=42)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					0.52
ชาย	16	38.10	12	28.57	
หญิง	26	61.90	30	71.43	
อายุ (ปี) ($\bar{x} \pm S.D.$)					0.61
20-40 ปี	2	4.76	3	7.14	
41-60 ปี	34	80.95	33	78.57	
มากกว่า 60 ปี	6	14.29	6	14.29	
สถานภาพ					0.86
โสด	2	4.76	3	7.14	
สมรส	40	95.24	39	92.86	
ระดับการศึกษา					0.81
ประถมศึกษา	20	47.62	14	33.33	
สูงกว่าประถมศึกษา	22	52.38	28	66.67	
อาชีพ					0.50
พ่อบ้าน / แม่บ้าน	3	7.14	3	7.14	
รับจ้างทั่วไป	15	35.71	8	19.05	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	7	16.67	13	30.95	
เกษตรกร	17	40.48	18	42.86	
ระยะเวลาการเป็น อสม. ($\bar{x} \pm S.D.$)					0.53
ต่ำกว่า 5 ปี	6	14.29	5	11.90	
5-9 ปี	27	64.29	29	69.05	
10 ปีขึ้นไป	9	21.42	8	19.05	
สถานภาพการเป็น อสม.					0.16
ประธาน	10	23.81	9	21.43	
รองประธาน	3	7.14	2	4.76	

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มศึกษา (N=42)		กลุ่มควบคุม (N=42)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สมาชิกทั่วไป	29	69.05	31	73.81	0.76
ตำแหน่งในชุมชน					
ไม่มีตำแหน่งอื่น	31	73.81	29	69.05	
มีตำแหน่งอื่น	11	26.19	13	30.95	0.20
ประสบการณ์ประกวด อสม. ดีเด่น					
เคย	8	19.05	6	14.29	
ไม่เคย	34	80.95	36	85.71	

Chi-square test, p -value < 0.05

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านทักษะการสื่อสารภายในกลุ่ม ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบ Academy Health Model เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มศึกษามีความรู้ด้านทักษะการสื่อสารสูงกว่าก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านทักษะการสื่อสารระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test หลังได้รับการทดลองใช้รูปแบบ พบว่า กลุ่มศึกษามีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านทักษะการสื่อสาร สูงกว่ากลุ่มควบคุมโดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังตารางที่ 2 และตารางที่ 3

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านทักษะการสื่อสารภายในกลุ่ม

ความรู้ด้านทักษะการสื่อสาร (10 คะแนน)	ก่อนทดลองใช้รูปแบบฯ (Mean $\pm$ S.D.)	หลังทดลองใช้รูปแบบฯ (Mean $\pm$ S.D.)	Paired t-test	p-value
กลุ่มศึกษา	4.87 $\pm$ 1.79	7.69 $\pm$ 1.30	9.24	< .001**
กลุ่มควบคุม	5.60 $\pm$ 2.45	5.31 $\pm$ 2.35	0.50	0.62

** p < 0.05

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านทักษะการสื่อสารระหว่างกลุ่ม

ความรู้ด้านทักษะการสื่อสารหลังการได้รับรูปแบบ Academy Health Model (10 คะแนน)	Mean $\pm$ S.D.	df	Independent t-test	p-value
กลุ่มศึกษา	7.69 $\pm$ 1.30	63.81	5.74	< 0.001**
กลุ่มควบคุม	5.31 $\pm$ 2.35			

** p < 0.05

การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมที่แสดงออกถึงทักษะด้านการสื่อสาร ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบ Academy Health Model เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มศึกษา มีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงทักษะด้านการสื่อสาร สูงกว่าก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนพฤติกรรมที่แสดงออกถึงทักษะ ด้านการสื่อสารระหว่างกลุ่ม ด้วยสถิติ Independent t-test หลังได้รับการ

ทดลองใช้รูปแบบ พบว่า กลุ่มศึกษา มีคะแนนพฤติกรรมที่แสดงออกถึงทักษะด้านการสื่อสาร สูงกว่ากลุ่มควบคุมโดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังตารางที่ 4 และตารางที่ 5

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมที่แสดงออกถึงทักษะด้านการสื่อสารภายในกลุ่ม

พฤติกรรมที่แสดงออกถึงทักษะด้านการสื่อสารโดยรวม	คะแนนเต็ม	ก่อนทดลองใช้รูปแบบ (Mean $\pm$ S.D.)	หลังทดลองใช้รูปแบบ (Mean $\pm$ S.D.)	Paired t-test	p-value
กลุ่มศึกษา	20	8.40 $\pm$ 1.56	16.40 $\pm$ 1.21	30.31	< .001**
กลุ่มควบคุม	20	8.64 $\pm$ 1.38	9.00 $\pm$ 1.50	2.19	0.03

** $p < 0.05$

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนพฤติกรรมที่แสดงออกถึงทักษะด้านการสื่อสารระหว่างกลุ่ม

พฤติกรรมที่แสดงออกถึงทักษะด้านการสื่อสาร	คะแนนเต็ม	Mean $\pm$ S.D.	df	Independent t-test	p-value
หลังการได้รับรูปแบบ Academy Health Model					
กลุ่มศึกษา	20	16.40 $\pm$ 1.21	78.55	0.67	< 0.001**
กลุ่มควบคุม	20	9.00 $\pm$ 1.50			

** $p < 0.05$

ตารางที่ 6 การประเมินความพึงพอใจของกลุ่มศึกษาหลังการทดลองใช้รูปแบบ (n=42)

ข้อที่	รายการความคิดเห็น	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
1	ท่านได้รับความรู้ความเข้าใจ แนวคิด ทักษะและประสบการณ์ใหม่ๆ จากกิจกรรม	4.10	0.50	มาก
2	ท่านสามารถนำทักษะการสื่อสารที่ได้ไปประยุกต์กับการปฏิบัติงานในชุมชน	4.36	0.61	มาก
3	กิจกรรมการเรียนรู้เหมาะสมและน่าสนใจ	4.00	0.57	มาก
4	สิ่งที่ท่านได้รับจากกิจกรรมครั้งนี้ตรงตามความคาดหวังของท่าน	4.04	0.44	มาก
5	กิจกรรมนี้เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถของท่าน	4.12	0.38	มาก
6	แต่ละกิจกรรมมีระยะเวลาความเหมาะสม	3.59	0.55	ปานกลาง
7	การจัดลำดับขั้นตอนของกิจกรรมแต่ละขั้นตอน	3.68	0.61	มาก
8	แต่ละกิจกรรมส่งเสริมให้ท่านมีความมั่นใจในการสื่อสารมากขึ้นและสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารของตนเองได้	4.52	0.57	มาก
9	ประโยชน์ที่ท่านได้รับจากกิจกรรมครั้งนี้	4.87	0.56	มาก
10	ภาพรวมความพึงพอใจในการจัดกิจกรรมครั้งนี้	4.16	0.60	มาก
โดยรวม		4.45	0.64	มาก

การประเมินความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มศึกษาหลังการทดลองใช้รูปแบบ โดยรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก เมื่อแยกรายด้าน พบว่า แต่ละกิจกรรมมีระยะเวลาความเหมาะสม มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 6

ระยะที่ 4 การประเมินและปรับปรุงรูปแบบ

1. การประเมินรูปแบบการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขต้นแบบด้านสุขภาพจังหวัดพะเยาโดยรวม พบว่า ด้านความเป็นประโยชน์ (Utility Standards) ด้านความเป็นไปได้ (Feasibility Standards) ด้านความเหมาะสม (Propriety Standards) และด้านความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy Standards) อยู่ในระดับมาก เมื่อแยกรายข้อ พบว่า ระยะเวลาและช่วงเวลาของกระบวนการพัฒนาทักษะการสื่อสารมีความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การประเมินความเป็นประโยชน์ ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความถูกต้องครอบคลุมของรูปแบบฯ (n=14)

รายการประเมิน	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
ด้านความเป็นประโยชน์ (Utility Standards)	4.05	0.51	มาก
1. รูปแบบช่วยพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขต้นแบบด้านสุขภาพ	3.86	0.77	มาก
2. รูปแบบช่วยส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่าย สสจ., สสอ., รพ.สต., และอปท.	4.00	0.75	มาก
3. สามารถช่วยพัฒนางานของอาสาสมัครสาธารณสุขได้ดีขึ้น	4.14	0.77	มาก
4. ช่วยพัฒนาความรู้ความเข้าใจในด้านทักษะการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุข	4.21	0.90	มาก
ด้านความเป็นไปได้ (Feasibility Standards)	4.14	0.35	มาก
5. รูปแบบฯ สามารถนำไปใช้ได้จริงในการพัฒนาทักษะการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขต้นแบบด้านสุขภาพ	4.29	0.61	
6. หน่วยงานพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข อื่นๆ สามารถนำไปปรับใช้พัฒนา อาสาสมัครสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม	4.00	0.68	มาก
7. อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถปฏิบัติตามกระบวนการกิจกรรมในรูปแบบฯ ได้จริง	4.36	0.50	มาก
8. รูปแบบฯ มีความเหมาะสมกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข	3.93	0.73	มาก
ด้านความเหมาะสม (Propriety Standards)	4.00	0.38	มาก
9. รูปแบบมีความเหมาะสมกับแนวทางการดำเนินงานพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดพะเยา	4.07	0.73	มาก
10. รูปแบบมีความเหมาะสมกับความต้องการของการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน	4.07	0.62	มาก
11. องค์ประกอบของรูปแบบมีความเหมาะสม	4.00	0.68	มาก
12. แนวทางการจัดกิจกรรมของรูปแบบมีความเหมาะสม	4.00	0.56	มาก
13. กระบวนการพัฒนาทักษะการสื่อสารมีวิธีการที่ความเหมาะสมในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขต้นแบบด้านสุขภาพ	4.36	0.63	มาก
14. ระยะเวลาและช่วงเวลาของกระบวนการพัฒนาทักษะการสื่อสารมีความเหมาะสม	3.36	0.93	ปานกลาง
15. วิธีการและเครื่องมือประเมินผลแต่ละกิจกรรมมีความเหมาะสม	4.00	0.68	มาก
16. คู่มือการพัฒนาทักษะการสื่อสาร มีความเหมาะสม	4.14	0.66	มาก
			216

รายการประเมิน	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
ด้านความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy Standards)	4.26	0.45	มาก
17. แนวคิดในการพัฒนาที่มีความครบถ้วนนำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย	4.50	0.65	มาก
18. จุดมุ่งหมายของการพัฒนาที่มีความครบถ้วน เป็นแนวทางในการนำไปใช้	4.14	0.77	มาก
19. เงื่อนไขการพัฒนาที่มีความครบถ้วน	4.14	0.66	มาก
20. กระบวนการพัฒนาที่มีความครบถ้วน	4.43	0.65	มาก
21. มีเกณฑ์การประเมินผลที่ครบถ้วนตามวิธีการ ประเมินผลแต่ละขั้นตอนของการพัฒนา	4.07	0.83	มาก

2. การปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขต้นแบบด้านสุขภาพจังหวัดพะเยา พบว่า ระยะเวลาและช่วงเวลาของกระบวนการพัฒนาทักษะการสื่อสาร อยู่ในระดับปานกลาง และจากข้อเสนอแนะของผู้บริหาร ผู้วิจัยได้ปรับปรุงรูปแบบ โดยกำหนดระยะเวลาสามารถยืดหยุ่นได้ตามสถานการณ์และบริบทพื้นที่ ในส่วนของแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ของรูปแบบ Academy Health Model

จากตัวอย่างสัมภาษณ์ ดังนี้

- ขึ้นจำเป็นขั้นตอนสำคัญในการพัฒนาความรู้ความเข้าใจ อาจจำเป็นต้องเพิ่มระยะเวลามากกว่า 1 ชั่วโมง และเพิ่มการฝึกทักษะการนำเสนอ
- การพัฒนาทักษะจำเป็นต้องมีการฝึกซ้ำบ่อยๆ เป็นประจำและสม่ำเสมอ ควรเพิ่มระยะเวลาการฝึกทักษะการสื่อสารของ อสม. ในพื้นที่ต่อเนื่องกันไป หรืออาจทำเป็น Model พัฒนาในพื้นที่ของ รพ.สต. ต่อไปด้วย
- ระยะเวลาหรือความถี่ของการใช้เครื่องมือในการพัฒนาทักษะ อสม. จะมีผลต่อการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาวิจัย เรื่อง รูปแบบการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขต้นแบบด้านสุขภาพจังหวัดพะเยา ผู้วิจัยได้นำมาอภิปรายตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. รูปแบบ Academy Health Model เป็นเวที Academy แห่งการเรียนรู้และพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารด้านการพูดและการนำเสนอของอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดพะเยา ที่มีความสนใจและสมัครใจเข้าร่วมการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร มีการขับเคลื่อน (Monitoring) โดยครูพี่เลี้ยง รพ.สต., กรรมการ มีบทบาทหน้าที่ กำกับติดตาม ร่วมกันจัดกิจกรรม ประสานงานการทำงานกับภาคีเครือข่าย (Associate) คือ สสจ. สสอ. รพ.สต. และอปท. มีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ และสถานที่ในการดำเนินกิจกรรมให้บรรลุเป้าหมาย และตัวแบบในที่นี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขต้นแบบด้านสุขภาพ ได้รับรางวัลดีเด่นระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับเขต หรือระดับภาค ที่มีประสบการณ์การประกวดเวทีต่างๆ และสามารถถ่ายทอดความรู้ได้ โดยมีกิจกรรมการจัดกิจกรรมที่เน้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นสำคัญ โดยใช้กิจกรรมที่มีความหลากหลายสอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย และบริบทของผู้จัดกิจกรรมการเรียนรู้ในพื้นที่ ทักษะด้านการสื่อสารที่ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ดังนี้
 - 1) ขึ้นให้ความสนใจ ประกอบด้วย กิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ กิจกรรมการรู้จักตนเอง และกิจกรรมนำเสนอตัวแบบที่ประสบความสำเร็จ
 - 2) ขึ้นจำ ประกอบด้วย กิจกรรมการให้ความรู้ทักษะด้านการสื่อสาร และกิจกรรมสาธิตการปฏิบัติ
 - 3) ขึ้นปฏิบัติ ประกอบด้วย กิจกรรมค้นหาจุดเด่นตนเอง กิจกรรมงานบันไดใจ เติบโตกับงาน เบิกบานกับชีวิต และกิจกรรมฝึกนำเสนอผลงานที่ภาคภูมิใจของตนเอง
 - 4) ขึ้นจูงใจ ประกอบด้วย กิจกรรมการนำเสนอผลงานรายบุคคลเสมือน

เวทีจริง และกิจกรรมการอภิปรายในกลุ่มใหญ่ อาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ที่ได้รับการฝึกทักษะด้านการสื่อสาร จนสามารถเป็นต้นแบบด้านสุขภาพและถ่ายทอดความรู้ทักษะด้านการสื่อสารต่อไป ซึ่งมีความแตกต่างจากรูปแบบเดิม คือ การดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนกระบวนการในการเรียนรู้จากตัวแบบที่ประกอบด้วยองค์ประกอบทั้ง 4 ประการ ดังกล่าวมาข้างต้น เนื่องจากพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนที่สมบูรณ์จะเกิดขึ้นได้ก็ด้วยการจัดวางรูปแบบองค์ประกอบของการเรียนรู้จากตัวแบบได้อย่างเหมาะสม โดยการกระตุ้นให้ผู้เรียนสนใจตัวแบบอย่างแท้จริงจนสามารถจดจำ และสร้างสัญลักษณ์แทนพฤติกรรมของตัวแบบได้ ประกอบกับการจูงใจอย่างเหมาะสมและเพียงพอจะทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงจากการสังเกตตัวแบบเป็นไปด้วยดี สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีปัญญาสังคมเน้นหลักการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational Learning) ที่เกิดจากการที่บุคคลสังเกตการกระทำของผู้อื่นแล้วพยายามเลียนแบบพฤติกรรมนั้น ซึ่งการเรียนรู้เป็นความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบ 3 ประการ ระหว่างตัวบุคคล (Person) สิ่งแวดล้อม (Environment) และพฤติกรรม (Behavior) ที่มีอิทธิพลต่อกันและกัน ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกิดการเรียนรู้ เกิดการพัฒนา เกิดการฝึกทักษะด้านการสื่อสาร ด้วยการใช้ตัวแบบที่ประสบความสำเร็จ⁶ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ประจักษ์ กิกก่อ⁵ พบว่า การปฏิบัติงานด้านการสื่อสารสุขภาพในชุมชนของ อสม. ควรเน้นการพัฒนาการปฏิบัติงานด้านการสื่อสารสุขภาพ ที่เกี่ยวกับองค์ประกอบความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพในการปฏิบัติงาน การมีความรู้ในงานสาธารณสุข และความรู้พื้นฐานในการปฏิบัติงานเพียงอย่างเดียวไม่ส่งผลต่อความสำเร็จด้านการสื่อสารสุขภาพ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้ทางกระบวนการสื่อสารควบคู่ประกอบกัน ในการปฏิบัติงานในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัด ขอนแก่น จึงจะประสบผลสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. เพื่อทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขต้นแบบด้านสุขภาพ จังหวัดพะเยาที่พัฒนาขึ้น เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มศึกษามีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านทักษะการสื่อสารและพฤติกรรมที่แสดงออกถึงทักษะด้านการสื่อสาร ได้แก่ ด้านความถูกต้องของเนื้อหา ด้านคำศัพท์ สำนวน โครงสร้างภาษา ด้านความสามารถในการพูด ด้านการแสดงท่าทางและน้ำเสียงประกอบการพูด และด้านการออกเสียง สูงกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ที่เป็นเช่นนั้น เพราะว่า รูปแบบ Academy Health Model ดำเนินกิจกรรมโดยภาคีเครือข่าย สสจ. สสอ. รพ.สต. และอปท. เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม และมีตัวแบบ (Model) คือ อาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่นระดับเขต ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเหมือนกันย่อมมีอิทธิพลการเลียนแบบที่สูง และตัวแบบยังมีความเป็นตัวของตัวเองในการนำเสนอ มีบุคลิกภาพที่น่าดึงดูด แสดงท่าทางดูเป็นธรรมชาติ มีพฤติกรรมที่น่าสนใจ พูดจาฉะฉาน ใช้ถ้อยคำ สำเนียง ภาษาที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้โดยผ่านสังเกตที่อธิบายว่า ลักษณะของตัวแบบที่มีความเด่นชัด สามารถจดจำได้ง่าย และมีความดึงดูดสูง จะทำให้ผู้สังเกต ให้ความสนใจได้ง่าย⁶ จึงทำให้กลุ่มศึกษาเกิดความตื่นตัว และมีความสนใจ และถ้าผู้สังเกตมีการรับรู้ความสามารถของตน (Self-efficacy)¹⁵ ในระดับสูง และมีความพร้อมทางร่างกาย ก็จะทำให้ผู้สังเกตสามารถกระทำตามต้นแบบได้ และถ้าพฤติกรรมจากต้นแบบเป็นไปในทางบวก ก็จะส่งผลให้ผู้สังเกตเกิดแรงจูงใจที่จะแสดงพฤติกรรมตามต้นแบบนั้นเอง¹⁴ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ บำรุง วงษ์นิ่ม¹⁶ ได้ศึกษา การพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพอำเภอท่าอุ้ง พบว่า กิจกรรมที่เน้นการฝึกทักษะและประเมินสมรรถนะของการสื่อสารสุขภาพ ภายหลังการปฏิบัติจริง ซึ่งรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารด้านสุขภาพได้นำไปทดลองใช้ ภายหลังผ่านการพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารด้านสุขภาพ อสม.ที่เข้าร่วมโปรแกรม มีสมรรถนะด้านการสื่อสารทั้งด้านกระบวนการสื่อสารและการใช้ทักษะการสื่อสารสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. เพื่อประเมินรูปแบบการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขต้นแบบด้านสุขภาพ จังหวัดพะเยาที่พัฒนาขึ้น พบว่า ผลการประเมินรูปแบบการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุข

ต้นแบบด้านสุขภาพจังหวัดพะเยาโดยรวม พบว่า ด้านความเป็นประโยชน์ (Utility Standards) ด้านความเป็นไปได้ (Feasibility Standards) ด้านความเหมาะสม (Propriety Standards) และด้านความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy Standards) อยู่ในระดับมาก เมื่อแยกรายข้อ พบว่า ระยะเวลาและช่วงเวลาของกระบวนการพัฒนาทักษะการสื่อสารมีความเหมาะสม อยู่ในระดับปานกลาง และได้ปรับปรุงรูปแบบข้อเสนอแนะของกลุ่มผู้บริหาร ด้านระยะเวลา ซึ่งควรเพิ่มระยะเวลาในขั้นจำและขั้นปฏิบัติ มากกว่า 1 ชั่วโมง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการเลียนแบบที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปณพัทธ์ พงษ์พุทธิรักษ์, สุวิมล ตั้งประเสริฐ และคณะ¹⁷ ได้ศึกษา การพัฒนาความสามารถด้านการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า 1) อสม. มีระดับความสามารถด้านการสื่อสาร โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือ ด้านแรงจูงใจในการสื่อสาร รองลงมา คือ ด้านการรู้จักตนเอง ด้านทักษะการสื่อสาร และด้านความรู้ทางกระบวนการสื่อสาร ตามลำดับ 2) หลักสูตรการฝึกอบรมความสามารถด้านการสื่อสารของ อสม. ที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและความเป็นไปได้อยู่ในระดับมากที่สุดทุกหัวข้อการฝึกอบรม และ 3) อสม. มีคะแนนผลสัมฤทธิ์หลังการฝึกอบรม โดยเฉลี่ย 8.69 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน มีความพึงพอใจต่อการฝึกอบรมโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และมีระดับผลการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรม โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

รูปแบบ Academy Health Model ดำเนินกิจกรรมโดยภาคีเครือข่าย สสจ. สสอ. รพ.สต. และอปท. เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมและตัวแบบ ควรเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่ประสบการณ์ มีลักษณะที่มีความเด่นชัด สามารถจดจำได้ง่าย และมีความดึงดูดสูง จะทำให้ผู้สังเกตให้ความสนใจได้ง่าย เกิดความตื่นตัว มีความสนใจ และมีพฤติกรรมจากต้นแบบเป็นไปในทางบวก จะส่งผลให้ผู้สังเกตเกิดแรงจูงใจที่จะแสดงพฤติกรรมตามต้นแบบ ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถกำหนดระยะเวลาสามารถยืดหยุ่นได้ตามสถานการณ์และบริบทพื้นที่ ในส่วนของแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ กระบวนการในการเรียนรู้จำเป็นต้องดำเนินการตามขั้นตอน 4 ขั้น ประกอบด้วย 1) ขั้นให้ความสนใจ 2) ขั้นจำ 3) ขั้นปฏิบัติ และ 4) ขั้นจูงใจ ซึ่งควรเพิ่มระยะเวลาในขั้นจำและขั้นปฏิบัติเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการเลียนแบบที่มีประสิทธิภาพ กระตุ้นให้ผู้เรียนสนใจตัวแบบอย่างแท้จริงจนสามารถจดจำ และสร้างสัญลักษณ์แทนพฤติกรรมของตัวแบบได้ ประกอบกับการจูงใจอย่างเหมาะสมและเพียงพอ จะทำให้พฤติกรรมการเลียนแบบจากการสังเกตตัวแบบเป็นไปด้วยดี

2. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

2.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หน่วยงานอำนวยการด้านวิชาการ ควรดำเนินการติดตาม กำกับ เสนอแนะหน่วยงานอำนวยการด้านปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตามรูปแบบ เป็นไปอย่างมีขั้นตอน พร้อมทั้งนำบทเรียนจากผลการดำเนินการของหน่วยงานอำนวยการด้านการปฏิบัติมาถอดบทเรียน และปรับปรุงพัฒนาเพื่อให้รูปแบบเกิดความเหมาะสมกับบริบทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.2 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ นำรูปแบบไปใช้หรือประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่อาสาสมัครสาธารณสุข โดยดำเนินการตามรูปแบบฯ ซึ่งควรพิจารณาและใส่ใจในทุกองค์ประกอบของรูปแบบ Academy Health Model พร้อมทั้งมุ่งเน้นการประยุกต์ใช้และการบูรณาการให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มเป้าหมายและบริบทของพื้นที่ และเมื่อดำเนินการเสร็จสิ้นควรรายงานผลแก่หน่วยงานอำนวยการด้านวิชาการ เพื่อการปรับปรุงและพัฒนาให้เกิดประโยชน์สูงสุดและประยุกต์ใช้ในพื้นที่บริบทอื่น ๆ ต่อไป

3. ข้อจำกัดในการทำการวิจัย

3.1 ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างพื้นที่ตำบลแม่ปืม และตำบลบ้านต๋อน จังหวัดพะเยาเท่านั้น จึงทำให้ผลการศึกษานี้ไม่สามารถอ้างอิงถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภาพรวมทั้งหมดได้

3.2 ในการศึกษาครั้งนี้ได้วัดผลความรู้ด้านทักษะการสื่อสารและพฤติกรรมที่แสดงออกถึงทักษะด้านการสื่อสาร ประกอบด้วย ด้านความถูกต้องของเนื้อหา ด้านคำศัพท์สำนวนโครงสร้างภาษา ด้านความสามารถในการพูด ด้านการแสดงท่าทางน้ำเสียงประกอบการพูด และด้านการออกเสียง ในระยะเวลา 8 สัปดาห์ จึงไม่สามารถติดตามผลและประเมินความยั่งยืนของความรู้ด้านทักษะการสื่อสารและพฤติกรรมที่แสดงออกถึงทักษะด้านการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุข

3.3 การนำรูปแบบไปใช้ ต้องคำนึงถึงบริบทของผู้จัดกิจกรรมการเรียนรู้ในพื้นที่ ผู้ใช้รูปแบบฯ ควรศึกษาแนวทางในการนำรูปแบบฯ ไปใช้อย่างเป็นลำดับขั้นตอน และอาสาสมัครสาธารณสุขจะต้องมีความสนใจและใส่ใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรม

4. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

4.1 ควรติดตามผลของการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารในระยะเวลาที่นานขึ้น โดยการติดตามระยะ 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อให้ความยั่งยืน

4.2 ควรมีการศึกษาผลของการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารในตำบลอื่น เพื่อสามารถสรุปผลการศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีจำนวนมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนจังหวัดพะเยา ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพะเยา และกลุ่มประชากรผู้ให้ข้อมูลที่มีส่วนร่วมและสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ ทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2565). แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข). สืบค้นเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2565, <http://dmsic.moph.go.th>
2. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2558). แนวทางและหลักเกณฑ์การคัดเลือกและประเมินผลงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเยี่ยม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเยี่ยมอย่างยิ่ง. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
3. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2554). คู่มือ อสม.ยุคใหม่. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
4. กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, “การดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน,” เอกสารรายงานผลการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน. (เอกสารไม่ตีพิมพ์).
5. ประจักษ์ กิก้อง. (2558). สมรรถนะด้านการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ (สทส.). จาก <https://so05.tci-thaijo.org>.
6. จรูญลักษณ์ ป้องเจริญ และยุคนธ์ เมืองช้าง. (2561). แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.
7. Bandura, A. (1977). Social learning theory: A social cognitive theory. New Jersey: Prentice - Hall.

8. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข;2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaiphc.net/new2020/content/1>
9. Krejcie, R.V., & D.W. Morgan. (1970). "Determining Sample Size for Research Activities". Educational and Psychological Measurement. 30(3) : 607 – 610.
10. Likert, R. (1967). "The Method of Constructing and Attitude Scale," in Attitude Theory and Measurement. P.90-95. New York : Wiley & Son.
11. John W. Best, Research in Education, 4 th ed. New Jersey : Prentice – Hall Inc., 1981, p. 182.
12. Krueger, R. A. (1988). Focus groups: A practical guide for applied research. Newbury Park, California, U.S.A.: Sage Publications, Inc.
13. Cohen, J. (1988). Statistical Power Analysis. Psychological Science, 1 (3) : 98 - 101.
14. กฤตยากาญจน์ โตพิทักษ์. การประเมินการปฏิบัติ แนวคิดสู่การปฏิบัติ Performance Assessment : Concept to Practice. พิมพ์ครั้งที่ 1. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2563.
15. Bandura, A. (1997). Self - Efficacy : The exercise of control. New York. W.H. Freeman.
16. บำรุง วงษ์นิม. (2565). การพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพอำเภอท่าม่วง. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี. <https://he01.tci-thaijo.org>
17. ปณพัตร พงษ์พุทธิรักษ์, สุวิมล ตั้งประเสริฐ และคณะ. (2564). การพัฒนาความสามารถด้านการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารชุมชนวิจัยมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา. <https://so04.tci-thaijo.org>

Received: 8 Sep.2024, Revised: 21 Sep.2024

Accepted: 30 Sep.2024

บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในเด็ก โรงพยาบาลยโสธร

กลอยใจ แสนวงษ์^{1*} ราไฟ ศรีเนตร² จุฬารักษ์ นิลภูมิ³

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในเด็ก

วิธีการศึกษา: ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา โดยกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลยโสธร ระหว่าง 1 เมษายน -31 ตุลาคม 2566 จำนวนรวม 264 คน และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 คน เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและการสัมภาษณ์ กระบวนการพัฒนามี 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะสำรวจสถานการณ์ วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของการพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาล 2) ระยะพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ และนำไปปฏิบัติ 3) ระยะประเมินผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติ Pair t test, Mann withney u test และ chi square

ผลการศึกษา: 1) ศึกษาสถานการณ์ พบว่าอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ปี 2565 เท่ากับร้อยละ 7.5 พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กของผู้ดูแลยังไม่ถูกต้อง บุคลากรพยาบาลยังมีการปฏิบัติที่หลากหลาย 2) รูปแบบการบริหารการพยาบาลประกอบด้วย (1) มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ (2) การคัดกรองด้วยระบบสัญญาณเตือน (PEWS) (3) การนิเทศทางการพยาบาล และ (4) การวางแผนจำหน่าย

2) ผลการพัฒนา พบว่า (1) การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน (2) การย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนักโดยไม่ได้วางแผน (3) ภาวะการหายใจล้มเหลว ลดลง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (4) ความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็กภาพรวมอยู่ในระดับสูงมาก (5) การปฏิบัติตามมาตรฐานและการคัดกรองด้วยระบบสัญญาณเตือน (PEWS) ปฏิบัติร้อยละ 93.67 ถึง 100 (6) ความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบฯ ภาพรวมอยู่ในระดับสูงมาก (7) วันนอนในโรงพยาบาล และ (8) ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล หลังการใช้รูปแบบฯ ลดลง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

สรุป รูปแบบการบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในเด็ก ที่พัฒนาขึ้นจึงช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษา สามารถนำรูปแบบนี้ไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบได้

คำสำคัญ : รูปแบบการบริหารการพยาบาล โรคปอดอักเสบในเด็ก

*Corresponding author E-mail: saenwong1234@gmail.com

*Original Article***Development of a nursing management model for pneumonia in child
Yasothon Hospital.****Abstract**

Objective: This study aimed to develop and study the effects of a nursing management model for children with pneumonia.

Method: The research and development model was used. The target group was 264 caregivers of pediatric patients with pneumonia who were admitted to the pediatric ward of Yasothon Hospital between April 1, 2023 and October 31, 2023, and 15 professional nurses. Data were collected from medical records and interviews. The development process consisted of 3 phases: 1) Situation survey phase, problem analysis and needs analysis of the development of nursing management model for pediatric pneumonia patients, 2) Development and trial of the nursing management model for pediatric pneumonia patients and implementation, and 3) Evaluation phase. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation. The differences were compared using Pair t test, Mann withney u test, and chi square statistics.

Results: 1) Study of the situation found that the readmission rate in 2022 was 7.5 percent. The caregivers' behavior in caring for pediatric patients was still incorrect. Nursing personnel still had diverse practices that did not follow the same guidelines. 2) The nursing management model for pediatric pneumonia patients consisted of (1) nursing standards for pediatric pneumonia patients (2) screening with a warning signal system (PEWS), (3) nursing supervision, and (4) discharge planning.

2) The results of the development found that the patient outcomes were found that (1) readmission to the hospital floor within 28 days, (2) unplanned transfer to the intensive care unit, and (3) respiratory failure were significantly reduced at the .05 level. (4) Overall, the satisfaction of the child caregivers was very high. The provider outcomes were found that (1) compliance with the standards and screening with the alarm system (PEWS) was 93.67 to 100 percent, and (2) the overall satisfaction of the nurses with the model was very high. The organizational outcomes were found that (1) hospital stays and (2) medical expenses after using the model were significantly reduced at the .05 level.

In conclusion, the developed nursing management model for children with pneumonia can help increase the efficiency of care. This model can be used as a guideline for the care of children with pneumonia.

Keyword: nursing management model , pneumonia in child

*Corresponding author E-mail: saenwong1234@gmail.com

บทนำ

โรคปอดอักเสบเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่องค์การอนามัยโลกกำหนดเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ¹ ในประเทศไทยพบว่าโรคปอดอักเสบทำให้เกิดการเสียชีวิตเป็นอันดับ 1 ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อ จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ จำนวน 225,849 ราย เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ร้อยละ 5.87 อายุ 1-4 ปี ร้อยละ 18.41 และอายุ 5-14 ปี ร้อยละ 7.642 มีรายงานว่าเด็กที่เป็นโรคปอดอักเสบมีอาการรุนแรงส่งผลทำให้มีภาวะหัวใจล้มเหลวและเสียชีวิตในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 1 ปี 3 ราย และเด็กอายุ 7-14 ปี 3 ราย² เนื่องจากเด็กมีทางเดินหายใจขนาดเล็กเมื่อมีเสมหะไม่สามารถขับออกเองได้ เกิดเสมหะอุดตันส่งผลให้อาการรุนแรงมากขึ้น³ นอกจากนี้เด็กมีโอกาสติดเชื้อเข้ากระแสเลือดได้มากกว่าผู้ใหญ่ ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบจึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการแทรกซ้อนอย่างรวดเร็วและเข้าสู่ภาวะวิกฤติได้ง่าย และมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง

หอผู้ป่วยแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลโสธร รับผู้ป่วยตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 15 ปี จากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในปี พ.ศ. 2563 – 2565 พบผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบจำนวน 702, 658, 712 คน ซึ่งสูงเป็นอันดับหนึ่งมาโดยตลอดมีอัตราการเกิดภาวะการหายใจล้มเหลวย้อยละ 1.27, 1.58, 1.76 จำนวนผู้ป่วยที่ย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนักโดยไม่ได้มีการวางแผน จำนวน 6, 7, 6 คน และพบอัตราการกลับมารักษาซ้ำ 3.29, 5.75, 4.67ตามลำดับ⁴

จากการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบพบว่ากระบวนการดูแลผู้ป่วยยังไม่มีประสิทธิภาพ ในประเด็นดังต่อไปนี้ 1) การประเมินความรุนแรงของภาวะหายใจลำบากและการจัดการทางเดินหายใจยังมีความล่าช้า ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงเกิดภาวะหายใจล้มเหลวจนต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนักโดยไม่ได้วางแผน สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากพยาบาลขาดความรู้และทักษะ ได้แก่ทักษะในการประเมินการหายใจ การฟังเสียงปอด และอีกประการก็คือการขาดเครื่องมือและแนวทางที่จะช่วยในการตัดสินใจในการประเมินความรุนแรง และจัดการทางเดินหายใจในผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจลำบากทำให้การปฏิบัติมีความหลากหลายไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกันขึ้นกับสมรรถนะและประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติของแต่ละบุคคล 2) ขาดการมีส่วนร่วมของทีมนิสิตสาขาวิชาชีพอาชีวศึกษา นักกายภาพบำบัด ซึ่งจะต้องเข้ามาร่วมในการทำกายภาพบำบัด การเคาะปอดเพื่อการระบายเสมหะ เกสเซอร์ ร่วมในการประเมินการใส่ยา สอนการพ่นยา ตลอดจนนักโภชนาการที่ร่วมในการประเมินภาวะโภชนาการและให้คำปรึกษา 3) ขาดการนำบุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ดูแลจะต้องได้รับการเตรียมด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยทั้งขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน มีการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่ามีประโยชน์ทั้งต่อผู้ป่วยเองทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัยลดความเครียดจากการแยกจาก ด้านผู้ปกครองได้รับความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยและยังสามารถรักษาพยาบาลในการเป็นผู้บริบาลได้อย่างต่อเนื่องสำหรับพยาบาลผู้ปกครองจะเป็นแหล่งข้อมูลที่ดีทำให้พยาบาลได้รับทราบข้อมูลของเด็กและสามารถนำมาวางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น⁴ เมื่อพิจารณากิจการกรมการนำผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนการวางแผนจำหน่ายในหอผู้ป่วยแผนกกุมารเวชกรรม พบว่ายังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจทั้งขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เนื่องจากยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนทำให้เกิดความหลากหลายในการปฏิบัติ การให้ความรู้บางครั้งไม่ครอบคลุมและตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลโดยเฉพาะทักษะที่สำคัญ เช่น การประเมินการหายใจ การดูแลเมื่อนม น้ำมูกและเสมหะ การจัดทำเพื่อระบายเสมหะ การเช็ดตัวลดไข้ ฯลฯ เป็นต้น และปัญหาอีกประการหนึ่งก็คือ ผู้ดูแลจะผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนเข้ามาดูแลผู้ป่วยบางครั้งผู้ดูแลขณะอยู่โรงพยาบาลเป็นคนละคนกับผู้ดูแลเมื่ออยู่ที่บ้านที่อาจจะยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยก็จะทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพซึ่งจะส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำและกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก

ดังนั้นในบทบาทผู้บริหารทางการแพทย์จึงมุ่งที่จะพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในเด็กให้เป็นรูปธรรม โดยการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ในด้านการประเมินความรุนแรงของภาวะการหายใจลำบากและการจัดการทางเดินหายใจ มีการคัดกรองสัญญาณเตือนอาการเปลี่ยนแปลง การใช้กระบวนการพยาบาล และการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวเพื่อร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยคาดหวังว่าจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วย คือปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่พบการกลับมารักษาซ้ำ จำนวนวันนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง และมีความพึงพอใจในบริการ

วัตถุประสงค์

- 1) พัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาล ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในเด็ก โรงพยาบาลยโสธร
- 2) ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการบริหารการพยาบาล ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในเด็ก

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาสภาพการณ์การบริหารการพยาบาล ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในเด็ก โรงพยาบาลยโสธร 2) การสร้างรูปแบบการบริหารการพยาบาล ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในเด็ก และ 3) นำรูปแบบไปใช้และศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาล ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในเด็ก เนื่องจากขั้นตอนการวิจัยมีหลายระยะจึงขอนำเสนอกลุ่มตัวอย่าง ไปตามขั้นตอนในการศึกษา รายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์การบริหารการพยาบาล ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในเด็ก เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน เอกสาร วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การสนทนากลุ่มในทีมสหสาขาวิชาชีพ กลุ่มเป้าหมาย เป็นกุมารแพทย์ 5 คน พยาบาลวิชาชีพ 4 คน จากหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม หอผู้ป่วยพิเศษเด็ก หน่วยงานละ 2 คน และนักกายภาพบำบัด 1 คน รวมทั้งสิ้น 10 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เพื่อศึกษาบริบทการดูแลผู้ป่วยและทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลยโสธร ซึ่งดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 1-31 มกราคม 2566

ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการบริหารการพยาบาล ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในเด็ก เป็นการสร้างรูปแบบตามกรอบแนวคิดการประเมินผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ของเด็กประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ 1) มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบทางเดินหายใจ⁶ ได้แก่ การดูแลและส่งเสริมให้ระบบทางเดินหายใจมีประสิทธิภาพ การดูแลป้องกันภาวะความไม่สมดุลของสารน้ำ สารอาหารและเกลือแร่ในร่างกาย การดูแลด้านความสบายทางด้านร่างกาย สิ่งแวดล้อม จิตสังคมและจิตวิญญาณ การดูแลและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน และการประเมินผลการพยาบาล 2) การคัดกรองด้วยระบบสัญญาณเตือนอาการเปลี่ยนแปลง (Pediatric early warning sign) ของ Monaghan⁷ ได้แก่ การประเมินระดับความรู้สึกตัว ประเมินผู้ป่วยเด็กระบบทางเดินหายใจ (Respiratory) ประกอบด้วย การประเมินอัตราการหายใจ ลักษณะการใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ รวมทั้งปริมาณออกซิเจนที่ผู้ป่วยได้รับ และ ประเมินผู้ป่วยเด็กระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular) ประกอบด้วย การประเมินลักษณะสีผิว การไหลเวียนของหลอดเลือดส่วนปลาย การประเมินอัตราการเต้นของหัวใจ และ 3) โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็ก กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลจากโรงพยาบาลยโสธร โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพจบการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไปเป็นเวลาอย่างน้อย 5 ปี 2) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบในเด็ก 3) มีความสมัครใจและ

ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมและหอผู้ป่วยพิเศษเด็ก จำนวน 5 คน ดำเนินการระหว่างเดือนเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2566

ระยะที่ 3 ระยะนำรูปแบบไปใช้และศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาล ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในเด็ก ดำเนินการวิจัยระหว่าง 1 เมษายน – 31 ตุลาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ใช้บริการ และกลุ่มผู้ให้บริการ

1) กลุ่มผู้ใช้บริการ ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในเด็กที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน จำนวน 360 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า ตามคุณสมบัติที่กำหนด 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบ 2) อายุระหว่าง 1 เดือน ถึง 5 ปี 3) ไม่มีโรคแทรกซ้อนร้ายแรง 4) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

2) กลุ่มผู้ให้บริการ ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมและหอผู้ป่วยพิเศษเด็ก จำนวน 15 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพจบการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไปเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี 2) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในเด็ก 3) มีความสนใจและยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การศึกษานี้ผู้ศึกษาได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเสนอหัวข้อโครงร่างผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลโสธร เลขที่ YST 2022-49 ลงวันที่ 28 ธันวาคม 2565 ผู้วิจัย แจ้งกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษานี้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอผลการศึกษายกเว้นในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และจะนำไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น ภายหลังจากได้รับคำอธิบายแล้วเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการศึกษายกเว้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา จากนั้นจึงดำเนินการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

(1) แนวคำถามการสนทนากลุ่มเพื่อหาโอกาสพัฒนารูปแบบที่เหมาะสม และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในเด็ก โรงพยาบาลโสธร ตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วยกุมารแพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.0

(2) โครงการอบรมพยาบาลวิชาชีพ การใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในเด็ก คู่มือการคัดกรองด้วยระบบสัญญาณเตือนอาการเปลี่ยนแปลง (PEWS) และโปรแกรมการวางแผนการจำหน่าย ตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.0

(3) รูปแบบการบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในเด็ก โรงพยาบาลโสธร ประกอบด้วย

(3.1) มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในเด็ก ได้แก่ การดูแลและส่งเสริมให้ระบบทางเดินหายใจมีประสิทธิภาพ การดูแลป้องกันภาวะความไม่สมดุลของสารน้ำ สารอาหารและเกลือแร่ในร่างกาย การดูแลด้านความสุขสบายทางด้านร่างกาย สิ่งแวดล้อม จิตสังคมและจิตวิญญาณ การดูแลและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน และการประเมินผลการพยาบาล ตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.0

(3.2) คู่มือการคัดกรองด้วยระบบสัญญาณเตือนอาการเปลี่ยนแปลง (Pediatric early warning sign) และแนวทางการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลง ประกอบด้วย การประเมินระดับความรู้สึกตัว ประเมินผู้ป่วยได้ระบบทางเดินหายใจ (Respiratory) ได้แก่ การประเมินอัตราการหายใจ ลักษณะการใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ รวมทั้งปริมาณออกซิเจนที่ผู้ป่วยได้รับ และประเมินผู้ป่วยได้ระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular) ได้แก่ การประเมินลักษณะสีผิว การไหลเวียนของหลอดเลือดส่วนปลาย การประเมินอัตราการเต้นของหัวใจ ตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.0

(3.3) แผนการนิเทศทางการพยาบาล พยาบาล ใช้แนวคิดของ กรอบแนวคิดการนิเทศของพรอคเตอร์⁸ ประกอบด้วย การนิเทศตามแบบแผน (Formative clinical supervision) การนิเทศตามมาตรฐาน (Normative clinical supervision) และการนิเทศตามหลักสมานฉันท์ (Restorative clinical supervision)

(3.4) โปรแกรมการวางแผนการจำหน่าย โดยใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย (1) การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลภายหลังการจำหน่าย (2) การวินิจฉัยปัญหาภายหลังการดูแลภายหลังจำหน่าย (3) การกำหนดแผนการจำหน่ายตาม D-Method (4) การปฏิบัติตามแผนการจำหน่าย และ (5) การประเมินผล ตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.0

2) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการวิจัย

(1) แบบประเมินการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ ตามรูปแบบการบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในเด็ก ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีจำนวน 10 ข้อคำถาม มีคำตอบ 2 คำตอบ ปฏิบัติ และไม่ปฏิบัติ

(2) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ต่อการบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในเด็ก ผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะแบบสอบถามจำนวน 10 ข้อคำถาม คำตอบ 5 ระดับ (คะแนน 5 หมายถึง พึงพอใจสูงมาก คะแนน 4 หมายถึง พึงพอใจสูง คะแนน 3 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง คะแนน 2 หมายถึง พึงพอใจต่ำ คะแนน 1 หมายถึง พึงพอใจต่ำมาก) กำหนดการแปลผล ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.21- 5.0 หมายถึง พึงพอใจในระดับสูงมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง พึงพอใจในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง พึงพอใจในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง พึงพอใจในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 1.0-1.80 หมายถึง พึงพอใจในระดับต่ำมาก

(3) แบบประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ร่วมกับการคัดกรองด้วยระบบสัญญาณเตือนอาการเปลี่ยนแปลง (PEWS) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน

(4) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็ก ลักษณะแบบสอบถามจำนวน 7 ข้อคำถาม คำตอบ 5 ระดับ (คะแนน 5 หมายถึง พึงพอใจสูงมาก คะแนน 4 หมายถึง พึงพอใจสูง คะแนน 3 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง คะแนน 2 หมายถึง พึงพอใจต่ำ คะแนน 1 หมายถึง พึงพอใจต่ำมาก) กำหนดการแปลผล ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.21- 5.0 หมายถึง พึงพอใจในระดับสูงมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง พึงพอใจในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง พึงพอใจในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง พึงพอใจในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 1.0-1.80 หมายถึง พึงพอใจในระดับต่ำมาก

(5) แบบตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค การกลับมารักษา ซ้ำภายใน 28 วัน การย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนักโดยไม่ได้วางแผน ภาวะการหายใจล้มเหลว จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรง ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือผู้วิจัยสร้างขึ้นทุกฉบับไปให้ ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วยกุมารแพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน ตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.0 และปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2) การตรวจสอบความเที่ยง ตรวจสอบดังนี้

(1) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 คน ในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม และพิเศษเด็ก แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้เท่ากับ 0.89

(2) แบบประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 คน ในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม และพิเศษเด็ก แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยวิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) KR 20 โดยได้ค่าความเที่ยง .74

(3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็ก ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็ก จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำมาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้เท่ากับ 0.81

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน โดยการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Paired sample t-test, Chi square และ Mann Whitney U-Test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาล ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ประกอบด้วย

1. พัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ในเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ร่วมกับการคัดกรองด้วยระบบสัญญาณเตือนอาการเปลี่ยนแปลง (PEWS)

2. มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบในเด็ก ได้แก่ การดูแลและส่งเสริมให้ระบบทางเดินหายใจมีประสิทธิภาพ การดูแลป้องกันภาวะความไม่สมดุลของสารน้ำ สารอาหารและเกลือแร่ในร่างกาย การดูแลด้านความสุขสบายทางด้านร่างกาย สิ่งแวดล้อม จิตสังคมและจิตวิญญาณ การดูแลและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน และการประเมินผลการพยาบาล

3. คู่มือการคัดกรองด้วยระบบสัญญาณเตือนอาการเปลี่ยนแปลง (Pediatric early warning sign) ประกอบด้วย การประเมินระดับความรู้สึกตัว ประเมินผู้ป่วยเด็กระบบทางเดินหายใจ (Respiratory) ได้แก่ การประเมินอัตราการหายใจ ลักษณะการใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ รวมทั้งปริมาณออกซิเจนที่ผู้ป่วยได้รับ และประเมินผู้ป่วยเด็ก

ระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular) ได้แก่ การประเมินลักษณะสีผิว การไหลเวียนของหลอดเลือดส่วนปลาย การประเมินอัตราการเต้นของหัวใจ

4. แผนการนิเทศ โดยผู้นิเทศกำหนดแผนการนิเทศและทำการนิเทศตามรูปแบบที่กำหนดให้พร้อมรายงานผลการนิเทศ ปัญหาที่พบในแต่ละวันเพื่อเป็นข้อมูลในการปรับปรุงการนิเทศในวันต่อไปเพื่อหาแนวทางแก้ไขต่อไป

5. โปรแกรมการวางแผนการจำหน่าย โดยใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย (1) การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลภายหลังการจำหน่าย (2) การวินิจฉัยปัญหาภายหลังการดูแลภายหลังจำหน่าย (3) การกำหนดแผนการจำหน่ายตาม D-Method (4) การปฏิบัติตามแผนการจำหน่าย และ (5) การประเมินผล

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบรูปแบบการบริหารการพยาบาล ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ก่อนและหลังการพัฒนา

รูปแบบการบริหาร การพยาบาลแบบเดิม	รูปแบบการบริหารการพยาบาลแบบใหม่
1. แนวปฏิบัติ หรือมาตรฐาน การพยาบาล	1. แนวปฏิบัติ หรือมาตรฐานการพยาบาลที่เพิ่มขึ้น 1) มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบในเด็ก ได้แก่ (1) การดูแลและส่งเสริมให้ระบบทางเดินหายใจมีประสิทธิภาพ (2) การดูแลป้องกันภาวะความไม่สมดุลของสารน้ำ สารอาหารและเกลือแร่ในร่างกาย (3) การดูแลด้านความสุขสบายทางด้านร่างกาย สิ่งแวดล้อม จิตสังคมและจิตวิญญาณ (4) การดูแลและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน และ (4) การประเมินผลการพยาบาล 2) การคัดกรองด้วยระบบสัญญาณเตือนอาการเปลี่ยนแปลง (Pediatric early warning sign) ได้แก่ (1) คู่มือการคัดกรองด้วยระบบสัญญาณเตือนอาการเปลี่ยนแปลง (Pediatric early warning sign) (2) แนวทางการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลง 3) มีแผนการนิเทศ โดยผู้นิเทศกำหนดแผนการนิเทศและทำการนิเทศตามรูปแบบที่กำหนดให้พร้อมรายงานผลการนิเทศ ปัญหาที่พบในแต่ละวันเพื่อเป็นข้อมูลในการปรับปรุงการนิเทศในวันต่อไปเพื่อหาแนวทางแก้ไขต่อไป 4) โปรแกรมการวางแผนการจำหน่าย โดยใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย (1) การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลภายหลังการจำหน่าย (2) การวินิจฉัยปัญหาภายหลังการดูแลภายหลังจำหน่าย (3) การกำหนดแผนการจำหน่ายตาม D-Method (4) การปฏิบัติตามแผนการจำหน่าย และ (5) การประเมินผล
2. การพัฒนาสมรรถนะ พยาบาลวิชาชีพ	2. การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่เพิ่มขึ้น 1) อบรมพยาบาลวิชาชีพ การใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบในเด็ก คู่มือการคัดกรองด้วยระบบสัญญาณเตือนอาการเปลี่ยนแปลง (PEWS) และโปรแกรมการวางแผนการจำหน่าย 2) เพิ่มการสื่อสารเพื่อสะท้อนกลับข้อมูลโดยการจัดตั้ง Line กลุ่ม 3) จัดอบรมฟื้นฟูความรู้และทบทวนการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบในเด็ก จากประเด็นปัญหาที่พบจากการปฏิบัติหน้าที่ร่วมกัน 4) เพิ่มช่องทางการสะท้อนกลับข้อมูลโดยการจัดตั้ง Line กลุ่มและส่งข้อมูลกลับในประเด็นปัญหาจากการปฏิบัติ

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการบริหารการพยาบาล ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในเด็ก

1) ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ ประกอบด้วย (1) การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน (2) การย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนักโดยไม่ได้วางแผน (3) ภาวะการหายใจล้มเหลว (4) ความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็ก

(1) การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน การย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนักโดยไม่ได้วางแผน และ ภาวะการหายใจล้มเหลว

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน การย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนักโดยไม่ได้วางแผน และภาวะการหายใจล้มเหลว ก่อนการใช้รูปแบบ และหลังการใช้รูปแบบ

ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ	ก่อนใช้รูปแบบ(N=264) ราย (ร้อยละ)	หลังใช้รูปแบบ (N=264) ราย (ร้อยละ)	Chi square
1. การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน	29 (10.98)	15 (5.68)	0.027
2. การย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนักโดยไม่ได้วางแผน	21 (7.95)	12 (4.54)	0.042
3. ภาวะการหายใจล้มเหลว	20 (7.58)	10 (3.79)	0.040

จากตารางที่ 2 พบว่าผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ (1) การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ลดลง (2) การย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนักโดยไม่ได้วางแผน และ (3) ภาวะการหายใจล้มเหลว ลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

(2) ความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ ต่อรูปแบบการบริหารการพยาบาล พบว่าความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ ต่อรูปแบบการบริหารการพยาบาล หลังใช้รูปแบบอยู่ในระดับสูงมากทุกข้อ โดยที่ความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับสูงมาก (Mean=4.73, S.D.= 0.15) ข้อที่มีความพึงพอใจสูงสุด คือการสอน การแนะนำการดูแลผู้ป่วยเช่น การพ่นยา การหยอดน้ำเกลือทางจมูก การล้างจมูกและการเคาะปอดระบายเสมหะ (Mean=4.84, S.D.= 0.14) รองลงมาคือความพึงพอใจในความเชี่ยวชาญของทีมที่ให้การดูแลผู้ป่วย (Mean=4.82, S.D.= 0.17)

2) ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ ประกอบด้วย (1) การปฏิบัติตามรูปแบบฯ (2) ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ และ (3) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบฯ

(1) การปฏิบัติตามรูปแบบการบริหารการพยาบาล ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในเด็ก ของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ร่วมกับการคัดกรองด้วยระบบสัญญาณเตือนอาการเปลี่ยนแปลง เป็นส่วนมากยกเว้น ในเรื่อง การลงบันทึกคะแนน PEWS และการสังเกตผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ปฏิบัติตามร้อยละ 93.33

(2) ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ร่วมกับการคัดกรองด้วยระบบสัญญาณเตือนอาการเปลี่ยนแปลง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรู้ ก่อนและหลังการพัฒนา (N=15)

	ก่อน		หลัง		95% confidence interval of the difference		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	lower	upper		
คะแนนความรู้ของพยาบาล	6.00	0.756	8.67	0.816	-2.937	-2.396	-21.166	.000

จากตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรู้ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

(3) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการบริหารการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ประเมินบุคลากรพยาบาลวิชาชีพ เมื่อสิ้นสุดการวิจัย พบว่าหลังใช้รูปแบบฯ พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจโดยรวม (Mean = 4.73, S.D. = 0.15) และรายด้านทุกข้ออยู่ในระดับสูงมาก โดยความพึงพอใจรูปแบบการดูแลมีความเข้าใจง่าย สามารถปฏิบัติตามแนวทางได้ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean= 5.00, S.D. = 0.00)

3) ผลลัพธ์ด้านองค์กร ประกอบด้วย จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ของจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ก่อนการใช้รูปแบบ และหลังการใช้รูปแบบ

	ก่อนพัฒนา (N=264)		หลังพัฒนา (N=264)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
จำนวนวันนอน	Mean= 5.15 วัน S.D. = 3.89 วัน		Mean= 5.39 วัน S.D. = 3.17 วัน		Z=-3.04 p=0.02
	Median = 4.0 วัน Q.D.= 1 วัน		Median = 5.0 วัน Q.D.= 1.5 วัน		
	Min = 1 วัน Max = 22 วัน		Min = 1 วัน Max = 24 วัน		
1-5 วัน	199	75.4	177	67.0	
6-10 วัน	29	11.0	64	24.2	
11-15 วัน	31	11.7	21	8.0	
>16 วัน	5	1.9	2	0.8	
ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	Mean= 34,761.67 S.D. = 65,400		Mean= 21,957.53 S.D. = 31,432.70		Z=-3.55 p=0.000
	Median = 8,346 Q.D.= 4,449.38		Median = 11,267 Q.D.= 6,742.06		
	Min = 2,395.5 Max = 322,374		Min = 2,690 Max = 261,306		

จากตารางที่ 4 พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบ ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 5.15 วัน (S.D. = 3.89 วัน) มีจำนวนวันนอนอยู่ในช่วง 1-5 วัน ร้อยละ 75.4 หลังพัฒนารูปแบบมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 5.39 วัน (S.D. = 3.17 วัน) มีจำนวนวันนอนอยู่ในช่วง 1-5 วัน ร้อยละ 67 ซึ่งไม่ลดลง แต่ผู้ป่วยที่มีวันนอนมากกว่า 16 วันลดลง ในส่วนค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย ก่อนพัฒนารูปแบบ 34,761.67 บาท หลังพัฒนา 21,957.53 บาท ลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ดีของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ คือ ไม่พบผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวหรือ การย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนักโดยไม่ได้วางแผน จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง และการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ลดลง ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับในระดับมากที่สุด ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จส่วนหนึ่ง คือ การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาและร่วมกันพัฒนาจนได้รูปแบบการบริหารการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่มีความเหมาะสมกับบริบทและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง นอกจากนี้ปัจจัยที่มีความสำคัญและเป็นจุดเด่นของการพัฒนารูปแบบในครั้งนี้คือการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลใน

การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โดยเฉพาะการประเมินความรุนแรงของภาวะการหายใจลำบาก การจัดการทางเดินหายใจ และการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนด้วยอัตราการไหลสูง การเฝ้าระวังด้วยระบบสัญญาณเตือน ส่งผลให้พยาบาลสามารถประเมินภาวะการหายใจลำบากได้รวดเร็วและแม่นยำตลอดจนมีการจัดการทางเดินหายใจได้ทันที่ ก่อนที่ผู้ป่วยเด็กจะมีอาการรุนแรงจนเกิดภาวะหายใจล้มเหลว และในการศึกษารังนี้ผู้ป่วยที่ศึกษาเป็นเด็กอยู่ในช่วงอายุ 1-5 ปี ที่ต้องการใกล้ชิดกับผู้ปกครอง ดังนั้นปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งก็คือ การนำผู้ปกครองหรือบุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Schepp⁹ ที่พบว่าผู้ดูแลของเด็กป่วยต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรม 4 ด้าน ได้แก่ (1) กิจกรรมที่ทำประจำ routine care (2) กิจกรรมพยาบาล (3)การแลกเปลี่ยนข้อมูล information sharing และ (4) การตัดสินใจ decision making พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเด็กได้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่สอดคล้องเหมาะสมกับความต้องการซึ่งส่งผลทำให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดี การที่พยาบาลมี การเฝ้าระวังด้วยระบบสัญญาณเตือน (PEWS) การนิเทศติดตาม ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ทำให้สามารถประเมินความรุนแรงของภาวะหายใจลำบากได้อย่างรวดเร็ว และจัดการแก้ไขทางเดินหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การศึกษานี้ ไม่พบผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนการหายใจล้มเหลว และการย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนักโดยไม่ได้วางแผนและมีการใช้วิธีการรักษาโดยให้ออกซิเจนชนิดอัตราการไหลสูงในการรักษาภาวะหายใจลำบากซึ่งช่วยลดอาการหายใจลำบาก ลดการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นผลให้ระยะวันนอนโรงพยาบาลลดลงสอดคล้องกับการศึกษาของมนรส อภิญญาลังกร วราภรณ์ ผาทอง และรัตนภรณ์ ภูมิรินทร์¹⁰ ที่ศึกษาประสิทธิภาพการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการทางเดินหายใจในผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบพบว่า ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการทางเดินหายใจมีวันนอนโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลทั่วไป โดยมีวันนอนเฉลี่ย 3.8 วัน และสอดคล้องกับการศึกษาของศิริวันต์ ยิ้มเลี้ยง พรทิพย์ รัตนวิชัย และช้องมาศ จักรวิเชียร¹¹ ที่ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพโรงพยาบาลพิจิตร หลังการใช้รูปแบบระยะวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดลดลงจาก 3.75 วัน เป็น 2.82 วัน และสอดคล้องกับการศึกษาของจากรพรรณ ต้นอารีย์¹² ที่ศึกษาประสิทธิภาพของการใช้ Pediatric Early Warning Score: PEWS ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลกำแพงเพชร พบว่ากลุ่มที่ใช้ PEWS มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ย น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีจำนวนวันนอนอยู่ที่ 2 วัน กลุ่มควบคุมมีจำนวนวันนอนอยู่ที่ 14 วัน และอัจจิมาวดี พงศ์ดารา¹³ ที่ศึกษาผลการใช้ High Flow Nasal Cannula (HFNC) ในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหายใจลำบาก โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ผลการศึกษาพบวันนอนนอนรวมในหอผู้ป่วยเฉลี่ยอยู่ที่ 4.5 วัน ซึ่งใกล้เคียงกับวันนอนเฉลี่ยในการศึกษานี้

ด้านอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ภายใน 28 วัน พบว่า หลังใช้รูปแบบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ลดลงอธิบายได้ว่า ผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมนรส อภิญญาลังกร, วราภรณ์ ผาทอง และ รัตนภรณ์ ภูมิรินทร์¹⁰ พบว่าผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังได้รับการสอน อธิบายได้ว่ารูปแบบนี้ได้มีโปรแกรมการวางแผนการจำหน่าย โดยนำผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับพร้อมทั้งสอนและฝึกทักษะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วย เช่น การช่วยพ่นยา เคาะปอด การช่วยดูแลผู้ป่วยขณะให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูง การล้างจมูก หยอดน้ำเกลือ และการเช็ดตัวลดไข้ เมื่อผู้ดูแลปฏิบัติไม่ถูกต้องทีมสหสาขาวิชาชีพ จะช่วยแก้ไข เมื่อปฏิบัติได้ถูกต้องจะได้รับคำชมเชย ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดวงเนตร ภูวัฒนาวณิช¹⁴ ที่ศึกษาผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อมารดาผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

พบว่ามารดามีความสามารถและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบเกี่ยวกับการเช็ดตัวลดไข้ การทำ
กายภาพบำบัดทรวงอกและการล้างจมูกสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการบริหารการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบร่วมกับการ
การคัดกรองด้วยระบบสัญญาณเตือนอาการเปลี่ยนแปลงโดยรวมอยู่ในระดับมาก ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ
โดยเมื่อพิจารณาข้อคำถาม ข้อคำถามที่พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงมาก มากที่สุดคือ พยาบาล
วิชาชีพ พึงพอใจในบทบาทหน้าที่ของท่านที่กำหนดไว้ในรูปแบบ (Mean= 4.82) สอดคล้องกับการศึกษาของรัชนิย์ พิมพ์
ใจชน¹⁵ ศึกษาผลของการใช้รูปแบบเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและสัญญาณเตือนของผู้ป่วยต่อความพึงพอใจของ
พยาบาลต่อการใช้ พบว่าความพึงพอใจของพยาบาลต่อ

การใช้แนวทางการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและสัญญาณเตือนของผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับ
การศึกษาของ Ennis¹⁶ กล่าวว่า เป็นการสนับสนุนในการสื่อสารเพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาทางการแพทย์อย่างรวดเร็วตาม
แผนการรักษา ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โดยกำหนดมาตรฐานการ
พยาบาล มาใช้ร่วมกับการคัดกรองด้วยระบบสัญญาณเตือนอาการเปลี่ยนแปลง มีระบบการนิเทศทางการพยาบาล ทำให้
พยาบาลวิชาชีพมีความมั่นใจในการคัดกรองด้วยระบบสัญญาณเตือนอาการเปลี่ยนแปลง เพื่อที่จะประเมินผู้ป่วยเด็ก
ได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โดยผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือการคัดกรองด้วยระบบ
สัญญาณเตือนอาการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพสามารถกลับมาศึกษาและทบทวนเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา เกิด
การเรียนรู้อย่างต่อเนื่องและเชื่อมั่นในการใช้รูปแบบการดูแล

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลงได้อย่างสมบูรณ์โดยได้รับความอนุเคราะห์จากคณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโสธร ที่
ได้ช่วยเหลือด้านข้อมูลต่างๆ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่
กรุณาตรวจสอบแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่
ให้ความร่วมมือและความอนุเคราะห์ข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นต่อการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization [Internet]. End preventable child deaths from pneumonia and
diarrhoea by 2015: The integrated global action plan for pneumonia and diarrhea. [cited 2022
April 27]. Available from: http://www.who.int/woman_child_accountability/news/gapdd_2013/en
2. Department of Disease Control. [Internet]. National disease surveillance (report 506). [cited 2023
January 1]. Available from: http://www.boe.moph.go.th/boedb/surdata/506wk/y61/d31_5261.pdf
3. สมาคมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็ก ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางการดูแล
รักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก พ.ศ. 2562: ปอดบวม (Pneumonia). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์
ไพรซ์ จำกัด; 2562.
4. โรงพยาบาลโสธร จังหวัดยโสธร สถิติประจำปี 2565. โรงพยาบาลโสธร: หน่วยเวชระเบียนโรงพยาบาลโสธร
จังหวัดยโสธร; 2565

5. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed. Journal of American Medical Association. 1988; 260(1):1743-8.
6. กองการพยาบาล. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2542.
7. Monaghan, A. Detecting and managing deterioration in children: Alan Monaghan describes how the introduction of a critical care outreach service and a pediatric early warning score improved management of acutely ill children. Pediatric Nursing, 2005; 17(1), 32-35.
8. Proctor, B. Training for the supervision alliance attitude, skill and intention in Fundamental Themes in Clinical Supervision: London: Routledge. 2001; 25-46.
9. Schepp, K. Psychometric assessment of the preferred participation scale for parent of hospitalized children. Unpublished manuscript, University of Washington, School of Nursing, Seattle, WA; 1995.
10. นนทส อภิญญาจักร วราภรณ์ ผาทอง และรัตนภรณ์ ภูมิรินทร์. ประสิทธิภาพการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการทางเดินหายใจในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2559; 27(เพิ่มเติม 1), 139-151.
11. ศิริวัฒน์ ยิ้มเลี้ยง พรทิพย์ รัตนวิชัย และช้องมาศ จักรวิเชียร. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดโดยการมีส่วนร่วมของทีมนสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลพิจิตร. วารสารกองการพยาบาล, 2552; 36(3), 96-112.
12. จารุพรรณ ตันอารีย์. ประสิทธิภาพการใช้ Pediatric early warning score: PEWS ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลกำแพงเพชร. ว. กุมารเวชศาสตร์ 2559; 55(3): 196-200.
13. อัจฉิมวดี พงศ์ดารา. ผลการใช้ High Flow Nasal Cannula (HFNC) ในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหายใจลำบาก. วารสารกุมารเวชศาสตร์, 2562; 58(3):175-80.
14. ดวงเนตร ภูพัฒนานิชย์. ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และความสามารถของมารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วารสารการพยาบาล. 2560; 19(2):35-44.
15. รัชนิย พิมพิไจน. ผลของการใช้รูปแบบเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและสัญญาณเตือนของผู้ป่วยต่อการย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผน[อินเทอร์เน็ต].ชลบุรี: กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี; 2557. สืบค้นเมื่อวันที่ 27 เมษายน 2565 เข้าถึงได้จาก: http://www.cbh.moph.go.th/app/intranet/files/km/1507186947_8.
16. Ennis, L. Pediatric early warning scores on a children's ward: A quality improvement initiative: Linda Ennis discusses the implementation and evaluation of a track and trigger system to improve the care, referral and outcomes for acutely ill young patients. Nursing Children and Young People, 2014; 26(7), 25-31.

Received: 15 Feb.2024, Revised: 24 Mar.2024

Accepted: 31 Mar.2024

บทความวิจัย

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงรายรุ่งนภา ยาวิโล^{1*} สรวิต บุญญฐิ²

บทคัดย่อ

ที่มา: โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ร้ายแรง เป็นมาตรการเฝ้าระวังเพราะเพิ่มความเสี่ยงของโรคต่าง ๆ อีกมากมาย และยังมีผู้ป่วยอีกหลายล้านคนที่ได้รับการรักษาแต่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้เหมาะสมได้ การที่ผู้ป่วยไม่มีความร่วมมือในการใช้ยาเป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตที่สูง และมีหลายการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า เชื้อชาติ เป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา งานวิจัยฉบับนี้จึงทำการศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มชาติพันธุ์ เพื่อศึกษาว่าปัจจัยใดที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา และสามารถใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาต่อไป

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย โดยปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ

แบบวิจัย: เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง

วัสดุและวิธีการ: ศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มชาติพันธุ์ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 174 คน เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2565 ถึง เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 โดยผู้วิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ และสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา: ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ในด้านของทัศนคติ/ความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและยาลดความดันโลหิต ส่งผลทางบวกต่อคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา มีค่าเท่ากับ 0.511 ($p\text{-value}<0.01$) และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ในด้านความซับซ้อนของแผนการใช้ยาส่งผลทางลบต่อคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา มีค่าเท่ากับ 0.161 ($p\text{-value}<0.05$) โดยปัจจัยทั้งสองสามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาได้ร้อยละ 27.90 (Adjusted R square = 0.279)

สรุป: ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ในด้านของทัศนคติ/ความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและยาลดความดันโลหิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ในด้านความซับซ้อนของแผนการใช้ยา สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาได้ ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มชาติพันธุ์ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย โดยสามารถนำผลจากการศึกษานี้ไปใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากกลุ่มชาติพันธุ์เป็นกลุ่มเปราะบาง ที่ต้องอาศัยความเข้าใจเป็นอย่างมาก ทั้งในด้านของภาษา ขนบธรรมเนียม ประเพณี และความเชื่อที่สืบทอดกันมารุ่นต่อรุ่น จึงจะสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุด

คำสำคัญ ความร่วมมือในการใช้ยา, โรคความดันโลหิตสูง, ชาติพันธุ์, แบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือ

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยพะเยา

² อาจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

*Corresponding author E-mail address : yawilorunghpa@gmail.com

Original Article

Factor Affecting to Madding Adherence Among Ethnic Hypertensive Patients of Maesai Sub-District Health Promotion Hospital, Maesai District, Chiangrai Province.

Rungnapha Yawilo^{1*} Sorawit Boonyathee²

Abstract

Rationale of the Study: Hypertension is a severe chronic disease, There is a silent killer as it increases the risk of many diseases and millions of patients are being treated but unable to control the level of blood pressure appropriately. Lack of cooperation with medication in patients is one of the reasons why patients have high blood pressure levels, and many studies have shown that ethnicity is one factor that correlates and affect the cooperation in medication use. Therefore, this research study with patients in ethnic groups with hypertension, To study what factors that affect medication cooperation and can be used as a guideline to solve the problems further.

Research objectives: To study factors affecting medication use cooperation of patients in ethnic groups with hypertension, Mae Sai Health Promoting Hospital, Mae Sai District, Chiang Rai Province.

The factors studied are Patient's personal factors, Health factor, Social and economic factors, Factors related to treatment, and factors related to the health service system.

Research methods: Cross-sectional study.

Materials and method: Study in hypertension patients in ethnic groups who received treatment services in Mae Sai Health Promoting Hospital, Mae Sai District, Chiang Rai Province. Number of samples 174 people collected data from December 2022 to February 2023. The researchers analyzed the data by descriptive statistics, correlation coefficient statistics, and stepwise multiple regression analysis.

Results: Patient's personal factors in terms of attitudes/beliefs about hypertension and antihypertensive medication has a positive effect on medication cooperation scores is equal to 0.511 (p-value<0.01) and factors related to treatment in terms of the complexity of medication plans negatively affect the score of medication cooperation is equal to 0.161 (p-value<0.05), Both factors can predict medication use cooperation at 27.90 percent (Adjusted R square = 0.279).

Conclusion: Patient's personal factors in terms of attitudes/beliefs about hypertension and antihypertensive medication and factors related to treatment in terms of the complexity of medication plans, Able to predict medication cooperation in hypertension patients in ethnic groups who received treatment services in Mae Sai Health Promoting Hospital, Mae Sai District, Chiang Rai Province. The result of this study can be utilized to plan to solve problems and develop projects to promote cooperation in the appropriate use of medicines, because ethnic group is a fragile group that requires a lot of understanding. In terms of language, customs, traditions and beliefs that have been passed down from generation to generation. So, the problem can be solved most efficiently.

Key words: Medication use cooperation, Hypertension, Ethnicity, Multidimensional Adherence Model: MAM

บทนำ

“มาตกรเจียบ” อีกชื่อเรียกหนึ่งของโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงของโรคหัวใจ สมอ่ง ไต และโรคอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญ หนึ่งในเป้าหมายที่สำคัญระดับโลก ในปี พ.ศ. 2553 ถึง พ.ศ. 2573 คือ ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงต้องลดลงร้อยละ 33¹ จากรายงานสถานการณ์ความดันโลหิตสูงทั่วโลก พบว่า สาเหตุการตายจากโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกสูงถึง 7.5 ล้านคน สำหรับสถานการณ์ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคนในรอบ 5 ปี (พ.ศ. 2556 - พ.ศ. 2560) เพิ่มขึ้นจาก 3,936,171 คน เป็น 5,597,671 คน จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทย จังหวัดเชียงรายเป็นจังหวัดที่มีอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปี และในปี พ.ศ. 2564 พบอัตราความชุก 18,788 รายต่อแสนประชากร อำเภอแม่สายก็เช่นกันพบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เช่นกัน ล่าสุดในปี พ.ศ. 2564 พบอัตราความชุกโรคความดันโลหิตสูง 17,399 รายต่อแสนประชากร²

มาตรฐานการรักษาโรคความดันโลหิตสูงมี 2 วิธี คือ การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และการให้ยาลดความดันโลหิต ซึ่งสาเหตุของปัญหาการควบคุมความดันโลหิตในประเทศไทยเกิดจาก 3 สาเหตุ ได้แก่ 1) มีผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงร้อยละ 45 (ประมาณ 5.8 ล้านคน) ไม่เคยทราบหรือเคยทราบแต่ไม่ตระหนักว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพราะมักจะไม่มีอาการ 2) มีผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงร้อยละ 6 (ประมาณ 0.8 ล้านคน) ที่ปฏิเสธการรักษาหรือไม่ได้รับการติดตามและรักษาอย่างถูกต้อง และ 3) การที่มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งแม้จะได้รับการรักษาอยู่แต่ก็ยังคงควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ประมาณ 2.5 ล้านคนทั่วประเทศ³

องค์การอนามัยโลกได้รวบรวมปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาจากกลุ่มโรคเรื้อรังต่าง ๆ ได้แบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือในการใช้ยา (Multidimensional Adherence Model: MAM) ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ปัจจัย ดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย, ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ, ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ, ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ⁴ แต่ผลการศึกษายังมีความขัดแย้งกันและยังไม่สามารถสรุปได้ชัดว่าปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อความร่วมมือในการทานยาหรือไม่อย่างไร แต่ในการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ปัจจัยด้านเชื้อชาติเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา เช่น จากการศึกษาสถานะทางเชื้อชาติ พบว่า ชนกลุ่มน้อยอาจมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการทานยา⁵ และพบว่า อายุ เพศ เชื้อชาติ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือและการจัดการทางการแพทย์⁶ และได้มีการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่มีประกันของเอกชนในสหรัฐอเมริกาในเวลา 2 ปีครึ่ง พบว่าคนที่มีความพิการและเชื้อสายสเปนมีความร่วมมือในการใช้ยาค่อนข้างต่ำกว่าคนผิวขาวร้อยละ 7.5⁷

ประชากรในพื้นที่ตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ซึ่งเป็นพื้นที่ชายแดนที่มีความความหลากหลายด้านชาติพันธุ์ทำให้มีความแตกต่างกันในหลายด้าน เช่น วิถีชีวิต วัฒนธรรม ภาษา การศึกษา จากข้อมูลในโปรแกรม JHCIS พบว่า ปัจจุบันมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สายจำนวน 844 ราย โดยเป็นประชากรกลุ่มชาติพันธุ์ จำนวน 267 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.63 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาในกลุ่มชาติพันธุ์ เพื่อใช้ในการวางแผนแก้ไขและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมต่อไป

วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือ ประชากรที่มีเชื้อชาติอื่น ๆ ที่ไม่ใช่เชื้อชาติไทย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตสูง และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย จำนวนทั้งสิ้น 267 คน

คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของแดเนียล⁸ ในกรณีที่ทราบประชากรที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ดังสูตร

$$\frac{NZ^2P(1-p)}{d^2(N-1) + Z^2p(1-p)}$$

n= จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

N= จำนวนประชากรเป้าหมายทั้งหมด

p= สัดส่วนของลักษณะที่สนใจประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด p=0.5)

d= ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

Z= ค่าคะแนนมาตรฐานเมื่อกำหนดให้ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05(1.96)

$$n = \frac{(267)(1.96)^2(0.5)[(1-0.5)]}{(0.05)^2[(267-1)] + (1.96)^2(0.5)[(1-0.5)]}$$

$$n = \frac{256.4268}{1.6254}$$

$$n = 157.76227 \approx 158 \text{ คน}$$

เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยทำการเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง 10% ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน (Simple random sampling without replacement: SRSWOR) ซึ่งจะได้กลุ่มตัวอย่าง 174 คน

เกณฑ์การคัดเลือก

เกณฑ์การคัดเข้า เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่อาศัยอยู่ในตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง เข้ารับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต ไม่น้อยกว่า 2 เดือน โดยกลุ่มตัวอย่างรับทราบรายละเอียดของการวิจัย และยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก กลุ่มตัวอย่างถูกส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น ย้ายถิ่นฐานที่อยู่ หรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือคัดกรอง จำนวน 1 ชุด

1. แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาของมอริสกี ชนิด 8 คำถาม (8-item Morisky Medication Adherence Scale; MMAS-8) จำนวน 8 ข้อ โดย 7 ข้อแรก เป็นคำถามปลายปิด ให้ตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” มีคะแนนเป็น 0 และ 1 ส่วนข้อที่ 8 เป็นคำถามปลายเปิดมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่แปลเป็นภาษาไทยและมีการแปลย้อนกลับอย่างสมบูรณ์มาใช้ โดยมีค่าความตรงของเนื้อหา (Content validity index) เท่ากับ 0.97 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.803 มีการแปลผลความร่วมมือในการใช้ยาออกเป็น 3 ระดับ: ระดับต่ำ (น้อยกว่า 6 คะแนน) ระดับปานกลาง (6-น้อยกว่า8) และระดับสูง (8 คะแนน)⁹

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 9 ชุด

การสร้างเครื่องมือในการวิจัย

การสร้างเครื่องมือในการวิจัย ผู้วิจัยได้วางกรอบร่างของเครื่องมือ เพื่อวัดตัวแปรตาม วัดวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยได้ทำการค้นคว้าและศึกษาข้อมูลจากแหล่งอ้างอิงที่น่าเชื่อถือ พร้อมทั้งทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.2 ผู้วิจัยวิเคราะห์วัตถุประสงค์และกำหนดประเด็นคำถามที่จะกำหนดตามรายละเอียดการวัด เพื่อตอบตามวัตถุประสงค์ร่างและพิมพ์แบบสอบถามตามที่ได้กำหนดไว้

2.3 นำแบบสอบถามส่งให้ผู้เชี่ยวชาญประเมิน และนำมาปรับปรุงจนดัชนีความสอดคล้อง จากความเห็นโดยผู้เชี่ยวชาญมีค่าอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2.4 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กที่มีความคล้ายคลึงกันจำนวน 30คน เพื่อประเมินค่าความตรงและค่าความเที่ยง นำมาปรับปรุงให้มีกระชับและความเหมาะสมต่อไป

2.5 ส่งพิมพ์และเย็บชุดแบบสอบถาม เพื่อเตรียมนำไปใช้เก็บข้อมูลต่อไป เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ โดยผู้ศึกษาพัฒนามาจากงานวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

- 1) นำแบบสอบถามตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และนำแบบสอบถามมาปรับแก้ไขให้มีเนื้อหาตรงกับเรื่องที่ต้องการวัด
- 2) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาและ ผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบ ความถูกต้อง การวัดตามเกณฑ์การให้คะแนนและการใช้ภาษาที่เหมาะสม เพื่อปรับปรุงและแก้ไขเพิ่มเติม และหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ ซึ่งแต่ละท่านพิจารณาความเห็นและให้คะแนน ดังนี้

ให้คะแนน -1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์

ให้คะแนน 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

ให้คะแนน 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

- 3) นำข้อมูลที่รวบรวมจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of item Objective Congruence) โดยคำนวณจากสูตร ดังนี้

IOC = ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์

R = ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัดพบว่า แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและยาลดความดันโลหิต มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.97, แบบสอบถามทัศนคติ/ความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยาลดความดันโลหิต มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.89, แบบสอบถามอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่พบหลังรับประทานยาลดความดันโลหิต มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.83 และแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรการแพทย์ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.91 จากนั้นนำไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

2. การประเมินค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability)

การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ ตำบลเวียงพางคำ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้เคียง ตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย จำนวน 30 คน โดยนำคะแนนที่ได้มาคำนวณค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยาลดความดันโลหิต โดยใช้สูตร KR-20 ของ Kuder-Richardson และคำนวณค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในด้านทัศนคติ/ความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยาลดความดันโลหิต แบบสอบถามอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่พบหลังรับประทานยาลดความดันโลหิต และแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรการแพทย์ โดยใช้สูตร Cronbach's Alpha Coefficient โดยแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีจำนวน 9 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ชาติพันธุ์ และการสื่อสาร

2. แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและยาลดความดันโลหิต จำนวน 12 ข้อ ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน แต่ถ้าตอบผิดให้ 0 คะแนน งานวิจัยฉบับนี้ได้รับรวบรวมจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่าดัชนีเท่ากับ 0.97 และได้ นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน 30 ตัวอย่าง ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีหาค่า KR-20 ของ Kuder-Richardson เท่ากับ 0.792 มีการแปลผลแบ่งระดับความรู้ออกเป็น 3 ระดับ: ระดับต่ำ (0-7 คะแนน) ระดับปานกลาง (8-9 คะแนน) และระดับสูง (10-12 คะแนน)

3. แบบวัดทัศนคติ/ความเชื่อ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยาลดความดันโลหิต จำนวน 13 ข้อ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.89 จากนั้นนำไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.842 มีเกณฑ์การให้คะแนน Rating Scale 5 ระดับ และแปลผลคะแนนตามแนวคิดของเบสท์¹⁰ โดยแบ่งระดับทัศนคติออกเป็น 3 ระดับ: ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.66) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67-5.00)

4. แบบประเมินความรุนแรงของโรคเป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล: The Modified Barthel Activities of Daily Index (MBAI) จำนวน 10 ข้อ ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยแบ่งความรุนแรงออกเป็น 4 ระดับ: ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ (0-4 คะแนน) ภาวะพึ่งพารุนแรง (5-8 คะแนน) ภาวะพึ่งพาปานกลาง (9-11 คะแนน) และไม่เป็นภาระพึ่งพา (12-20 คะแนน)¹¹

5. แบบประเมินภาวะโรคร่วม Charlson Comorbidity Index: CCI โดยแต่ละโรคจะมีค่าคะแนน 1, 2, 3, และ 6 คะแนน ให้ใส่คะแนนตามโรคที่ผู้ป่วยเป็นลงในช่อง “คะแนน” โดยคะแนนสูงขึ้น หมายถึง ระดับความรุนแรงของโรคร่วมที่สูงขึ้น ซึ่งผู้วิจัยประเมินจากประวัติการรักษาของผู้ป่วยประกอบกับการสอบถามผู้ป่วยโดยตรง มีการ

แปลผล ดังนี้ ไม่มีโรคร่วม (0 คะแนน) มีโรคร่วมน้อย (1-2 คะแนน) มีโรคร่วมปานกลาง (3-4 คะแนน) และมีโรคร่วมมาก (5 คะแนนขึ้นไป)¹²

6. แบบบันทึกความซับซ้อนของแผนการให้ยา (Medication Regimen Complexity Index: MRCI)¹³ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย รูปแบบของยาที่ใช้ (Dosage Forms) จำนวน 32 ข้อ ส่วนที่ 2 ความถี่ในการบริหารยา (Dosing Frequencies) จำนวน 23 ข้อ และส่วนที่ 3 วิธีใช้ยาเทคนิคพิเศษ (Additional Directions) จำนวน 10 ข้อ โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (โปรแกรม JHCIS) และ โรงพยาบาลแม่สาย (Hos XP) โดยบันทึกข้อมูลการให้ยาของผู้ป่วยลงโปรแกรม Microsoft Access Database (Medication Regimen Complexity Index: MRCI) ประมวลผลข้อมูล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับความซับซ้อนต่ำ (3-15 คะแนน), ระดับความซับซ้อนปานกลาง (16-28 คะแนน) และระดับความซับซ้อนสูง (29-41 คะแนน)

7. แบบสอบถามอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่พบหลังรับประทานยาลดความดันโลหิต จำนวน 16 ข้อ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.83 จากนั้นนำไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.828 มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ให้ 0 คะแนน และ พบอาการไม่พึงประสงค์ให้ 1 คะแนน

8. แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม Revised-Thai version of the Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support: r-T-MSPSS (ฉบับภาษาไทย)¹⁴ ผ่านการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.92 ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 12 ข้อ ให้เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ และแปลผลคะแนนตามแนวคิดของเบสท์¹⁰ โดยแบ่งระดับทัศนคติออกเป็น 3 ระดับ: ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.66) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67-5.00)

9. แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรการแพทย์ ผู้วิจัยแปลและดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ (Trust in Physician Scale: TPS) ของ Anderson และ Dedrick¹⁵ ในการประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ มีคำถาม 12 ข้อ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.91 จากนั้นนำไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.785 มีเกณฑ์การให้คะแนน Rating Scale 5 ระดับ และแปลผลคะแนนตามแนวคิดของเบสท์¹⁰ โดยแบ่งระดับทัศนคติออกเป็น 3 ระดับ: ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.66) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67-5.00)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูล และแปลผลข้อมูล ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีการกำหนด ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 และใช้สถิติในการศึกษา ได้แก่

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา และระดับความร่วมมือในการใช้ยา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

สถิติเชิงวิเคราะห์

1. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มชาติพันธุ์ โดยตัวแปรเชิงกลุ่มใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square Test) และตัวแปรเชิงปริมาณใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson' correlation coefficient)

2. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มชาติพันธุ์ โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ในการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 174 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 83.91 มีอายุเฉลี่ย 63.27 ปี (SD = 8.40) มีสถานภาพสมรสร้อยละ 70.11 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 45.40 ด้านกลุ่มชาติพันธุ์พบว่าส่วนใหญ่เป็นไทยใหญ่ร้อยละ 47.70 รองลงมาคือไทยลื้อร้อยละ 46.55 ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและยาลดความดันโลหิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.69 ด้านทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและยาลดความดันโลหิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 73.56 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย (n=174)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	28	16.09
- หญิง	146	83.91
อายุ		
- ต่ำกว่า 59 ปี	53	30.46
- 60 – 69 ปี	82	47.13
- 70 – 79 ปี	36	20.69
- 80 ปี ขึ้นไป	3	1.72
$\bar{x} = 63.27$, SD = 8.403, Med = 64 , Min = 40, Max = 89		
สถานภาพ		
- โสด	12	6.90
- สมรส	122	70.11
- หม้าย	32	18.39
- หย่า/แยกกันอยู่	8	4.60
อาชีพ		
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	79	45.40
- ค้าขาย	46	26.44
- เกษตรกรรม	15	8.62
- รับจ้าง	34	19.54
ชาติพันธุ์		

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
- ไทยใหญ่	83	47.70
- ไทยลื้อ	81	46.55
- ไทยจีน	3	1.72
- จีนฮ่อ	1	0.57
- พม่า	2	1.15
- ลาหู่	2	1.15
- อาข่า	2	1.15

ระดับความรู้

- ความรู้ระดับต่ำ	1	0.57
- ความรู้ระดับปานกลาง	50	28.74
- ความรู้ระดับสูง	123	70.69

$\bar{x} = 10.10$, $SD = 1.20$, $Med = 10$, $Min = 6$, $Max = 12$

ระดับทัศนคติ/ความเชื่อ

- ทัศนคติระดับต่ำ	32	18.39
- ทัศนคติระดับปานกลาง	128	73.56
- ทัศนคติระดับสูง	14	8.05

$\bar{x} = 40.49$, $SD = 7.53$, $Med = 43$, $Min = 23$, $Max = 54$

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ

การศึกษานี้ประเมินความรุนแรงของโรคจากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี ไม่เป็นการพึ่งพาร้อยละ 95.98 รองลงมาคือภาวะพึ่งพาปานกลางเพียงร้อยละ 2.30 ($\bar{x} = 19.28$, $SD = 2.37$) และกลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะโรคร่วมมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 52.30) รองลงมาคือมีโรคร่วมน้อยร้อยละ 47.70 ($\bar{x} = 0.59$, $SD = 0.68$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละ ของปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ (n=174)

ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ความรุนแรงของโรค		
- ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์	0	0.00
- ภาวะพึ่งพารุนแรง	3	1.72
- ภาวะพึ่งพาปานกลาง	4	2.30
- ไม่เป็นการพึ่งพา	167	95.98
$\bar{x} = 19.28$, $SD = 2.37$, $Med = 20$, $Min = 7$, $Max = 20$		
ภาวะโรคร่วม		
- ไม่มีโรคร่วม	91	52.30
- มีโรคร่วมน้อย	83	47.70

- มีโรคร่วมปานกลาง	0	0.00
- มีโรคร่วมมาก	0	0.00
$\bar{x} = 0.59, SD = 0.68, Med = 0, Min = 0, Max = 2$		

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ

การศึกษาในด้านสังคมและเศรษฐกิจ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือมากถึงร้อยละ 95.40 และไม่มีรายได้ร้อยละ 46.55 รองลงมาคือ มีช่วงรายได้ระหว่าง 1 – 2,000 บาท ร้อยละ 21.84 ($SD = 3,237.57$) กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงร้อยละ 71.26 รองลงมาคือมีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางร้อยละ 25.86 ($\bar{x} = 47.72, SD = 8.81$) โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละ ของปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ (n=174)

ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ	ความถี่	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
- ไม่ได้เรียนหนังสือ	166	95.40
- ประถมศึกษา	8	4.60
รายได้ต่อเดือน		
- ไม่มีรายได้	81	46.55
- 1 – 2,000 บาท	38	21.84
- 2,001 – 5,000 บาท	27	15.52
- 5,000 บาท ขึ้นไป	28	16.09
$SD = 3,237.57, Med = 2,000, Min = 0, Max = 15,000$		
ความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม		
- มีการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ	5	2.87
- มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง	45	25.86
- มีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง	124	71.26
$\bar{x} = 47.72, SD = 8.81, Med = 49, Min = 25, Max = 60$		

ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาในด้านความซับซ้อนของแผนการใช้ยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีระดับความซับซ้อนต่ำ ร้อยละ 99.43 ($\bar{x} = 8.13, SD = 2.84, Min = 4, Max = 19$) และในด้านของการเกิดอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ ส่วนใหญ่ไม่พบอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 86.78 ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละ ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา (n=174)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
ความซับซ้อนของแผนการใช้ยา		
- ระดับความซับซ้อนต่ำ	173	99.43
- ระดับความซับซ้อนปานกลาง	1	0.57
- ระดับความซับซ้อนสูง	0	0.00

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
$\bar{x} = 8.13$, $SD = 2.84$, $Med = 7$, $Min = 4$, $Max = 19$		
อาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์		
- ไม่พบ	151	86.78
- พบ	23	13.22

ส่วนที่ 5 ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพในด้านของสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรการแพทย์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมาถึงร้อยละ 89.08 มีความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 51.81$, $SD = 5.56$) และกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ (ร้อยละ 99.43) ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ (n=174)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรการแพทย์		
- มีความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพระดับต่ำ	2	1.15
- มีความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพระดับปานกลาง	17	9.77
- มีความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพระดับสูง	155	89.08
$\bar{x} = 51.81$, $SD = 5.56$, $Med = 52.50$, $Min = 23$, $Max = 60$		
การสื่อสารภาษาไทย		
- ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้	1	0.57
- สามารถสื่อสารภาษาไทยได้	173	99.43

จากการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตกลุ่มชาติพันธุ์ พบว่า ส่วนใหญ่ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.22 รองลงมาความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 21.84 ($\bar{x} = 6.50$, $SD = 1.12$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละของความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตกลุ่มชาติพันธุ์ (n=174)

ความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตสูง	จำนวน	ร้อยละ
ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ	38	21.84
ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง	110	63.22
ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับสูง	26	14.94
$\bar{x} = 6.50$, $SD = 1.12$, $Med = 6.75$, $Min = 2.50$, $Max = 8$		

จากการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทั้งหมดกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มชาติพันธุ์ พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสูงสุด คือ ปัจจัยส่วนบุคคลในด้านทัศนคติ/ความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยาลดความดันโลหิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการใช้ยา ($r = 0.511$, $p < 0.01$) และสถานภาพสมรสที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาเช่นกัน ($r = 0.16748$, $p < 0.05$) รองลงมาคือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาในด้านของการ

เกิดอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์หลังรับประทานยาลดความดันโลหิตซึ่งความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการใช้ยา ($r = 7.380$, $p < 0.05$) และสุดท้ายตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ต่ำสุด คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาในด้านความซับซ้อนของแผนการใช้ยาที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความร่วมมือในการใช้ยา ($r = -0.165$, $p < 0.05$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มชาติพันธุ์ (n=174)

ปัจจัย	ความร่วมมือในการใช้ยา	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย		
- สถานภาพสมรส	16.748	0.010
- ทศนคติ/ความเชื่อ	0.511	<0.001
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา		
- อาการไม่พึงประสงค์	7.380	0.025
- ความซับซ้อนของแผนการใช้ยา	-0.165	0.030

จากผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ของตัวแปรทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ในด้านของทศนคติ/ความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและยาลดความดันโลหิต ส่งผลทางบวกต่อคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา มีค่าเท่ากับ 0.511 และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ในด้านความซับซ้อนของแผนการใช้ยาส่งผลทางลบต่อคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา มีค่าเท่ากับ 0.161 ดังตาราง 8 ทั้งนี้พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ในด้านของทศนคติ/ความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและยาลดความดันโลหิตส่งผลทางบวกต่อคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาสูงสุด โดยตัวแปรทำนายทั้งสองตัวสามารถร่วมกันทำนายคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ ได้ร้อยละ 27.90 (Adjusted R square=0.279)

ดังนั้น สามารถเขียนสมการพยากรณ์คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา ในรูปแบบมาตรฐานได้ดังต่อไปนี้

$$Y' = b_0 + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_nx_n$$

เมื่อ Y' = คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา

b_0 = ค่าคงที่ (Constant)

$b_1, b_2, \dots, b_n$ = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนาย (b)

$$Y' = 3.939 + 0.511 (\text{ทศนคติ/ความเชื่อ}) - 0.161 (\text{ความซับซ้อนของแผนการใช้ยา})$$

ตารางที่ 8 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ของตัวแปรทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ (n=174)

ตัวแปรทำนาย	สัมประสิทธิ์ถดถอยที่ไม่ปรับ		สัมประสิทธิ์ถดถอยปรับ		t	p-value
	มาตรฐาน		มาตรฐาน			
	B	Std. Error	Beta			
ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย						
- ทศนคติ/ความเชื่อ	0.076	0.010	0.511		7.796	<0.001**
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา						

- ความซับซ้อนของแผนการใช้จ่าย	-0.064	0.026	-0.161	-	0.013*
				2.496	
ค่าคงที่ (Constant)	3.939	0.449		8.779	<0.001**

R = 0.536, R Square = 0.287, Adjusted R Square = 0.279, SE = 0.95417

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

วิจารณ์

การวัดความร่วมมือในการใช้จ่ายสามารถทำได้หลากหลายวิธี สำหรับการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินของ Morisky ชนิด 8 คำถาม ฉบับภาษาไทย พบว่าความร่วมมือในการใช้จ่ายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มชาติพันธุ์ที่เข้ารับการรักษานาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงราย ส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการใช้จ่ายอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 63.22) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ชาศรีญาณ บัญเกื้อ และคณะ¹⁶ ที่พบว่าส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดระดับมาก (ร้อยละ 74.6) และการศึกษาของ ประเมษฐ์ พรหมพินิจ และคณะ¹⁷ ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการใช้จ่ายอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 63.4) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ซึ่งบางท่านอาจมีความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิการรักษาของตนทำให้รู้สึกว่าจะต้องพยายามทานยาให้ถูกต้องมากที่สุด กลัวไม่ได้ทานยาอีก กลัวเสียค่าใช้จ่ายสูง แต่บางท่านที่ไม่ค่อยใส่ใจเรื่องการใช้จ่ายอาจเป็นเพราะอาชีพที่ทำอยู่ทำให้ไม่มีเวลาที่แน่นอน (กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 26.44 และรับจ้าง ร้อยละ 19.54)

สาเหตุของความไม่ร่วมมือในการใช้จ่ายสามอันดับแรก ได้แก่ 1) เมื่อเดินทางหรือออกจากบ้าน มักจะลืมเอายาไปด้วย (ร้อยละ 28.7) 2) การลืมทานยา 3) รู้สึกว่าการทานยาทุกวันเป็นความไม่สะดวก รำคาญที่ต้องเคร่งครัดกับการทานยา สอดคล้องกับงานวิจัยของ Delara Laghousi, et al.¹⁸ พบว่าสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการใช้จ่ายของกลุ่มตัวอย่าง คือ หยุคกินยาเนื่องจากการหลงลืม และด้วยเหตุผลอื่นนอกเหนือจากการลืม ส่วนงานวิจัยของ ปิติพร สิริทิพากร , วีรศักดิ์ เมืองไพศาล¹⁹ พบว่า สาเหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถรับประทายาอย่างสม่ำเสมอได้เนื่องจาก ลืมรับประทายา (ร้อยละ 50.2) และลืมนำยาประจำติดตัวไปด้วย เมื่อต้องไปพักค้างที่ต่างจังหวัด อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างไม่ได้มีถิ่นกำเนิดอยู่ที่ประเทศไทย และญาติพี่น้องก็ย้ายที่อยู่กันไปหลายที่ เช่น อำเภอเชียงแสน อำเภอแม่จัน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย หรือในเขตอำเภอแม่สายแต่คนละตำบล ทำให้มีความคิดถึงกัน ยากพูดคุย ยากเจอกัน และการไปเจอกันในแต่ละครั้งต้องมีการพักค้างคืน บางครั้งลืมนำยาติดตัวไปด้วย และไม่ได้ไปติดต่อรับยาที่สถานพยาบาล รพ.สต.หรือโรงพยาบาลในพื้นที่นั้น ๆ อาจเป็นเพราะความรู้หรือกลัวเสียค่าใช้จ่าย ทำให้ไม่ได้รับประทายาต่อเนื่อง

ทัศนคติและความเชื่อเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้จ่ายและสามารถทำนายความร่วมมือในการใช้จ่ายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ (Beta=0.511, p-value <0.001) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ วิภาวรรณ ชันแก้ว และคณะ²⁰ ที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทายาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งอธิบายไว้ว่าหากผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับสูง ผู้ป่วยจะเข้าใจผลดีของพฤติกรรมต่อสุขภาพและส่งผลทำให้เกิดความร่วมมือในการใช้จ่าย (B=0.513, p-value<0.01) และการศึกษาของ นุชราพร แซ่ตั้ง และ นิหรา กิจธีรภูมิพงษ์²¹ พบว่าทัศนคติในการใช้จ่ายวิถีชีวิตสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาวิถีชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุข ได้ร้อยละ 45.6 (b=0.415, p-value<0.01) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่ไม่สามารถอ่านหรือเขียนภาษาไทยได้ การที่บุคคลเหล่านี้จะได้รับสิ่งที่ถูก

ถ่ายทอดมา มีเพียงช่องทางเดียว คือ การฟัง ทั้งสิ่งที่ถูกต้องและสิ่งที่มีความเชื่อผิด ๆ ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างจะไม่สามารถวิเคราะห์หรือหาความรู้เพิ่มเติมได้เลย หากบุคคลที่พูดเป็นคนที่น่าเชื่อถือ กลุ่มตัวอย่างจะเชื่อ นำไปปฏิบัติ และบอกกล่าวกับญาติพี่น้องต่อไป

ความซับซ้อนของแผนการใช้ยาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาและสามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน และมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ ดารณี ธนุแก้ว และคณะ²² พบว่าแบบแผนของการใช้ยาลดความดันโลหิตในระดับต่ำจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มให้ความร่วมมือในการใช้ยาที่ดี และงานวิจัยของ ศิณภาพรณ หอมรส²³ ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับประทานยาต่ำกว่า 6 เม็ดต่อวัน มีโอกาสร่วมมือในการใช้ยาได้มากกว่าผู้ป่วยที่รับประทานยา 6 เม็ดต่อวันขึ้นไป อยู่ 2.29 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 1.43 ถึง 3.67) ซึ่งมีความแตกต่างกับงานวิจัยของ Hyo Yoon Choi., et al.²⁴ ที่พบว่าหากผู้ป่วยทานยาลดความดันโลหิตร่วมกับยาโรคเบาหวาน ผู้ป่วยจะมีความร่วมมือในการใช้ยาได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ทานแค้ยาลดความดันโลหิตเพียงอย่างเดียว อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านหรือเขียนภาษาไทยได้ ดังนั้นจึงใช้การจำเพียงอย่างเดียว ในการทานยาแต่ละมื้อ บางครั้งผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอาจมีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน โรคหอบหืด โรคไตเรื้อรัง ฯลฯ ซึ่งอาจจะมีทั้งยาทาน ยาฉีด และยาพ่น หรืออาจมีแค้ยาทานแต่ทานหลายเม็ด หลายมื้อ ก่อนอาหาร หลังอาหาร ก่อนนอน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสับสน จำไม่ได้ จึงทำให้ใช้ยาผิด ๆ ถูก ๆ

สรุป

จากการนำแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือในการใช้ยา (Multidimensional Adherence Model: MAM) ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ปัจจัย คือ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย, ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ, ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ, ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ได้มีความครอบคลุมในทุก ๆ ด้าน อาจมีติดขัดเล็กน้อยในเรื่องของภาษา แต่ด้วยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยมานานกว่า 10 ปี และผู้วิจัยเป็นผู้สอบถามเองทุกราย จึงได้คำตอบที่ถูกต้องและเป็นความจริง จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นปัจจัยที่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มชาติพันธุ์ 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา และจากการตอบแบบสอบถาม พบว่า สาเหตุหลักของความไม่ร่วมมือในการใช้ยา คือ การลืมทานยา ดังนั้น ควรจัดทำโปรแกรมที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้จนเกิดเป็นทัศนคติที่ถูกต้อง มีพฤติกรรมพฤติกรรมที่เหมาะสม พร้อมกับการใช้โปรแกรมคอยเตือนการทานยาให้ผู้ป่วยร่วมด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นพ.สรวิศ บุญญฐี สำหรับคำแนะนำอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการดำเนินการวิจัย

ขอขอบคุณพื้นที่การวิจัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย และอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่ให้ข้อมูล จนการดำเนินการวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Hypertension. [Online].2023 [cited 2023 April 10]. Available from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. อัตราความชุกโรคความดันโลหิตสูง [Available from: http://61.19.32.29/smart-ncd-cro/web/index.php?r=report/greport&id=ht_Prevalence&pur=09&sp_level=&year=2023

3. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562. พิมพ์ครั้งที่ 1 เชียงใหม่ : สำนักพิมพ์ทริค อินค์; 2562
4. Karen Strike, Anthony Chan, Alfonso Iorio, Monica R. Maly, Paul W. Stratford, Patricia Solomon. Predictors of treatment adherence in patients with chronic disease using the Multidimensional Adherence Model: unique considerations for patients with haemophilia. J Haem Pract 2020; 7(1):92-101. doi: 10.17225/jhp00152
5. Alina Gast and Tim Mathes. Medication adherence influencing factors—an (updated) overview of systematic reviews. Gast and Mathes Systematic Reviews 2019; 8(112):1-17.
6. Spoorthy Kulkarni and Johann Graggaber. How to improve compliance to hypertension treatment. e-Journal of Cardiology Practice 2022; 22(1)
7. Zhiwen Xie, Patricia St. Clair, Dana P. Goldman, Geoffrey Joyce. Racial and ethnic disparities in medication adherence among privately insured patients in the United States. Plos one 2019; 14(2):1-9.doi:
8. Daniel, W. W. (1999). Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences. (7th ed). New York: John Wiley & Sons.
9. นางลักขณ์ อิงคณณี, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, วิมรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, ธวัชชัย พิรพัฒน์ดิษฐ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. Journal of Nursing Science 2011;29(2):56-64
10. Best, J. W. (1977). Research in Education. New Jersey: Prentice hall Inc.
11. คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564. พิมพ์ครั้งที่ 1; 2564
12. กระทรวงสาธารณสุข. หลักเกณฑ์การจัดสรรทรัพยากรในการบริหารผู้ป่วยวิกฤต ในระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของประเทศไทย.
13. วนิตา มานะกิจจงกล. การใช้ดัชนีวัดความซับซ้อนของแบบแผนการไต่ยา เพื่อประเมินความร่วมมือในการไต่ยาของผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน ณ โรงพยาบาลสระบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2549.
14. Wongpakaran T, Wongpakaran N. A revised Thai Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). Spanish J Psychol. In press 2012; 15.
15. Anderson LA, Dedrick RF. Development of the trust in physician scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships. Psychol Rep. 1990; 67(3_suppl):1091-100
16. ชาศริญาณ์ บุญเกิด, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, ศรีรัตน์ ศรีประสงค์, ฉัตรกนก ทุมวิภาต. ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาด้านเกล็ดเลือดสองชนิด ในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หลังทำการหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ. Nursing science journal of Thailand 2021;40(3):60-75

17. ประเมษฐ์ พรหมพินิจ, วุฒิพงศ์ ภักดีกุล, วรินทร์มาศ เกษทองมา. ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ณ โรงพยาบาลส่องดาว จังหวัดสกลนคร. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2020;13(1):538-550
18. Delara Laghousi, Fereshteh Rezaie, Mahasti Alizadeh, Mohammad Asghari Jafarabadi. The eight-item Morisky medication adherence Scale: validation of its Persian version in diabetic adults. Caspian J Intern Med 2021; 12(1):77-83. doi: 10.22088/cjim. 12.1.77
19. ปิติพร สิริทิพาการ, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. ความแตกฉานด้านสุขภาพกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยสูงอายุ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2019;37(4):186-195
20. วิภาวรรณ ชันธแก้ว, ปริญญารณ ณะบุญปวง, จิรียา อินทนา. ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต 2021;1(1):1-12
21. นุชราพร แซ่ตั้ง, นิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะในอาการเจ็บคอบาดแผลสะอาด ท้องร่วง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารพยาบาลทหารบก 2018;19:166-174
22. ดารณี ธนุแก้ว, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, อรวมน ศรียุคตศุทธ, ไพโรจน์ ฉัตรานุกุลชัย. ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย 2022;15(1):127-140
23. ศิณภาพรณ หอมรส. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท].พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร. 2563.
24. Hyo Yoon Choi, Im Jung Oh, Jung Ah Lee, Jisun Lim, Young Sik Kim, Tae-Hee Jeon, et al. Factors affecting adherence to antihypertensive Medication. Korean J Fam Med 2018;39:325-332. doi: <https://doi.org/10.4082/kjfm.17.0041>

Received: 21 May 2024, Revised: 6 Jun.2024

Accepted: 8 Oct. 2024

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรมของกลุ่มวัยทำงานในเขตตำบลแม่ชะนิง
อำเภอเวียงสา จังหวัดน่านกรรณิการ์ กันทะกาลัง¹ สมชาย จาตศรี^{2*}

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยแบบภาคตัดขวาง นี้ เพื่อศึกษาความชุกของการไม่มารับบริการทันตกรรมของกลุ่มวัยทำงาน และศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรมของกลุ่มวัยทำงาน ในเขตตำบลแม่ชะนิง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม จากกลุ่มตัวอย่าง 345 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่าย จากกลุ่มวัยทำงาน อายุ 20-59 ปี และหาความสัมพันธ์การถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษาพบกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.8 มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี ร้อยละ 27.8 ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 82.9 พบว่าความชุกของการไม่มารับบริการทันตกรรมของกลุ่มวัยทำงาน ในเขตตำบลแม่ชะนิง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน ที่ทำการศึกษามีความชุกของการไม่มารับบริการทันตกรรม (ร้อยละ 31.01) ซึ่งน้อยกว่าความชุกของการมารับบริการทันตกรรม (ร้อยละ 68.99) และพบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรมของกลุ่มวัยทำงาน คือ ผู้ที่เข้าถึงบริการระดับน้อย-ปานกลาง มีโอกาสไม่เข้ารับบริการ 2.51 เท่า ($p=0.033$) และ 3.58 เท่า ($p=0.001$) สูงกว่าผู้เข้าถึงระดับในระดับมาก และพบว่าผู้ที่มีความเชื่อเกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในระดับน้อย-ปานกลาง มีโอกาสที่จะไม่มารับบริการ 6.22 เท่า ($p=0.011$) และ 1.75 เท่า ($p=0.075$) สูงกว่ากลุ่มที่มีความเชื่อเกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการเข้ารับบริการในระดับมาก

คำสำคัญ: การใช้บริการทันตกรรม, ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน, วัยทำงาน

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

*Corresponding author: kannika-nim@hotmail.co.th

*Original Article***Predicting factors of dental service use behavior among working-age people in Maekhaning subdistrict, Wiangsa District, Nan Province**Kannika Kantakalang ¹, Somchai Jadsri ^{2,*}**Abstract**

Cross-sectional research study This cross-sectional study was to study factors predicting the behavior of dental services among working-age people according to the Theory of Planned Behavior. Data were collected using questionnaires from a sample of 345 people drawn by random sampling from working-age people. Age 20-59 years and analyzed with logistic regression model (Logistic Regression).

The results of the study found that the sample group Most were female, 52.80 % were between 40-49 years of age, 27.80 % used universal health insurance (UC) patents, 82.90 % had never received dental examination services, accounting for 31.01%. Which is lower than the prevalence of coming to receive dental services (68.99%). Those with moderate access were 2.51 times ($p=0.033$) and 3.58 times ($p=0.001$) more likely to not receive services than those with high access. and it was found that those who conformed to the reference group at a low level and moderate conformity to the reference group The chance of not receiving services was 6.22 times ($p = 0.011$) and 1.75 times ($p = 0.075$) higher than the group with a high degree of conformity to the reference group to receiving services.

Keywords: Dental services, Theory of Planned Behavior, Working aged people

1. Master of Public Health program students Faculty of Public Health University of Phayao.

2. Assistant Professor at the Faculty of Public Health University of Phayao.

*Corresponding author: kannika-nim@hotmail.co.th

บทนำ

ประชากรวัยทำงานเป็นกลุ่มที่ต้องหารายได้ เพื่อเลี้ยงตัวเอง และบุคคลที่อยู่ในความรับผิดชอบ¹ วัยทำงานเป็นวัยที่มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ เป็นกลไกขับเคลื่อนผลผลิตของเศรษฐกิจ อีกทั้งยังเป็นที่พักของคนในครอบครัว² โดยแบ่งอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ วัยทำงานตอนต้น (อายุ 15-29 ปี) วัยทำงานตอนกลาง (อายุ 30-44 ปี) และวัยทำงานตอนปลาย (อายุ 45-59 ปี)³ การสำรวจสภาวะช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ปี พ.ศ.2561 ของสำนักทันตสาธารณสุข กลุ่มวัยทำงานอายุ 35-44 ปี มีฟันใช้งานในช่องปากเฉลี่ย 28.4 ซี่ โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) 6.6 ซี่/คน⁴ โดยพบว่ากลุ่มวัยทำงานร้อยละ 85.3 มีการสูญเสียฟันโดยเฉลี่ย 3.6 ซี่/คน โดยมีผู้ที่ฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 43.3 เหงือกอักเสบ ร้อยละ 62.4 มีร่องลึกปริทันต์ ร้อยละ 25.9 และมีฟันสึก ร้อยละ 49.7⁵

จากผลสำรวจ เรื่องการใช้บริการสุขภาพช่องปากของวัยทำงานในประเทศไทย ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2566 พบว่า มีผู้ได้รับการทันตกรรม คิดเป็นร้อยละ 10.2 ของประชากรทั้งหมด⁶ โดยวัยทำงานตอนกลางมีอัตราการรับบริการต่ำกว่าช่วงอายุอื่น⁷ วัยทำงานตอนต้นที่มีค่าเฉลี่ยของการใช้บริการทันตกรรมมากกว่าปีละ 2 ครั้งต่อคน สัดส่วนของชนิดบริการทันตกรรมในครั้งสุดท้าย อันดับแรกของวัยทำงานตอนต้นและกลางคือ การอุดหินน้ำลาย ของวัยทำงานตอนปลายและผู้สูงอายุ คือ การถอนฟัน และการใส่ฟันเทียม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ⁴

สำหรับตำบลแม่ชะนิง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน ได้ทำการสำรวจการเข้ารับบริการทันตกรรม กลุ่มวัยทำงาน ปีงบประมาณ 2566 พบว่าประชากรวัยทำงาน ทั้งหมด 1,630⁸ คน พบผู้ที่ไม่เข้ารับบริการทันตกรรม จำนวน 170 คน ร้อยละ 10.43 จากข้อมูลข้างต้นได้สะท้อนสภาพปัญหาสุขภาพช่องปากของกลุ่มวัยทำงานในปัจจุบัน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่กลุ่มประชากรดังกล่าว ต้องหันมาใส่ใจการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองให้มากขึ้น เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคในช่องปาก เช่น ฟันผุ เหงือกอักเสบ และโรคปริทันต์ที่รุนแรง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมกับโรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาความชุกของการไม่มารับบริการทันตกรรมของกลุ่มวัยทำงานของกลุ่มวัยทำงาน ในเขตตำบลแม่ชะนิง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน
2. ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรมของกลุ่มวัยทำงาน ในเขตตำบลแม่ชะนิง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตพื้นที่ คือ พื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตตำบลแม่ชะนิง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน

ขอบเขตประชากร คือ กลุ่มวัยทำงานที่มีอายุ 20-59 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในเขตตำบลแม่ชะนิง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน

ระยะเวลาในการศึกษาวิจัย ทำการศึกษาระหว่างวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ.2566- 31 ธันวาคม พ.ศ.2566

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ประชากรเป้าหมาย คือ ประชาชนกลุ่มวัยทำงาน อายุ 20-59 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในเขตตำบลแม่ชะนิง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน คำนวณขนาด

กลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daniel (2010)⁹ เมื่อคำนวณจะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 345 คน โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 ตอน ได้แก่

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานของประชากรในเขตตำบลแม่ชะนิง อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดน่าน ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ การศึกษา สถานภาพ ช่วงเวลาในการทำงาน และสิทธิการรักษา ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเติมเลือกตอบ และตอบคำถาม จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 2 การเข้าถึงบริการทันตกรรม โดยลักษณะคำถามเป็นการประเมินความคิดเห็นต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรม ประยุกต์มาจากแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen, 1991¹⁰ จำนวน 19 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการเข้ารับบริการทันตกรรมร่วมกับแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen, 1991¹⁰ แบ่งเป็น 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 แบบวัดความเชื่อเกี่ยวกับการรับบริการทันตกรรม คำตอบเป็นความคิดเห็นของผู้รับบริการทันตกรรมที่พิจารณาถึงผลที่เกิดจากการใช้บริการทันตกรรม จำนวน 7 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบวัดการประเมินค่าของการใช้บริการทันตกรรม คำตอบเป็นการให้คุณค่าของผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการเข้ารับบริการทันตกรรม จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการเข้ารับบริการทันตกรรม ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen, 1991¹⁰ แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบวัดความเชื่อเกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการเข้ารับบริการทันตกรรม ลักษณะคำตอบเป็นความนึกคิดของกลุ่มวัยทำงานว่ากลุ่มอ้างอิง หรือบุคคลที่มีความสำคัญกับตน ซึ่งอาจได้แก่ บิดา มารดา สามี ญาติพี่น้อง เพื่อน และเจ้าหน้าที่ที่มรสุภาพ เห็นด้วยหรือไม่เพียงใดในการรับบริการทันตกรรม จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบวัดแรงจูงใจที่จะทำตามกลุ่มอ้างอิงเป็นมาตรวัดความนึกคิดของกลุ่มวัยทำงานว่าจะทำตามประสงค์ของกลุ่มอ้างอิงหรือไม่ อย่างไร จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเข้ารับบริการทันตกรรม แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเข้ารับบริการทันตกรรม ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen, 1991¹⁰ แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบวัดความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรมเป็นแบบวัดการรับรู้สถานการณ์ ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่าจะมีผลต่อการเข้ารับบริการทันตกรรม จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบวัดการรับรู้อำนาจในการควบคุมพฤติกรรม เป็นการวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการจัดการกับปัญหาหรืออุปสรรคที่มีต่อการเข้ารับบริการทันตกรรม จำนวน 10 ข้อ

ลักษณะคำถามส่วนที่ 2-5 เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน คือ มากที่สุด 5 คะแนน, มาก 4 คะแนน, ปานกลาง 3 คะแนน, น้อย 2 คะแนน และน้อยที่สุด 1 คะแนน

โดยส่วนที่ 2-5 มีเกณฑ์การแปลผลโดยใช้ค่าคะแนนเฉลี่ย ตามแนวคิดของเบสท์¹² แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด}-\text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{5-1}{3} = 1.33$$

ค่าเฉลี่ย 3.68 - 5.00	หมายถึง	ระดับมาก
ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.67	หมายถึง	ระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33	หมายถึง	ระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยการหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และปรับแก้ไขแบบสอบถามตามผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน โดยค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence : IOC) ค่าเฉลี่ยรวม 0.67-1 แบบสอบถามได้รับการแก้ไขปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.87

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา ใบรับรองเลขที่ UP-HEP 1.2/024/66 วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2566

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในงานวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูล และแปลผลข้อมูล ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติในการศึกษา

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้สถิติวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรม ด้วยการทดสอบ ไค-สแควร์ และการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์การถดถอยโลจิสติก (Multiple Logistic Regression) เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายโอกาสการใช้บริการทันตกรรมของบุคคลวัยทำงาน กำหนดค่าช่วงความเชื่อมั่น 95% CI (ระดับนัยสำคัญที่ 0.05)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.8 มีอายุอยู่ในช่วง 40 - 49 ปี ร้อยละ 27.8 มีการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 33.9 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 87.0 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 62.9 รายได้ครอบคลุมต่อเดือนโดยส่วนใหญ่ไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 55.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีช่วงเวลาทำงาน ระหว่าง 08.30-16.30 น. ร้อยละ 90.7 และมีช่วงวันหยุดในการทำงานที่ไม่แน่นอน ร้อยละ 71.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 72.2 และใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 82.9

2. ความชุกของพฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรมของกลุ่มวัยทำงาน ในเขตตำบลแม่ชะเนิงอำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน พบว่า ผู้ที่ไม่เคยรับบริการทางทันตกรรม ร้อยละ 31.01 และจำนวนผู้รับบริการทันตกรรม ร้อยละ 68.99 และกลุ่มผู้มารับบริการ แยกเป็นกลุ่ม มารับบริการทุกๆ 3 เดือน ร้อยละ 2.52 มารับบริการทุกๆ 6 เดือน ร้อยละ 25.63 มารับบริการปีละ 1 ครั้ง ร้อยละ 57.56 และอื่นๆ ร้อยละ 14.29

3. พฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรมของกลุ่มวัยทำงาน ในเขตตำบลแม่ชะนิ่งอำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน โดยใช้เกณฑ์ตามแนวคิดของเบสท์¹² มาจัดระดับให้เป็น 3 ระดับ ผลการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่ มีเข้าถึงบริการทันตกรรม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.16 มีความเชื่อเกี่ยวกับการรับบริการทันตกรรม อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 62.60 มีการประเมินค่าผลของการใช้บริการทันตกรรม อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 70.09 มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการใช้บริการทันตกรรม อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 63.55 มีแรงจูงใจที่จะทำตามกลุ่มอ้างอิงต่อการใช้บริการทันตกรรม อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 59.81 มีความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.73 และมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.68 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ ระดับการเข้าถึงบริการทันตกรรม ทิศนคติต่อการรับบริการทันตกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการใช้บริการทันตกรรม และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมที่ไม่มาบริการทันตกรรม

พฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรม	ระดับความรอบรู้ N=107		
	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)
1. ระดับการเข้าถึงบริการทันตกรรม	13 (12.15)	74 (69.16)	20 (18.69)
2. ระดับความเชื่อเกี่ยวกับการรับบริการทันตกรรม	67(62.60)	31(29.00)	9(8.40)
3. ระดับการประเมินค่าผลของการใช้บริการทันตกรรม	75(70.09)	24(22.43)	8(7.48)
4. ระดับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการใช้บริการทันตกรรม	68(63.55)	29(27.10)	10(9.35)
5. ระดับแรงจูงใจที่จะทำตามกลุ่มอ้างอิงต่อการใช้บริการทันตกรรม	64(59.81)	33(30.84)	10(9.35)
6. ระดับความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรม	41 (38.32)	50 (46.73)	16 (14.95)
7. ระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรม	26 (24.30)	66 (61.68)	15 (14.02)

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรมของกลุ่มวัยทำงานในเขตตำบลแม่ชะนิ่งอำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน วิเคราะห์ด้วยไค-สแควร์ พบว่ามี 4 ตัวแปร ได้แก่ การเข้าถึงบริการทันตกรรม ($p=.001$) ความเชื่อเกี่ยวกับการรับบริการทันตกรรม ($p=0.003$) การประเมินค่าผลของการใช้บริการทันตกรรม ($p=.001$) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการใช้บริการทันตกรรม ($p=.006$) การควบคุมพฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรม ($p=.006$) และการรับรู้อำนาจในการควบคุมพฤติกรรมการใช้บริการ ($p=0.003$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มารับบริการทันตกรรม วิเคราะห์ด้วยสถิติ ไค-สแควร์

ปัจจัย		จำนวน(ร้อยละ) N=345		p-value
		ไม่มารับบริการ N=107	มารับบริการ N=238	
1.การเข้าถึงบริการทันตกรรม	น้อย	20(35.7)	36(64.3)	.001
	ปานกลาง	74(38.5.2)	118(61.5)	
	มาก	13(13.4)	84(86.6)	
2.ทัศนคติต่อการรับบริการทันตกรรม	น้อย	9(60.0)	6(40.0)	.003
2.1 ความเชื่อเกี่ยวกับการรับบริการทันตกรรม	ปานกลาง	31(41.3)	44(58.7)	
	มาก	67(26.3)	188(73.7)	
2.2 การประเมินค่าผลของการใช้บริการทันตกรรม	น้อย	3(27.3)	8(72.7)	.001
	ปานกลาง	30(55.6)	24(44.4)	
	มาก	205(73.2)	75(26.8)	
3.การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการใช้บริการทันตกรรม	น้อย	10(71.4)	4(28.6)	.006
3.1 ความเชื่อที่เกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อ	ปานกลาง	29(31.5)	63(68.5)	
การใช้บริการทันตกรรม	มาก	68(28.5)	171(71.8)	
3.2 แรงจูงใจที่จะทำตามกลุ่มอ้างอิงต่อการใช้บริการ	น้อย	10(50)	10(50.0)	.089
บริการทันตกรรม	ปานกลาง	62(65.3)	33(34.7)	
	มาก	166(72.2)	64(27.8)	
4.การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการใช้	น้อย	16(55.2)	13(44.8)	.006
บริการทันตกรรม	ปานกลาง	50(32.9)	102(67.1)	
4.1 ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรมการใช้	มาก	41(25.0)	123(75)	
บริการทันตกรรม				
4.2 การรับรู้อำนาจในการควบคุมพฤติกรรมการใช้	น้อย	15(42.9)	20(57.1)	.003
บริการทันตกรรม	ปานกลาง	66(36.3)	116(63.7)	
	มาก	26(20.3)	102(79.7)	

*p-value<0.05

5. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรมของบุคคลวัยทำงาน ในเขตตำบลแม่ชะนิ้ง อำเภอบึงสามพัน จังหวัดน่าน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์การถดถอยโลจิสติก (Multiple Logistic Regression) พบว่ามี 2 ตัวแปร ได้แก่ การเข้าถึงบริการทันตกรรม โดยกลุ่มที่เข้าถึงบริการทันตกรรมในระดับน้อย มีโอกาสเข้ารับบริการน้อยกว่าการเข้าถึงบริการระดับมาก 2.51 เท่า (OR 2.51 ; 95% CI 1.07-5.88; p-value = 0.033) ในขณะที่การเข้าถึงบริการในระดับปานกลาง มีโอกาสที่จะไม่มารับบริการสูงกว่าการเข้าถึงบริการ ในระดับมาก 3.58 เท่า (OR 3.58 ; 95% CI 1.85-6.95; p-value = 0.001) และความเชื่อที่เกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการใช้บริการทันตกรรม โดยกลุ่มที่มีความเชื่อที่เกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการใช้บริการในระดับต่ำ มีโอกาสที่จะไม่มารับบริการมากกว่ากลุ่มที่มีความเชื่อที่เกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการใช้บริการในระดับสูง 6.22 เท่า (OR 6.22; 95% CI 1.52-25.35; p-value =

0.011) ในขณะที่กลุ่มที่มีความเชื่อเกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการใช้บริการทันตกรรมในระดับปานกลาง มีโอกาสที่จะไม่มารับบริการน้อยกว่ากลุ่มที่มีความเชื่อเกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการใช้บริการทันตกรรมมากกว่าระดับสูง 1.75 เท่า (OR 1.75; 95% CI 0.94-3.24; p-value = 0.07) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์การถดถอยโลจิสติก (Multiple Logistic Regression)

ปัจจัยทำนาย	B	S.E.	Wald	df	p-value	Adj.OR	95%CI
1.การเข้าถึงบริการทันตกรรม ในระดับต่ำ	.924	.433	4.549	1	.033	2.519	1.078-5.888
2.การเข้าถึงบริการทันตกรรม ในระดับปานกลาง	1.277	.338	14.305	1	.000	3.578	1.850-6.953
3.ความเชื่อที่เกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการใช้บริการทันตกรรมในระดับต่ำ	1.829	.716	6.518	1	.011	6.227	1.529-25.354
4.ความเชื่อที่เกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการใช้บริการทันตกรรมในระดับปานกลาง	.560	.315	3.164	1	.075	1.751	.945-3.246

**p-value<0.05

อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการศึกษาพบว่า ความชุกของไม่มาการมารับบริการทันตกรรมของกลุ่มวัยทำงาน ในเขตตำบลแม่ชะเนิง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน ที่ทำการศึกษา มีความชุกของการไม่มาการมารับบริการทันตกรรม (ร้อยละ 31.01) ซึ่งน้อยกว่าความชุกของมาการมารับบริการทันตกรรม (ร้อยละ 68.99) แสดงให้เห็นถึงโอกาสในการเข้าถึงบริการทันตกรรม ปัจจุบันการจัดบริการเชิงรุก สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ด้วยการให้บริการทันตกรรมเคลื่อนที่ โดยทันตแพทย์และทันตบุคลากรเพื่อชักชวนให้กลุ่มวัยทำงานเข้ารับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก ปัจจัยที่กล่าวมานี้อาจส่งผลให้กลุ่มวัยทำงาน เข้ามารับบริการทันตกรรมมากขึ้น

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์การถดถอยโลจิสติก (Multiple Logistic Regression) สามารถอภิปรายผลการวิจัยในส่วนของผลการศึกษา ดังนี้

1. การเข้าถึงบริการทันตกรรม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรมของกลุ่มวัยทำงาน ในเขตตำบลแม่ชะเนิง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน โดยกลุ่มเข้าที่ถึงบริการทันตกรรมในระดับน้อย มีโอกาสเข้ารับบริการน้อยกว่าการเข้าถึงบริการระดับมาก 2.51 เท่า (OR 2.51 ; 95% CI 1.07-5.88; p-value = 0.033) ในขณะที่การเข้าถึงบริการในระดับปานกลาง มีโอกาสที่จะไม่มารับบริการสูงกว่าการเข้าถึงบริการ ในระดับมาก 3.58 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) (OR 3.58 ; 95% CI 1.85-6.95; p-value = 0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของนงคันุช สุรัสวดี¹³ ได้ศึกษาความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองเอชไอวีที่คลินิกให้บริการคำปรึกษา และตรวจเลือดด้วยความสมัครใจของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ขอนแก่น พบว่า ปัจจัยเอื้อในการเข้ารับบริการคลินิก VCT มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจเชื้อเอชไอวี ซึ่งพบว่าผู้ที่มีปัจจัยเอื้อในระดับสูง จะมีโอกาสเข้ารับบริการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีได้ 3.04 เท่า (95%CI=1.25-6.08,P=0.003) อธิบายได้ว่าในบริบทพื้นที่ตำบลแม่ชะเนิง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน มีลักษณะภูมิประเทศเป็นพื้นที่ราบสูง และเนินเขาสูงชัน อยู่ห่างไกลจากสถานบริการทันตกรรม ทำให้เป็น

อุปสรรคในการเดินทางไม่สามารถเข้ารับบริการได้ รวมถึงในพื้นที่ที่มีหน่วยบริการทันตกรรมเพียงสถานบริการเดียว ทำให้ไม่เอื้อต่อการเข้ารับบริการทันตกรรม เพราะการเดินทางมารับบริการทันตกรรมยังทำให้รายได้ลดลง และเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

2. ความเชื่อที่เกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการใช้บริการทันตกรรม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรมของกลุ่มวัยทำงาน ในเขตตำบลแม่ชะนิง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 โดยกลุ่มที่มีความเชื่อเกี่ยวกับการรับบริการทันตกรรมในระดับน้อย มีโอกาสเข้ารับบริการน้อยกว่าการเข้าถึงบริการระดับสูง 2.51 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 2.51 ; 95% CI 1.07-5.88; p-value = 0.033) ในขณะที่การเข้าถึงบริการในระดับปานกลาง มีโอกาสที่จะไม่มารับบริการสูงกว่าการเข้าถึงบริการ ในระดับสูง 3.58 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 3.58 ; 95% CI 1.85-6.95; p-value = 0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของนิลุบล ศีพลกรัง¹⁴ ได้ทำการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมภาครัฐของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัจจัยนำความเชื่อเรื่องทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการเข้าถึงบริการทันตกรรมของหน่วยงานภาครัฐของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น ($r=0.404$, p-value <0.001) อธิบายได้ว่า กลุ่มวัยทำงานมีระดับความเชื่อที่เกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการใช้บริการทันตกรรม ส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 68.50 จากการศึกษาข้อมูลบริบทพื้นที่ และลักษณะประชากรของ ตำบลแม่ชะนิง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน แสดงให้เห็นว่าลักษณะของชุมชนเป็นพื้นที่ชนบท อาชีพส่วนใหญ่ทำเกษตรกรรม ร้อยละ 62.90 โดยเฉพาะในการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม ยังมีข้อจำกัดในการรับรู้ การสื่อสาร และเข้าถึงข้อมูลสุขภาพด้านทันตกรรม เช่น ความรู้เกี่ยวกับการขูดหินน้ำลาย ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการประกอบอาชีพเพื่อหารายได้มากกว่าการดูแลสุขภาพช่องปาก กลัวเสียค่าใช้จ่าย เป็นต้น อีกทั้งยังยึดถือวิถีชีวิตแบบดั้งเดิม วัฒนธรรม ความเชื่อภูมิปัญญาท้องถิ่น และประเพณีที่สืบทอดมาจากบรรพบุรุษ เช่น การใช้ยาสมุนไพร หรือรากตะไคร้ น้ำบรรเทาอาการปวดฟัน การได้รับคำแนะนำจากคนในครอบครัว เป็นต้น และปัจจัยเหล่านี้ทำให้มีพฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรมของกลุ่มวัยทำงานลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Ong-Artborirak P. and Seangpraw K.¹⁵ ที่พบว่า ปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรม การจัดการตนเอง เช่น การใช้แพทย์พื้นบ้าน การซื้อยามารับประทานเองจากร้านขายยา ความเชื่อ และการรักษาแบบโบราณ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นชัดเจนว่า ความเชื่อที่เกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการใช้บริการทันตกรรม ส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง จึงทำให้กลุ่มวัยทำงานมีโอกาสนี้จะไม่มารับบริการสูงกว่าการเข้าถึงบริการทันตกรรมลดลง

สรุป

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การเข้าถึงบริการทันตกรรม และความเชื่อการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการเข้ารับบริการทันตกรรม ส่งผลต่อโอกาสการใช้บริการทันตกรรมของกลุ่มบุคคลวัยทำงาน ในเขตตำบลแม่ชะนิง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน หน่วยงานสาธารณสุขด้านทันตกรรม ควรจัดบริการเชิงรุกออกหน่วยบริการตรวจสุขภาพช่องปาก รวมทั้งการตรวจคัดกรองเบื้องต้น เพื่อป้องกันโรคในช่องปาก อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และเพิ่มการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อออนไลน์ต่างๆ ที่มีความสะดวกต่อการเข้าถึงบริการ และเพิ่มโปรแกรมเสริมสร้างความรู้ด้านทันตกรรม หรือการดูแลสุขภาพช่องปากให้แก่กลุ่มวัยทำงาน สมาชิกในครอบครัว และบุคคลใกล้ชิด ให้รับรู้ถึงประโยชน์ของการเข้ารับบริการทันตกรรม เพื่อเสริมพลังการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง และเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. การจัดบริการทันตกรรมเชิงรุกในลักษณะหน่วยบริการทันตกรรมเคลื่อนที่ เพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการทันตกรรม และสนับสนุนการเข้าถึงบริการทันตกรรมแก่ประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ที่เข้าถึงบริการทันตกรรมได้น้อย
2. จัดโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากให้แก่ประชาชนกลุ่มวัยทำงาน และสนับสนุนการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านทันตสุขภาพ โดยเพิ่มช่องทางประชาสัมพันธ์ หรือการให้คำปรึกษาเรื่องทันตกรรมผ่านสื่อออนไลน์ เพื่อให้สะดวกต่อการเข้ารับบริการทันตกรรม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่ และอสม.ตำบลแม่ชะเนิง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน ทุกท่านที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้เสียสละเวลา และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. นาดยานี เชียงหนู. สถานะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลวัยทำงาน ในเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 11(26); กันยายน-ธันวาคม 2560.
2. วิชชุพร เกตุโหม. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์เรื่องการศึกษาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพพนักงานในสถานประกอบการ กิจการ 3 แห่ง. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 46(1); มกราคม - มีนาคม 2566, 2566
3. ศรีธัญญา ญัฐเศรษฐสกุล. ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการทางทันตกรรมจากคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. วารสาร Mahidol R2R e-Journal. 5 (1); 2561.
4. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก แห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560, 2561.
5. รุ่งเพชร บุญทศ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความสามารถตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านปึก อำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี. วารสารทันตภิบาล 31(2); กรกฎาคม-ธันวาคม, 2563
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ครั้งที่ 23, พ.ศ. 2566
7. สุพัตรา วัฒนเสน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทันตกรรมของวัยทำงานในสภาวะการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19): กรณีศึกษาเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ พ.ศ. 2556 และพ.ศ. 2558. วารสารทันตภิบาล. 33 (2); กรกฎาคม-ธันวาคม, 2565.
8. รุ่งเพชร บุญทศ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความสามารถตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านปึก อำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี. วารสารทันตภิบาล. 31(2); กรกฎาคม-ธันวาคม, 2563.
9. คลังข้อมูลสุขภาพ จังหวัดน่าน. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสภาพช่องปาก, สืบค้นเมื่อวันที่ 5 เมษายน 2566, จาก <https://nan.hdc.moph.go.th/hdc>.
10. Daniel, W.W. (2010). Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences, (9th ed.). New York: John Wiley & Sons.
11. วรรณชนม ทิมทอง. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเพื่อศึกษาความตั้งใจซื้อที่อยู่อาศัยแบบยั่งยืน (Sustainable Housing) ของผู้บริโภคในประเทศไทย, พ.ศ.2565.

12. จริญญาภรณ์ ป้องเจริญ และยุคนธ์ เมืองช้าง. แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 29(1), 60-70, 2019.
13. นงคณัฐ สุรัตน์วดี และเกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์. ความซุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรองเอชไอวีที่คลินิกให้การรักษา และตรวจเลือดด้วยความสมัครใจของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 27(3); กันยายน – ธันวาคม, 2563.
14. นิลุบล ดีพลกรัง. ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมภาครัฐของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น 3 (1); มกราคม –มิถุนายน, 2564.
15. Ong-Artborirak P, Seangpraw K. Association between self-care behaviors and quality of life among elderly minority groups on the border of thailand. JMDH. 2019;12:1049-1059. doi: 10.2147/JMDH.S227617.

ข้อแนะนำสำหรับผู้วิจัย

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

(Academic Journal of Community Public Health: AJCPH)

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับผู้เขียน (Instructions for the Authors)

1. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน (Academic Journal of Community Public Health) กำหนดตีพิมพ์ปีละ 4 ฉบับ (มกราคม – มีนาคม, เมษายน – มิถุนายน, กรกฎาคม – กันยายน และ ตุลาคม – ธันวาคม)
2. วารสารพิจารณาตีพิมพ์บทความวิจัยประเภทนิพนธ์ต้นฉบับ (Research article) โดยต้องเป็น งานที่ไม่เคยถูกนำไปพิมพ์เผยแพร่ในวารสารอื่นใดมาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาในวารสารใด ๆ
3. กองบรรณาธิการจะพิจารณาค้นฉบับ (Manuscript) ตามข้อกำหนดของรูปแบบวารสาร และ ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา (Peer review) จำนวน 3 คน เป็นผู้อ่าน
- 4.

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

การเรียงลำดับเนื้อหาต้นฉบับ

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) ตลอดจนทั้งวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (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 หากต้องการอ้างเอกสารที่เคยอ้างแล้วซ้ำอีก ให้ใส่หมายเลข เดิมที่เคยอ้างไว้ครั้งแรก และหมายเลขที่อ้างอิงถึงในเนื้อหานั้น จะต้องตรงกับหมายเลข ที่มีการกำกับไว้ในส่วนอ้างอิงในเนื้อหา
- เอกสารที่อ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับในส่วนเอกสารอ้างอิง

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงในเนื้อหา

.....ผู้ป่วยเสียชีวิต 136 ราย¹ จากสถานการณ์การระบาดของโรค
ไข้เลือดออกจะเห็นว่า โรคไข้เลือดออกยังคงเป็นการจัดยุงลายซึ่งเป็นพาหะนำเชื้อไวรัส
โรคไข้เลือดออกมาสู่คน²การป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออกต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน⁵

ตัวอย่างการเขียนส่วนเอกสารอ้างอิง

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

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

สำหรับการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ต้องคำนึงถึงหลักจริยธรรม การวิจัยในคน โดยได้ระบุถึงวาทะในบุคคล (Respect to person) เช่น การขอความยินยอม ความเป็นส่วนตัว และการเก็บรักษาความลับ และต้องระบุเลขการรับรองจริยธรรมในบทความด้วย

การส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์

- ให้ผู้พิมพ์ส่งไฟล์ต้นฉบับในรูปแบบ Word document
- ค่าใช้จ่ายเพื่อการตีพิมพ์ 3,500 บาท การชำระเงิน โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย ชื่อบัญชี “วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน” เลขบัญชี “955-0-13237-4” (ให้แนบหลักฐานการโอนมาที่ e-mail: editorial.ajcph@gmail.com)