

วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ผลการวิจัยทางด้านการพัฒนาสุขภาพ อันเป็นกลไกให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เป็นแหล่งให้บุคลากรทางด้านกรแพทย์และสาธารณสุขได้แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ ในระดับประเทศและระดับนานาชาติ รวมถึงประชาชนทั่วไป

วารสารฯ ฉบับนี้เปิดรับบทความวิจัยต้นฉบับ และบทความวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ สาขาเวชกรรมป้องกัน การสาธารณสุข การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยบทความทุกเรื่องผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง (double blinded) อย่างน้อย จำนวน 2 ท่าน

คณะที่ปรึกษา

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| 1. นายแพทย์นรินทร์รัชต์ พิชญคามินทร์ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา |
| 2. นายแพทย์วิชาญ คิดเห็น | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา |
| 3. นายแพทย์สมบัติ วัฒนชะ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา |
| 4. นางฉัฐอร พลสวัสดิ์ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา |
| 5. รศ.นพ.สุธรรม ปิ่นเจริญ | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 6. ผศ.ดร. วันทนา ถิ่นกาญจน์ | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 7. ผศ. ดร.ชลาสัย หาญเจนลักษณ์ | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 8. อาจารย์ ดร.วิเศษ เพชรเลียบคะ | มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล |
| 9. อาจารย์ ดร.พรฤดี นิธิรัตน์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา |
| 10. อาจารย์พิชชานาถ เงินดี | วิทยาลัยนครราชสีมา |

ประธานกองบรรณาธิการ

ดร.สันติ ทวยมีฤทธิ์

บรรณาธิการด้านการแพทย์

อ.นพ.ดร. นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล

บรรณาธิการด้านทันตสาธารณสุข

ผศ.ทพ.ดร. ไพบูลย์ จิตประเสริฐวงศ์

บรรณาธิการด้านเภสัชสาธารณสุข การแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

รศ.ภก.ดร. พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์

บรรณาธิการด้านการพยาบาล

อ.ดร.สมชาย ชัยจันทร์

บรรณาธิการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และสาธารณสุขทั่วไป

ดร.ภูวคณ พลศรีประดิษฐ์

เลขานุการกองบรรณาธิการ

นายกันตภณ แก้วสง่า

กองบรรณาธิการ

- | | |
|------------------------------|------------------------------------|
| 1. ดร.สันติ ทวยมีฤทธิ์ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา |
| 2. รศ.ดร.ชนิดา ผาติเสนะ | มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา |
| 3. ผศ.ดร.วัลลภชัชชา เขตบำรุง | มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล |
| 4. ผศ.ดร.มะลิ โพธิพิมพ์ | มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล |
| 5. ผศ.ดร.หนึ่งหทัย ขอผลกลาง | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 6. ผศ.ดร.ธนกกร ปัญญาใสโสภณ | วิทยาลัยนครราชสีมา |
| 7. ดร.วีระพล วงษ์ประพันธ์ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา |
| 8. ดร.ภูวคณ พลศรีประดิษฐ์ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา |

สำนักงาน

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
255 หมู่ 11 ตำบลโคกกรวด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30280
โทรศัพท์ 0-4446-5010-4 ต่อ 310-311
โทรสาร 0-4446-5021
E-mail : journalkorat@gmail.com

สถานที่พิมพ์

ห้างหุ้นส่วนจำกัด เลิศศิลป์ สาส์ณ โฮลดิ้ง
336 ถนนสุรนารี ตำบลในเมือง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา 30000
โทรศัพท์ 0-4425-2883; 08-5305-6487; 08-9428-3376

อัตราค่าสมาชิก

ราย 2 ปี 1,500 บาท

อัตราค่าตีพิมพ์

4,000 บาท

กำหนดออก

ปีละ 2 ฉบับ

มกราคม – มิถุนายน

กรกฎาคม – ธันวาคม

สารบัญ

บทความวิชาการ

สมุนไพรรักษาอาการปวดประจำเดือน	5
โดยพิชชานันท์ เขียวทองอินทร์ รัชฎาพร พิสัยพันธุ์ กาญจนา ดีเลิศ และ ปัทมวรรณ อินทสร้อย	
บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้ห่างไกลจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	19
โดยแจ่มจันทร์ เทศสิงห์ และพัชรี แวงวรรณ	
บทความวิจัยต้นฉบับ	
ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ติดเตียง	37
โดยบุญนุช จีมะลิ ธนกร ปัญญาไสโสภณ และพรปวีณ์ ชื่นใจเรือง	
ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 2 ณ โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร	50
โดยเบญจพร ทองมาก	
ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกวิธีการคลอดของสตรี: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ	62
โดยจารุวรรณ ก้าวหน้าไกล และบุญมี ภูด่านจัว	
บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขไทย	80
โดยสุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสีมา สมตระกูล ราศิริ และชิตร์รัตน์ ราศิริ	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนกาฬสินธุ์พิทยาสรรพ์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์	98
โดยจินตภา เบลูจมาศ และนาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ	
ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้าน สุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร สวนยางพารา อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ	116
โดยนุสรรา หูไชสง และนาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ	
สถานการณ์การรักษายูผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลจังหวัดนครราชสีมา	132
โดยวัลลภา คงฉันทมิตรกุล และทัศนีย์ กาวกระโทก	
การพัฒนามาตรฐานกระบวนการผลิตอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาลสิคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา	147
โดยวัลลภชญา เขตบำรุง มะลิ โพธิพิมพ์ พงศ์ภัทร ภิญญโณ และธมม กลิ่งทะเล	

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัยต้นฉบับ

- การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง
จังหวัดนครราชสีมา 168
โดยสังวาล จ่างโพธิ์
- ผลของการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-book) เรื่องกลุ่มยาจิตเวชต่อนักศึกษาพยาบาล
ศาสตร์บัณฑิตชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา 184
โดยแสงนภา บารมี และทยาวิรุ จันทรวินันท์
- แนวทางการส่งเสริมศักยภาพของสื่อท้องถิ่นเพื่อการสื่อสารสุขภาพในชนบทภาคเหนือ 198
โดยหนึ่งหทัย ขอผลกลาง
- การพัฒนาโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดนครราชสีมา 215
โดยสายชล สุธุข
- ผลการประเมินปัญหาการใช้ยาและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการเชื่อม
บ้านแบบ INHOMESSS ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอวังม่วง จังหวัดสระบุรี 233
โดยทรงวุฒิ สารจันทิก

บทความวิชาการ :
สมุนไพรไทยกับการรักษาอาการปวดประจำเดือน
Thai Medicinal Plants Used in the Treatment of Dysmenorrhea

พิชชานันท์ เขียรทองอินทร์* รัชฎาพร พิสัยพันธุ์** กาญจนา ดีเลิศ***
และปัทมวรรณ อินทสร้อย****

Pitchanan Thiantongin* Ratchadaphorn Pisaipan** Kanjana Deelurd***
and Pattamawan Inthasoi****

คณะแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี* ** ** ** **

Faculty of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ubon Ratchathani Rajabhat University* ** ** ** **

เบอร์โทรศัพท์ 08-7446-5416; E-mail : pla_pitcha@hotmail.co.th**

วันที่รับ 13 ม.ค. 2564; วันที่แก้ไข 22 มี.ค. 2564; วันที่ตอบรับ 13 ก.ค. 2564

บทคัดย่อ

อาการปวดประจำเดือนเป็นอาการที่มีความสำคัญและพบบ่อยในสตรีวัยเจริญพันธุ์ วัตถุประสงค์ของบทความนี้มุ่งนำเสนอการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดประจำเดือน การใช้สมุนไพรบรรเทาอาการปวดประจำเดือน จากตำราการแพทย์แผนไทย แพทย์แผนปัจจุบัน บทความวิจัยทั้งในและต่างประเทศ ผลการศึกษาพบว่า อาการปวดประจำเดือน ส่วนใหญ่แล้วเกิดจากความไม่สมดุลของธาตุทั้ง 4 คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ ดังนั้นการรักษาจึงใช้สมุนไพรเพื่อปรับให้ธาตุสมดุลกัน ซึ่งสมุนไพรส่วนใหญ่เป็นส่วนประกอบในตำรับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ เช่น ไพล (Zingiber cassumunar Roxb.) กระเทียม (Allium sativum L.) พริกไทย (Piper nigrum L.) โดยมีรสเผ็ดร้อน ซึ่งตรงกับทฤษฎีการแพทย์แผนไทยที่อธิบายว่า รสเผ็ดร้อน มีสรรพคุณช่วยแก้โรคลม เพิ่มปิตตะและวาตะ ช่วยลดเสมหะ จึงส่งผลให้ขั้บระดู บำรุงไฟธาตุ แก้ปวดท้อง

นอกจากนี้การศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของสมุนไพรพบว่ามีคุณสมบัติเกี่ยวกับการรักษาอาการปวด เช่น ฤทธิ์ยับยั้งอาการปวด และฤทธิ์ต้านการอักเสบ จากข้อมูลดังกล่าวสมุนไพรไทยสามารถนำมาใช้ในการรักษาอาการปวดประจำเดือนได้ เพื่อเป็นทางเลือกในการรักษาและอนุรักษ์ ส่งเสริมการใช้สมุนไพรให้คงอยู่ แต่อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาในการวิจัยเชิงคลินิกเพื่อให้ทราบถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัยของสมุนไพรสำหรับการรักษาอาการปวดประจำเดือน

คำสำคัญ: การแพทย์แผนไทย; สมุนไพรไทย; ปวดประจำเดือน

Abstract

Dysmenorrhea is a serious symptom and is often found in women in their reproductive age. The aim of this study was to present literature reviews concerning dysmenorrhea and the use of medicinal plants for relieving

dysmenorrhea collected from Thai traditional medicine and conventional medicine manuals and from national and international research articles. The results of the study revealed that menstrual pain is normally occurred because of the imbalance of the four elements in our bodies: earth, water, air, and re. Therefore, medicinal plants are mainly used with the purpose to rebalance the four elements in our bodies. The main medicinal plants are the components in the National List of Essential Medicine including *Zingiber cassumunar Roxb.*, *Allium sativum L.*, and *Piper nigrum L.* that have hot and spicy action. The findings were consistent to Thai traditional medicine manual that describes herbs with hot and spicy action to be able to relieve air diseases, increase Pitta and Vata, and reduce Semha. These actions result in menstrual period haemagogue, improve re element, and relieve stomach pain. In terms of the pharmacology of medicinal plants, these medicinal plants are consistent with pain treatment including anti-nociceptive and anti-inflammatory. From the findings, therefore, Thai medicinal plants are able to use for relieving dysmenorrhea as an alternative treatment and conserving the use of Thai medicinal plants. The recommendation was that there should be more clinical studies to investigate the effectiveness and safety of the use of Thai medicinal plants for dysmenorrhea symptoms.

Keywords: Thai traditional medicine; Thai Medicinal plants; Dysmenorrhea

บทนำ

การแพทย์แผนไทย (thai traditional medicine) คือ เป็นศาสตร์ดั้งเดิมที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของคนไทยตั้งแต่เมื่อครั้งอดีตกาล โดยสอดคล้องกับพุทธศาสนา ผสมกลมกลืนกับความเชื่อทางพิธีกรรม ในระยะแรกจำกัดอยู่ในการดูแลของพระภิกษุ และได้รับการสืบทอดกันมาจากรุ่นสู่รุ่น ซึ่งกรรมวิธีที่ใช้ในการรักษาจะเหมือนและแตกต่างกันไปในแต่ละท้องถิ่น นับเป็นภูมิปัญญาไทยที่ควรแก่การอนุรักษ์^[1] โดยการศึกษาหรือเรียนรู้ส่วนใหญ่จะอาศัยตำราหรือคัมภีร์ที่ถ่ายทอดจากบรรพบุรุษซึ่งถูกบันทึกไว้ในหนังสือต่าง ๆ มากมาย เช่น ในตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ ภูมิปัญญาทางการแพทย์และมรดกทางวัฒนธรรมของชาติ ซึ่งมีสาระที่มีคุณค่าอนันต์ สามารถศึกษาและใช้เป็นคู่มือดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว ตามแบบอย่างวิถีภูมิปัญญาไทยได้เป็นอย่างดี ซึ่งประกอบไปด้วยองค์ความรู้ที่จารึกไว้ในคัมภีร์มากมาย เช่น คัมภีร์ฉันทศาสตร์ คัมภีร์สรรพคุณ คัมภีร์สมุฏฐานวินิจฉัย คัมภีร์มหาโชตรัต^[2] เป็นต้น คัมภีร์มหาโชตรัต เป็นหนึ่งในคัมภีร์ที่แพทย์ควรจะศึกษาให้ท่องแท้ เพื่อที่จะหาสาเหตุเกี่ยวกับความผิดปกติของประจำเดือนหรือความผิดปกติของสตรีที่ส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นก่อนจะมีประจำเดือน อาการปวดประจำเดือน อาการตกขาวหรือแม้แต่อารมณ์ว้าวทอง ซึ่งถือว่ามีความสำคัญกับการรักษาเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการปวดประจำเดือน ถือว่าเป็นอาการที่ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวันของสตรีเป็นอย่างมาก และพบบ่อยที่สุด อาจเกิดจากโรคหรือ

ไม่ใช่โรคก็ได้ ในกรณีที่เป็นโรค มักพบในช่วงกลางของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ส่วนกรณีที่ไม่ใช่โรคมักพบในสตรีที่เป็นวัยรุ่น^[3] ซึ่งการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันรักษาด้วยการใช้ยาหรือฮอร์โมน โดยการรักษาดังกล่าวนั้น ย่อมมีผลข้างเคียงจากการใช้ยาที่มีส่วนผสมของสารสังเคราะห์ ในปัจจุบันมีการใช้สมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดประจำเดือนอย่างแพร่หลาย ทั้งสมุนไพรเดี่ยวและสมุนไพรตำรับ ซึ่งถูกบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายส่งเสริมให้สถานพยาบาลในสังกัดทั่วประเทศ ใช้ยาสมุนไพรเพื่อการบำบัด รักษาโรคควบคู่กับยาแผนปัจจุบัน ทั้งนี้เพื่อลดการนำเข้ายาแผนปัจจุบันจากต่างประเทศ เช่น ตำรับยาประสะไพล ที่มีสรรพคุณ รักษาอาการระดูมาไม่สม่ำเสมอหรือมาน้อยกว่าปกติ บรรเทาอาการปวดประจำเดือน และขับน้ำคาวปลาในหญิงหลังคลอดบุตร^[4] นอกจากนี้เมื่อศึกษาสารสกัดตำรับยาประสะไพล พบว่า มีประสิทธิผลในการลดอาการปวดประจำเดือนไม่แตกต่างจาก mefenamic acid แม้จะหยุดรับประทานยาแล้ว 1 เดือน อาสาสมัครเมื่อได้รับสารสกัดประสะไพลมีอาการปวดและมีอาการข้างเคียงน้อยกว่า mefenamic acid^[5]

ดังนั้น บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการทบทวนวรรณกรรมทางวิชาการเกี่ยวกับอาการปวดท้องประจำเดือนตามทฤษฎีแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทย แนวทางการรักษาโดยใช้ยาแผนปัจจุบันและการใช้ตำรับยาสมุนไพรไทยเพื่อเป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วยในการใช้สมุนไพรในการรักษา ทั้งนี้เพื่อลดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาแผนปัจจุบัน ลดค่าใช้จ่าย รวมทั้งเป็นการอนุรักษ์การใช้สมุนไพรให้คงอยู่สืบไป

วัตถุประสงค์

เพื่อนำเสนอการทบทวนวรรณกรรมทางวิชาการเกี่ยวอาการปวดท้องประจำเดือนตามทฤษฎีแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทย แนวทางการรักษาโดยใช้ยาแผนปัจจุบันและการใช้ตำรับยาสมุนไพรไทย

กระบวนการทบทวนองค์ความรู้

บทความวิชาการครั้งนี้มีการทบทวนวรรณกรรมจากคัมภีร์แพทย์แผนไทย เอกสารทางวิชาการของแพทย์แผนปัจจุบัน บทความงานวิจัยจากฐานข้อมูลทั้งในและต่างประเทศ ใช้คำสืบค้นข้อมูล ได้แก่ คำว่า แพทย์แผนไทย (thai traditional medicine) สมุนไพรไทย (thai medicinal plants), อาการปวดประจำเดือน (dysmenorrhea) เป็นต้น โดยสืบค้น จากฐานข้อมูล Thai LIS, PubMed, Scopus , Science direct และ Google Scholar

ผลการทบทวนองค์ความรู้

1. อาการปวดระดูทางการแพทย์แผนปัจจุบัน

อาการปวดระดู (dysmenorrhea)^[3] คือ อาการปวดท้องน้อยขณะที่มีระดู ซึ่งเกิดจากกระบวนการอักเสบ (inflammatory process) เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดทางนรีเวช ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ อาการปวดระดูชนิดปฐมภูมิ และชนิดทุติยภูมิ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 อาการปวดระดูชนิดปฐมภูมิ (primary dysmenorrhea) คืออาการปวดที่ไม่พบพยาธิสภาพของอวัยวะสืบพันธุ์ในอุ้งเชิงกราน อาการจะสัมพันธ์กับรอบระดูที่มีการตกไข่ เนื่องจากการหดเกร็งของมดลูกระหว่างการมีระดู

ลักษณะการปวดเป็นแบบบีบรัดเป็นพัก ๆ ที่บริเวณท้องน้อย อาจปวดร้าวไปที่เอว หลัง และต้นขาด้านหน้า และอาจมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน อ่อนเพลีย เมื่อยล้า อาการปวดระดูชนิดนี้ส่วนใหญ่ จะเกิดขึ้นหลังจากการมีระดูครั้งแรก ประมาณ 1 – 2 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่มีการตกไข่สม่ำเสมอ โดยทั่วไปอาการปวดจะคงอยู่ประมาณ 48 – 72 ชั่วโมงแรกของการมีระดู

1.2 อาการปวดระดูชนิดทุติยภูมิ (secondary dysmenorrhea) คือ อาการปวดที่เกิดจากพยาธิสภาพของอวัยวะสืบพันธุ์ในอุ้งเชิงกราน เช่น การเกิดเยื่อผนังมดลูกเจริญผิดปกติ (endometriosis) การอักเสบเรื้อรังของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน ลักษณะการปวดและระยะเวลาที่ปวดขึ้นกับพยาธิสภาพที่เป็นสาเหตุ อาการมักจะไม่สัมพันธ์กับการมีระดูครั้งแรก มักพบอาการปวดระดูได้หลังจากมีระดูครั้งแรกเป็นเวลาหลายปีแล้ว อาการปวดมักเริ่มก่อนมีระดูประมาณ 1 – 2 สัปดาห์ และจะปวดตลอดเวลาจนกระทั่งหมดระดูแล้ว 2 – 3 วัน มีอาการปวดได้ทั้งในรอบที่มีการตกไข่ และไม่มี การตกไข่ ซึ่งจะแตกต่างจากการปวดแบบปฐมภูมิ

2. การรักษาอาการปวดระดูทางการแพทย์แผนปัจจุบัน

โดยทั่วไปการรักษาอาการปวดระดูชนิดปฐมภูมิจะใช้ยาบรรเทา ส่วนอาการปวดระดับทุติยภูมิให้การรักษาตามสาเหตุของโรค ซึ่งยาที่ใช้จะออกฤทธิ์ต้าน prostaglandins โดยแบ่งออกเป็นหลายกลุ่ม แต่ละกลุ่มจะช่วยลดการสร้าง prostaglandins ที่เยื่อโพรงมดลูก สำหรับผลข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้อาจส่งผลให้ระคายเคือง

ต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้คลื่นไส้ ท้องเสีย ปวดศีรษะ ตามัว ข้อบ่งใช้ของการใช้ยาในกลุ่มนี้ คือสตรีที่มีแผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้ หรือเคยมีประวัติแพ้ยาในกลุ่มนี้ นอกจากการใช้ยา รักษา สามารถรักษาด้วยการใช้ฮอร์โมน ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวมที่มีทั้งฮอร์โมน เอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรน มีประโยชน์ต่อสตรีที่ต้องการคุมกำเนิดโดยระงับการตกไข่ ทำให้ไม่มีการสร้างฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน เยื่อโพรงมดลูกเกิดการฝ่อลีบ ลดการสร้าง prostaglandins และยังช่วยลดปริมาณเลือดระดูในแต่ละเดือนและทำให้มีระดูสม่ำเสมอ^[3]

3. อาการปวดระดูทางการแพทย์แผนไทย

ตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทยในคัมภีร์มหาโชดรัต และได้อธิบายถึงลักษณะของหญิงมีส่วนที่แตกต่างจากชาย 4 ประการ ได้แก่ (1) ถันประโยชธ (เต้านมสำหรับเลี้ยงลูก) (2) จริตกิริยา (การแสดงออกของร่างกาย) (3) ประเวณี (อวัยวะเพศ) (4) ต่อมโลหิตระดู (มดลูก) ซึ่งเมื่อหญิงมีระดูนั้น ได้แบ่งลักษณะอาการของการเกิดระดูที่ผิดปกติ ออกเป็น 2 ลักษณะ คือ โรคโลหิตระดูสตรีปกติโทษ คือ ลักษณะของอาการสตรีที่ปรากฏก่อนการมีประจำเดือน ซึ่งเมื่อประจำเดือนหมดอาการต่าง ๆ ก็หายไป โดยถ้าเทียบเคียงกับแพทย์แผนปัจจุบันหมายถึงกลุ่มอาการก่อนที่มีระดู (premenstrual syndrome) สามารถแบ่งออกได้ 5 ลักษณะตามแต่บริเวณที่เกิด ได้แก่ โลหิตปกติโทษ อันบังเกิดแต่หัวใจ ทำให้มีอาการคลั่งเพื่อ โกรธง่ายนอนไม่หลับ โลหิตปกติโทษอันบังเกิดแต่ขั้วดี ทำให้มีนอนละเมอ สะอื้น โลหิตปกติโทษอัน

บังเกิดแต่ผิวเนื้อ ทำให้มีผื่นขึ้น โลหิตปกติโทษอันบังเกิดแต่เส้นเอ็น ทำให้มีอาการตัวร้อน ปวดศีรษะ และโลหิตปกติโทษอันบังเกิดแต่กระดูก ทำให้มีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ส่วนโลหิตระดูทุจริตโทษ คือ ลักษณะของระดูที่มีอาการผิดปกติมากกว่าปกติ หรือเป็นมากขึ้น ประกอบไปด้วย โลหิตระดูร้าง โลหิตคลดบุตร โลหิตต้องพิฆาต โลหิตเน่า และโลหิตตกหมกซำ ซึ่งความผิดปกติเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดหน่วงท้องน้อย ประจำเดือนไม่มาหรือประจำเดือนขาด ร่วมกับระดูมีสีดำคล้ำ ดังนั้นหลักการรักษาตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย คือ การประจุหรือขับโลหิตเน่าร้ายออกให้หมดแล้วจึงบำรุงโลหิตและปรับไฟธาตุไฟให้บริบูรณ์^[2,6]

4. กลไกของอาการปวดระดูในโลหิตปกติโทษตามหลักการแพทย์แผนไทย

จากกลไกการเกิดประจำเดือนที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของฮัยโปธาลามัส ต่อมใต้สมอง และรังไข่ (hypothalamus pituitary ovary axis : HPO axis) ให้หลังฮอร์โมนหลายชนิด^[3] ซึ่งในทางแพทย์แผนไทยเชื่อว่าคือตัวแทนของธาตุไฟ เพื่อกระตุ้นให้มดลูก หรือต่อมโลหิตระดู เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยการสร้างเนื้อเยื่อ (endometrium) ขึ้น และเมื่อเซลล์ไข่ (ovum) ไม่ได้รับการปฏิสนธิตามกำหนดเวลา ก็จะเกิดการลอกตัวของ endometrium ออกมาเป็นระดู พร้อมกับมีการสังเคราะห์ prostaglandins (PG) เพื่อตอบสนองกระบวนการอักเสบ ทำหน้าที่กระตุ้นให้มดลูกหดตัวเพื่อขับระดูออก^[3,7] ซึ่งในทฤษฎีแพทย์แผนไทยเชื่อว่าการเคลื่อนไหวนั้นเป็นการทำงานของธาตุลม หากมีการสร้าง PG มากเกินไป เสมือนธาตุลมที่กำเริบขึ้นจะเป็นเหตุให้เกิดอาการปวดระดู ท้องเสีย

คลื่นไส้ อาเจียน หรือท้องอืดร่วมด้วย ซึ่งสอดคล้องกับความเชื่อทางอายุรเวทที่รายงานว่าภาวะปวดระดูเกี่ยวข้องกับการทำงานของวาตะและเสมหะ ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากเสมหะที่ไปอุดกั้นช่องทางเดินของลม ทำให้วาตะ (หรือลมในทางการแพทย์แผนไทย) กำเริบขึ้น เป็นเหตุให้เกิดอาการปวดท้องประจำเดือน^[8,9]

5. ตำรับยาที่ใช้รักษาอาการปวดระดูตามหลักการแพทย์แผนไทย

ตำรับยาที่ใช้รักษาอาการกลุ่มทางสูติศาสตร์นรีเวชวิทยา มีสรรพคุณบรรเทาอาการปวดท้องประจำเดือน จากบัญชียาหลักแห่งชาติ^[4] มีดังนี้

5.1) ตำรับยาประสะไพล

ส่วนประกอบ : เหง้าไพล หนัก 81 กรัม ผิวมะกรูด เหง้าว่านน้ำ หัวกระเทียม หัวหอม พริกไทยล่อน ดอกคิปลี เหง้าขิง เหง้าขมิ้นอ้อย เทียนดำ กลือสินเธาว์ หนักสิ่งละ 8 กรัม และการบูร หนัก 1 กรัม

ขนาดและวิธีใช้ : ให้รับประทานยาก่อนที่จะมีประจำเดือน 2 – 3 วัน ไปจนถึงวันแรกและวันที่สองของการมีประจำเดือน

ชนิดผง รับประทานครั้งละ 1 กรัม ละลายน้ำสุก วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร

ชนิดแคปซูล ชนิดเม็ดและชนิดลูกกลอน รับประทานครั้งละ 1 กรัม วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร

5.2) ตำรับยาเลื่อดงาม

ส่วนประกอบ : เหง้าขิงแห้ง ตะไคร้บ้าน (ลำต้น) สะระแหน่ (ทั้งต้น) เหง้ากระชาย เหง้ากระเทียม ผิวมะกรูด ใบมะนาว รากและใบกะเพรา หัวกระเทียม เปลือกเพกา โทงูจุพาลัมพา ข้ำพลู (ทั้งต้น) ลูกเร่วหอม ลูกจันทน์

ดอกกานพลู ดอกคิปลี เหง้าไพล พริกไทยอ่อน ราก
เจตมูลเพลิงแดง รากชะเอมเทศ หนักสิ่งละ 5 กรัม
พิมเสน และการบูร หนักสิ่งละ 1 กรัม

ขนาดและวิธีใช้: ชนิดผง รับประทานครั้ง
ละ 1 – 2 กรัม ละลายน้ำสุก วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร
ชนิดแคปซูล รับประทานครั้งละ 1 – 2 กรัม
วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร

นอกจากนี้ ตามตำราแพทย์ศาสตร์
สงเคราะห์ยังกล่าวถึงตำรับยาที่ใช้รักษาอาการปวด
ประจำเดือน ขับโลหิตเน่าร้าย^[2] ดังนี้

5.3) ตำรับยาอุททาจร

ส่วนประกอบ : มหาหิงค์ู จิงแห้ง
รากเจตมูลเพลิง สะค้าน ดอกข่าพลู หัวเห้วหมู ผล
พิลังกาสา เทียนดำ เทียนขาว เกลือเทศ อย่างละ 1
ส่วนเสมอภาค (ปริมาณเท่ากัน)

ขนาดและวิธีใช้ : นำผงสมุนไพรละลาย
น้ำผึ้ง หรือน้ำร้อน รับประทาน

ตำรับยาขับโลหิต

ส่วนประกอบ : ผลกระวาน หัวเห้วหมู
เทพธาโร จิงแครง หัวอุตพิต กระเทียม ข่า รากสะแก
ขมิ้นชัน รากหนามแดง รากกรด รากพุดนาอย่างละ 1
ส่วนเสมอภาค (ปริมาณเท่ากัน)

ขนาดและวิธีใช้ : นำผงสมุนไพรละลาย
น้ำผึ้ง รับประทาน

6. สมุนไพรที่ใช้รักษาอาการปวดประจำเดือน

เมื่อสืบค้นข้อมูลจากรายงานการ
วิจัยต่าง ๆ พบว่า มีสมุนไพรหลากหลายชนิดที่มี
รายงานการใช้บรรเทาอาการปวดท้องประจำเดือน
ตามแพทย์พื้นบ้านดั้งเดิม ซึ่งสมุนไพรบางชนิดพบ
ว่าเป็นส่วนประกอบในตำรับยาในบัญชียาหลัก
แห่งชาติ เช่น ไพล กระเทียม พริกไทย ว่านน้ำ
เทียนดำ ขมิ้นอ้อย โดยสมุนไพรส่วนใหญ่มีรส
เผ็ดร้อน ซึ่งตรงกับทฤษฎีการแพทย์แผนไทยที่
อธิบายว่า รสเผ็ดร้อนมีสรรพคุณช่วยแก้โรคลม
เพิ่มปิตตะและวาตะช่วยลดเสมหะ จึงส่งผลให้ขับ
ระดู ขับเหงื่อ บำรุงไพธาตุ แก้ปวดท้อง ท้องอืด
จุกเสียด^[6,10] นอกจากนี้ยังมีสมุนไพรที่มีรสสุขุม
หอมเย็น เช่น กรุงขเมา ลูกชัด ซึ่งมีสรรพคุณ
บำรุงธาตุ บำรุงร่างกาย หลังจากที่ใช้ยาขับโลหิต
แล้ว ตามหลักแพทย์แผนไทย ต้องใช้ยาบำรุง
ร่างกายให้บริบูรณ์ ซึ่งมีรายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 สมุนไพรที่ใช้ในการรักษาอาการปวดประจำเดือน

สมุนไพร	ชื่อวงศ์	ชื่อวิทยาศาสตร์	ส่วนที่ใช้	รสยา	สรรพคุณ	ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา
กระชาย	Zingiberaceae	<i>Boesenbergia rotunda</i> (L.) Mansf.	เหง้า	เผ็ดร้อน	แก้ปวดบิด ขับระดูขาว	ต้านการอักเสบ ^[1,1,2]
กระเทียม	Alliaceae	<i>Allium sativum</i> L.	หัว	เผ็ดร้อน	บำรุงธาตุ กระจายโลหิต	ต้านการอักเสบ ^[1,3,4]
กานพลู	Myrtaceae	<i>Syzygium aromaticum</i> (L.) Merr. & L.M.Perry	ดอกตูม	เผ็ดร้อน	ขับระดู ขับน้ำคาวปลา	ขับซึ่งอาการปวด ^[1,3,15]
กุ่มขมมา ^[16]	Menispermaceae	<i>Cissampelos pareira</i> L. var. <i>hirsuta</i> (Buch. ex DC.) Forman.	ราก	หอมเย็น	แก้พิษโลหิต	ต้านการอักเสบ
ขิง	Zingiberaceae	<i>Zingiber officinale</i> Roscoe	เหง้า	สุขุม	บำรุงร่างกาย	-
ขมิ้นชัน	Zingiberaceae	<i>Curcuma longa</i> L.	เหง้า	เผ็ดร้อน	แก้ปวดท้อง	ขับซึ่งอาการปวด ^[17, 18]
ขมิ้นอ้อย	Zingiberaceae	<i>Curcuma zedoaria</i> (Christm.) Roscoe	เหง้า	ฝาดเฝื่อน	บำรุงธาตุ	ต้านการอักเสบ
จันทน์เทศ	Myristicaceae	<i>Myristica fragrans</i> Houtt.	เมล็ด	ฝาดเฝื่อน	แก้ปวดประจำเดือน	ขับซึ่งอาการปวด ^[19, 20]
				เผ็ดร้อน	แก้ปวดท้อง	ต้านการอักเสบ ^[11, 21]
				เผ็ดร้อน	ขับประจำเดือน	ต้านการอักเสบ
				เผ็ดร้อน	แก้ปวดมดลูก	ขับซึ่งอาการปวด ^[11, 22]
					บำรุงโลหิต	ต้านการอักเสบ

ตาราง 1 สมุนไพรที่ใช้ในการรักษาอาการปวดประจำเดือน (ต่อ)

สมุนไพร	ชื่อวงศ์	ชื่อวิทยาศาสตร์	ส่วนที่ใช้	รสยา	สรรพคุณ	ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา
ติบตี	Piperaceae	<i>Piper retrofractum</i> Vahl.	ผล	เผ็ดร้อน	ขับประจำเดือน/มาไม่ปกติ	ฤทธิ์ด้านการหดตัวของมดลูก ^[13]
เทียนดำ	Ranunculaceae	<i>Nigella sativa</i> L.	เมล็ด	เผ็ดขม	บำรุงโลหิต	ฤทธิ์ด้านการหดตัวของมดลูก ^[13,23]
ทับทิม	Lythraceae	<i>Punica granatum</i> L.	เปลือกผล	ฝาดหวาน	ขับระดู	ด้านการอีกเสบ ^[19,24]
บวบขม ^[19]	Curcubitaceae	<i>Trichosanthes cucumerina</i> L.	ใบ	ขม	บำรุงกำลัง ฟอกเลือด	-
พริกไทย	Piperaceae	<i>Piper nigrum</i> L.	เมล็ด	เผ็ดร้อน	ขับระดู แก้มูกติด	ขับช่องอากาศปวด ^[13,25] ด้านการอีกเสบ ^[11,26]
ไพล	Zingiberaceae	<i>Zingiber cassumunar</i> Roxb.	เหง้า	เผ็ดร้อน	ขับระดู แก้มูกติด	ด้านการอีกเสบ ^[11,26]
มะขามป้อม	Euphorbiaceae	<i>Phyllanthus emblica</i> L.	ผล	เปรี้ยวฝาด ขม	ฟอกโลหิต	ด้านการอีกเสบ ^[19,27]
มะรุม ^[19]	Moringaceae	<i>Moringa oleifera</i> Lam.	ใบ	เผื่อน	บำรุงธาตุ	-
มหาหิงค์	Umbelliferae	<i>Ferula assafoetida</i> L.	ยาง	เผ็ดขม	ขับขม ช่วยย่อย	ขับช่องอากาศปวด ^[19,28]

ตาราง 1 สมุนไพรที่ใช้ในการรักษาอาการปวดประจำเดือน (ต่อ)

สมุนไพร	ชื่อวงศ์	ชื่อวิทยาศาสตร์	ส่วนที่ใช้	รสยา	สรรพคุณ	ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา
ดอกชั่ง	Papilionaceae	Trigonella foenum-graecum L.	เมล็ด	ฝาดหอม	บำรุงธาตุ ขับประจำเดือน	ยับยั้งอาการปวดและลดการอักเสบ ^[19,29]
ว่านน้ำ	Acoraceae	Acorus calamus L.	เหง้า	เค็ดร้อน	บำรุงกำลัง ขับลม	ด้านการอักเสบ ^[11,30]
ว่านหางจระเข้	Aloaceae	Aloe vera (L.) Burm.f.	วุ้นจากใบ	จืดเย็น	รักษาแผลไฟไหม้ไฟลวก	ด้านการอักเสบที่ผิวหนัง ^[19,31]
สมอไทย	Combretaceae	Terminalia chebula Retz.	ผล	เปรี้ยวฝาด	หนอง	ด้านการอักเสบ ^[19,32]
สมอพิเภก	Combretaceae	Terminalia bellirica (Gaertn.) Roxb.	ผล	เปรี้ยวฝาด	แก้ปวดท้อง	ยับยั้งอาการปวด ^[19,33]

สรุปและอภิปรายผล

จากการทบทวนวรรณกรรมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า อาการปวดท้องประจำเดือนตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในสตรีวัยเจริญพันธุ์ โดยแบ่งลักษณะการปวดได้เป็น 2 ลักษณะ คือ อาการปวดระดูชนิดปฐมภูมิ และชนิดทุติยภูมิ ซึ่งการรักษาสามารถทำได้โดยการรับประทานยาเพื่อบรรเทาอาการปวด ซึ่งยาดังกล่าวมีผลข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้คลื่นไส้ ท้องเสีย ปวดศีรษะตามัว^[3] ดังนั้นการรักษาอาการปวดหรือบรรเทาด้วยยาสมุนไพรไทยจึงเป็นทางเลือกของการรักษาอาการดังกล่าว โดยเฉพาะการใช้สมุนไพรเดี่ยวหรือตำรับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ เช่น ตำรับยาประสะไพล มีรสยารวมคือร้อน เผ็ด หอม สรรพคุณ บรรเทาอาการปวดประจำเดือน โดยเมื่อสืบค้นฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา พบว่ามีฤทธิ์ด้านการอักเสบจาก

การยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ cyclooxygenase (COX) ซึ่งเป็นหนึ่งในเอนไซม์หลักของการสังเคราะห์สารก่อการอักเสบ prostaglandin E₂ มีผลไปลดการหดตัวของมดลูก เลือดจึงไหลเวียนบริเวณมดลูกได้ดีขึ้นและบรรเทาอาการปวดลง ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากสาระสำคัญหลักของไพลที่เป็นตัวสำคัญในตำรับ เนื่องจากมีน้ำหนักเท่ากับน้ำหนักของยาชนิดอื่นในตำรับรวมกัน โดยสารสำคัญหลักที่พบอยู่ในส่วนน้ำมันหอมระเหยของไพล ซึ่งมีรสเผ็ดร้อน ได้แก่ sabinene, γ -terpinene, terpinene-4-ol, และ (E)-1-(3,4-dimethoxy phenyl) butadiene นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยทางด้านคลินิก สนับสนุนว่าตำรับยาประสะไพล มีประสิทธิผลในการ

ลดอาการปวดประจำเดือนได้ไม่แตกต่างจากยา mefenamic acid แม้จะหยุดรับประทานยาแล้ว 1 เดือน โดยอาสาสมัครเมื่อได้รับสารสกัดประสะไพลมีอาการปวดและมีอาการข้างเคียงน้อยกว่าได้รับยา mefenamic acid^[5,34-37] ซึ่งสอดคล้องกับกลไกการขับประจำเดือนทางแพทย์แผนไทยที่อธิบายว่า การกระตุ้นให้ร่างกายขับระดู (ประจำเดือน) ออกมานั้น ชาติลุมถูกกระตุ้น (กำเร็บ) ผนวกกับปัจจัยเสริมอื่น ๆ เช่น การรับประทานอาหารที่มีฤทธิ์เย็นจัด การอาศัยในที่ที่มีอากาศเย็นมาก การมีโทสะ (โกรธ) มาก จึงส่งผลให้มีอาการปวดมาก ดังนั้น หลักการรักษาจึงต้องใช้ยารสร้อน จากส่วนของน้ำมันหอมระเหย หรือยาที่มีฤทธิ์ให้ระบาย เช่น ไพล จึงพริกไทยเป็นต้น เพื่อขับระดูที่เน่าเสียออกให้หมด และ เพิ่มความร้อนให้กับร่างกาย ช่วยกระจายลม ทำให้ระบบการไหลเวียนของเลือดดีขึ้น โดยเฉพาะบริเวณต่อมโลหิตระดู (มดลูก) จากนั้นจึงจ่ายยาบำรุงโลหิตและยาบำรุงธาตุ เพื่อให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง เช่น เทียนดำ กระจงเทียม สมอไทย จันทน์เทศ เป็นต้น^[38] จากข้อมูลดังกล่าวมาแล้วข้างต้น สมุนไพรไทยสามารถนำมาใช้เป็นทางเลือกในการบรรเทาอาการปวดท้องประจำเดือนได้ ซึ่งสามารถใช้ได้ทั้งสมุนไพรเดี่ยวและการตั้งเป็นตำรับยา โดยสมุนไพรบางชนิด มีการศึกษาถึงฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาในหลอดทดลอง รวมทั้งศึกษาถึงประสิทธิผลและความปลอดภัยทางคลินิก แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีสมุนไพรอีกหลายชนิดที่ปรากฏในตำราเอกสารทางวิชาการ การศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา แต่ยังคงการศึกษาทางคลินิกในเรื่องของประสิทธิผลและความปลอดภัย ดังนั้น

ควรมีการศึกษาเพื่อให้มีข้อมูลทางวิทยาศาสตร์มาสนับสนุนและส่งเสริม อนุรักษ์ การใช้สมุนไพรไทยในอนาคตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

[1] น้ำทิพย์ จินนาพันธ์. รูปแบบการแพทย์แผนไทยในระบบบริการสาธารณสุขระดับโรงพยาบาลชุมชน กรณีศึกษาจังหวัดสงขลา [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์-มหาบัณฑิต]. สงขลา:มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2560.

[2] กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ : ภูมิปัญญาทางการแพทย์และมรดกทางวัฒนธรรมของชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพฯ: สกสค.ลาดพร้าว; 2554.

[3] นันทนา ธนาโนวรรณ. ตำราการพยาบาลนรีเวช (ฉบับองค์รวม). กรุงเทพฯ: วี พรินท์; 2553.

[4] คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ. บัญชียาหลักแห่งชาติ. [ออนไลน์]. (2563) [เข้าถึง เมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน 2563]. เข้าถึงได้จาก http://www.ratchakitcha.soc. goth/DATA/PDF/2563/E/254/T_0003 .PDF.

[5] จันทิชา กมลาสน์หิรัญ และอรวรรณ เล็กสกุลไชย. การศึกษาประสิทธิผลของสารสกัดตำรับยาประสะไพลเปรียบเทียบกับ Mefenamic acid ในการลดอาการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิ: การศึกษาทางคลินิก ระยะที่ 2.

[6] ธรรมศาสตร์เวชสาร 2555; 12(4): 749 –56. ไกรสิทธิ์ ลิ้มประเสริฐ. เวชกรรมไทยประยุกต์ 1 ตอน ทฤษฎีธาตุและการวินิจฉัยโรค. กรุงเทพฯ: ศิลป์สยามบรรจุกรรณและการพิมพ์; 2559.

[7] มุลินธิ์พินฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิมฯ อายูรเวทวิทยาลัย (ชีวกโกมารภักจจ์). ตำราการแพทย์ไทยเดิม (แพทยศาสตร์สงเคราะห์) ฉบับพัฒนา ตอนที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สี่ไทย; 2538.

[8] Kowsalya, RG., Swetha, N, AD., Arpana, J. and Sridevi, R. Kashtartava: A Clinical Study. Journal of Ayurvedic and Herbal Medicine 2019; 5(4): 122 – 24.

[9] Bhagyashri, P., Rahul, K., Vijay, B. and Kirti, B. Dysmenorrhoea (Kashtartava): An Ayurvedic Perspective. International Journal of Herbal Medicine 20155; 3(3): 33 – 5.

[10] กองการประกอบโรคศิลปะ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาเภสัชกรรม. : ม.ป.พ.; ม.ป.ป.

[11] วรพรรณ สิทธิถาวร ลลิตา วีระเสถียร และชไมพร อันสว่าง. สมุนไพรสำหรับโรคสตรีที่ใช้โดยหมอพื้นบ้านในจังหวัดนครนายก. ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2562;14(3): 111 – 21.

[12] Isa, N, M., Abdelwahab, S, I., Mohan, S., et al. In vitro anti-inflammatory, cytotoxic and antioxidant activities of boesenbergin A,

- a chalcone isolated from *Boesenbergia rotunda* (L.) (ngerroot). *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* 2012; 45(6): 524 – 30.
- [13] เกศริน มณีบุญ บดินทร์ ชาตะเวที จอมขวัญ คำคง และคณะ. การศึกษาภูมิปัญญาการใช้สมุนไพรรักษาโรคโลหิตระดูสตรีของหมอพื้นบ้านในจังหวัดกระบี่และสงขลา. *วารสารวิทยาศาสตร์บูรพา*. 2560; 22(3): 243 – 58.
- [14] Hussein, H, J., Hameed, I, H and Hadi, M, Y. A review: anti-microbial, anti-inflammatory effect and cardiovascular effects of garlic: *Allium sativum*. *Research Journal of Pharmacy and Technology* 2017;10(11): 4069 – 78.
- [15] Tanko, Y., Mohammed, A., Okasha, M,A., et al. Anti-nociceptive and anti-inflammatory activities of ethanol extract of *Syzygium aromaticum* ower bud in wistar rats and mice. *African Journal of Traditional, Complementary and Alternative Medicines* 2008; 22; 5(2): 209 – 12.
- [16] Das, D, C., Sinha, N, K and Das, M. The use of medicinal plants for the treatment of gynaecological disorders in the eastern parts of India. *Indian journal of obstetrics and gynaecology* 2015; 2(1) : 16 – 27.
- [17] Bhatia, H., Sharma, Y,P., Manhas, R, K., et al. Traditional phyto remedies for the treatment of menstrual disorders in district Udampur, J&K, India. *Journal of Ethnopharmacology*; 2014.
- [18] Ojewole, J, A. Analgesic, anti-inflammatory and hypoglycemic effects of ethanol extract of *Zingiber ofcinale* (Roscoe) rhizomes (Zingiberaceae) in mice and rats. *Phytotherapy Research* 2006; 20(9) : 764 – 72.
- [19] Rajith, N,P., Ambily,D,V., Dan, V, M., et al. A survey on ethnomedicinal plants used for menstrual disorders in Kerla. *Indian journal of traditional knowledge* 2012; 11(3): 453 – 60.
- [20] Liju, V,B., Jeena,k and Kuttan,R. An evaluation of antioxidant, anti-inflammatory, and antinociceptive activities of essential oil from *Curcuma longa* L. *Indian Journal of Pharmacology* 2011; 43(5): 526 – 31.
- [21] Ullah, H, A., Zaman, S., Juhara, F., et al. Evaluation of antinociceptive, in vivo & on-vitro anti-inflammatory activity of ethanolic extract of *Curcuma zedoaria* rhizome. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2014; 14(1): 346.
- [22] Asgarpanah, J., Kazemivash, N. Phytochemistry and pharmacologic properties of *Myristica fragrans* Hoyutt.: A review. *African Journal of Biotechnology* 2012; 11(65) : 12787 – 93.
- [23] Aqel, M., Shaheen, R. Effects of the volatile

- oil of *Nigella sativa* seeds on the uterine smooth muscle of rat and guinea pig. *Journal of Ethnopharmacology* 1996; 52(1): 23 – 6.
- [24] Hollebeek, S., Winand, J., Hrent, M, F., et al. Anti-inflammatory effects of pomegranate (*Punica Granatum L.*) husk ellagitannins in Caco-2 cells, an in vitro model of human intestine. *Food & Function* 2012; 3(8): 875 – 85.
- [25] Tasleem, F., Azhar, L., Ali, S, N., et al. Analgesic and anti-inflammatory activities of *Piper nigrum L.* *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine* 2014; 7: 461 – 8.
- [26] Leelarungrayub, J., Manorsoi, J and Aranya Manorsoi. Anti-inflammatory activity of niosomes entrapped with Plai oil (*Zingiber cassumunar Roxb.*) by therapeutic ultrasound in a rat model. *International Journal of Nanomedicine* 2017; 29(12): 2469 – 76.
- [27] Chatterjee, A., Chatterjee, S., Biswas, A., et al. “Gallic acid enriched fraction of *Phyllanthus emblica* potentiates indomethacin induced gastric ulcer healing via e-NOS-dependent pathway,” *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* 2012; 4: 1 – 13.
- [28] Bagheri, S, M., Dashti-R, M, H and Morshedi, A. Antinociceptive effect of *Ferula assa-foetida* oleo-gum-resin in mice. *Research Pharmaceutical Science* 2014; 9(3): 207 – 12.
- [29] Mandegary, A., Pournamdari, M and Sharifar, F., et al. Alkaloid and avonoid rich fractions of fenugreek seeds (*Trigonella foenum-graecum L.*) with antinociceptive and anti-inflammatory effects 2012; 50(7): 2503 – 07.
- [30] Kamil, S, S., Hameed, I, H and Hamza, L, F. *Acorus calamus*: Parts used, Insecticidal, Anti-Fungal, Antitumour and Anti-inflammatory activity: A review. *International Journal of Pharmaceutical Quality Assurance* 2017; 8(3): 153 – 57.
- [31] Agung, V, L., Mappiasse, A, A and Wahab, S. Anti-Inflammatory Effect of Aloe Vera (*I*) Burm, F. on COX-2 and Histamine Expression in Mice Skin Exposed to UVB. *American Journal of Clinical and Experimental Medicine* 2016; 4(4) : 94 – 7.
- [32] Yang, M, H., Ail, Z., Khan, I, A., et al. Anti-inflammatory activity of constituents isolated from *Terminalia chebula*. *Natural Product Communications* 2014; 9(7): 965 – 8.
- [33] Jayesh, K., Karishma, R., Vysakh, A., et al. *Terminalia bellirica* (Gaertn.) Roxb fruit exerts anti-inflammatory effect via regulating arachidonic acid pathway and pro-inflammatory cytokines in lipopolysaccharide-induced RAW 264.7

- macrophages. *Inammopharmacology* 2018; 28(1) : 265 – 74.
- [34] ราตรี สว่างจิตร ฌัฐกานต์ นันทลาด ประภัสสร ประดากรณ์ และคณะ. ผลเบื้องต้นของยาแคปซูลประสะไพล เพื่อรักษาอาการประจำเดือนผิดปกติ. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2562; 17(1): 63 – 76.
- [35] มธุรวาดิษฐ์ พิรัชศรีพงษ์ สมศักดิ์ นวลแก้ว และคณะ. การศึกษาเบื้องต้นถึง ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยา แคปซูลประสะไพลสกัด ในการบรรเทา อาการปวดแบบเฉียบพลันที่มีสาเหตุจาก การบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ. วารสารเภสัช กรรมไทย 2562; 11(1): 268 – 83.
- [36] Leelarungrayub, J., Manorsoi, J. and Manorsoi, A. Anti-inflammatory activity of niosomes entrapped with Plai oil (*Zingiber cassumunar* Roxb.) by therapeutic ultrasound in a rat model. *International journal of nanomedicine* 2017; 29(12): 2469 – 76.
- [37] Vannabhum, M., Poopong, S., Wongwananuruk, T., et al. The Efficacy of Thai Herbal Prasaplai Formula for Treatment of Primary Dysmenorrhea: A Short-Term Randomized Controlled Trial. *Evidence-Based Complementary and Alternative* 2016; (5) : 1 – 7.
- [38] จอมจิต วาริษฐ์ ปาริชาติ พงษ์พานิช และอิศรา ดาศรี. การพัฒนางานเวชกรรม ไทยให้เป็นเวชศาสตร์เชิงประจักษ์ ตัวอย่างเวชปฏิบัติ : โรคโลหิตระดู. ใน ทวี เลหาพันธ์ เอื้อพงศ์ จตุรธำรง ธานี เทพวัลย์. บรรณาธิการ. การแพทย์ แผนไทยประยุกต์กับการพัฒนาการ แพทย์แผนไทยให้ยั่งยืน. กรุงเทพฯ : ศูนย์วิจัยการพิมพ์; 2554.

บทความวิชาการ :
บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้ห่างไกล
จากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
The Role of Nurses in Promoting the Health of the Elderly away
from the Coronavirus Disease 2019

แจ่มจันทร์ เทศสิงห์* และพัชรี แวงวรรณ**

Chaemchan Thessingha* and Patcharee Wangwan**

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก*,**

Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute*,**

เบอร์โทรศัพท์: 09-3139-9588; E-mail: chaemchant@gmail.com*

วันที่รับ 22 มี.ค. 2564; วันที่แก้ไข 18 พ.ค. 2564; วันที่ตอบรับ 17 พ.ย. 2564

บทคัดย่อ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีการแพร่ระบาดในวงกว้างในปัจจุบัน โดยเฉพาะการระบาดระลอกที่สามที่ระบาดเร็ว ติดเชื้อง่ายขึ้น อาการรุนแรง และเสียชีวิตมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ “ผู้สูงอายุ” ถือเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และก่อให้เกิดอาการที่รุนแรงตามมาได้เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่ร่างกายเสื่อมถอย ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคเรื้อรังเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจและโรคมะเร็ง ทำให้มีความเสี่ยงเกิดอาการอย่างรุนแรงและเสียชีวิตมากกว่ากลุ่มวัยอื่น ทั้งนี้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งในด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคม และเศรษฐกิจ ดังนั้น จึงเป็นความท้าทายที่สำคัญต่อบทบาทของพยาบาลในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุใน

ชุมชนให้ห่างไกลจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ รวมทั้งการเข้ารับวัคซีนโควิด 19 เพื่อลดความรุนแรงและเสียชีวิต
คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ; การดูแลผู้สูงวัย; โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019; โรคโควิด 19; บทบาทของพยาบาล

Abstract

From the epidemic situation of coronavirus disease 2019 that has spread widely at present, especially the third wave of outbreaks that spread quickly, get infected more easily, more severe symptoms and death especially in the elderly. The elderly are at risk to infect the disease and more severe symptoms because the elderly is the age where the body is deteriorating. In addition, most of the elderly have congenital diseases such as hypertension, diabetes, cardiovascular disease, chronic respiratory

disease and cancer its make them a high risk to infect and may have more severe symptoms and mortality than other age groups. The coronavirus disease 2019 outbreak having affected elderly in terms of physical, mental, social and economic health. Therefore, it is an important challenge to the role of nurses in promoting the health of the elderly in the community away from the coronavirus disease 2019, covering physical, mental, social, and economic health including vaccination against COVID-19 to reduce violence and death.

Key words : Elderly; Elderly care; Coronavirus Disease 2019; COVID-19; Role of Nurses

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019, COVID -19) เป็นโรคอุบัติใหม่ที่ระบาดใหญ่ทั่วโลก (pandemic) และเป็นโรคติดต่ออันตราย ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข^[1] ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคม เศรษฐกิจและคุณภาพต่อชีวิตของประชากรทั่วโลก โดยพบอัตราการเสียชีวิตทั่วโลกประมาณร้อยละ 1 – 2 พบสูงสุดในประเทศอิตาลีร้อยละ 10.8^[2] อัตราการเสียชีวิตระหว่างกลุ่มอายุแตกต่างกันมาก ผู้ที่มีอายุมากจะมีความเสี่ยงที่จะมีอาการรุนแรงมากกว่า ซึ่งอัตราผู้ป่วยเสียชีวิต (case fatality rate) พบมากในผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 14.8 - 20.2^[3] ในกรุงปักกิ่ง ประเทศจีนพบว่าอัตราความรุนแรงของโรคแตกต่างกันตามอายุที่

เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปกับกลุ่มอายุ 65 – 79 ปีและกลุ่มอายุ 50-64 ปี (81.3%, 43.2%, 19.8%, $p < 0.001$)^[4] และอัตราการเสียชีวิตก็สูงขึ้นตามอายุเช่นเดียวกัน (18.8%, 4.5%, 1.2%, $p = 0.025$) โดยความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปีมีอัตราการเสียชีวิตน้อยกว่าร้อยละ 1 ในขณะที่ผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 8.0 - 9.6 และอายุ 80 ปีขึ้นไปมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 14.8 – 19 ดังนั้น จึงมีความสำคัญที่จะต้องดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นพิเศษเพื่อไม่ให้ติดเชื้อไวรัส

โคโรนา 2019^[5] ทั้งนี้ เนื่องจากผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวเรื้อรังซึ่งทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเรื้อรังเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจและโรคมะเร็ง^[6] นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีระบบภูมิคุ้มกันที่อ่อนแอลงเนื่องจากอายุที่มากขึ้น อีกทั้งผู้สูงอายุมีร่างกายที่เสื่อมถอยไปตามอายุ จึงได้รับผลกระทบที่รุนแรง และมีความเสี่ยงสูง ต้องการการดูแลที่มากกว่า^[7] ในประเทศไทยมีการระบาดเป็นสามระลอกในปัจจุบัน โดยระลอกที่ 1 เกิดจากคลัสเตอร์สนามมวย สถานบันเทิงย่านทองหล่อ การระบาดระลอกที่สอง จากคลัสเตอร์ตลาดมหาชัย จังหวัดสมุทรสาครและลูกหลานไปจังหวัดใกล้เคียง และปัจจุบันถือได้ว่าเป็นการระบาดระลอกที่สาม ในช่วงเดือนเมษายน 2564 โดยเกิดจากคลัสเตอร์สถานบันเทิงย่านสุขุมวิท ทองหล่อ ซึ่งได้กระจายออกไปหลายวงการ ทั้ง กลุ่มเที่ยวกลางคืน ศิลปินนักแสดง และผู้บริหารระดับสูง และระลอกนี้ได้แพร่กระจายเชื้อไปอย่างรวดเร็ว โดยได้รับการ

ยืนยันว่าการระบาดครั้งนี้เป็นเชื้อของสายพันธุ์อังกฤษที่สามารถแพร่กระจายเชื้อได้เร็วขึ้น 1.7 เท่า โดยไวรัสมีคุณสมบัติจับเซลล์ผิวมนุษย์ได้ดีขึ้น มีประสิทธิภาพในการแบ่งตัวได้ดีขึ้น ทำให้การระบาดเร็ว ติดเชื้อง่ายขึ้น อาการรุนแรงและเสียชีวิตมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าคนทั่วไป เนื่องด้วยสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรงและภูมิคุ้มกันลดลงตามวัย จากข้อมูลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เสียชีวิตในระลอกใหม่ ระหว่างวันที่ 15 ธันวาคม 2563 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2564 จำนวน 34 ราย พบว่าผู้เสียชีวิตอายุเฉลี่ย 64 ปี มีประวัติมีโรคประจำตัว 22 ราย (ร้อยละ 64.7) โดยในกลุ่มผู้เสียชีวิตที่มีโรคประจำตัวร้อยละ 35.3 เป็นโรคเบาหวาน เป็นเพศชาย 25 ราย (ร้อยละ 73.5) เพศหญิง 9 ราย (ร้อยละ 26.5) ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวยังคงมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอาการที่รุนแรงจนอาจทำให้เสียชีวิต^[8] บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอผลกระทบของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีต่อผู้สูงอายุ และเสนอแนะบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ให้ห่างไกลจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อป้องกันผลกระทบที่เกิดขึ้น อันจะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีปลอดภัยจากห่างไกลโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลกระทบของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อผู้สูงอายุ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งในด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจดังนี้

ผลกระทบต่อสุขภาพกาย

โรงพยาบาลหลายแห่งงดให้บริการผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินเร่งด่วน รวมทั้งงดการผ่าตัดที่ไม่เร่งด่วน แม้กระทั่งโรงพยาบาลศิริราชซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ใหญ่ที่สุดในประเทศก็ประกาศเลื่อนการผ่าตัดผู้ป่วยที่สามารถรอการรักษาได้ (elective cases) ทุกราย ไม่เว้นแม้แต่ผู้ป่วยมะเร็ง^[9] ส่งผลให้ผู้สูงอายุซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเรื้อรังเข้าไม่ถึงการบริการทางการแพทย์ดังกล่าว การลดการให้บริการทางด้านสุขภาพและการบริการทางสังคมเป็นสาเหตุให้โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุกำเริบได้เนื่องจากความถี่ในการกำกับติดตามโรคลดลงและเข้าไม่ถึงยารักษาโรค^[10] นอกจากนี้ มาตรการปิดสถานดูแลผู้สูงอายุส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้สูงอายุอาจไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและสร้างภาระการดูแลให้แก่ครอบครัวผู้สูงอายุได้ แม้มีบางพื้นที่ เช่น จังหวัดนนทบุรีที่ผ่อนปรนให้เปิดสถานดูแลผู้สูงอายุแบบพักค้างคืน โดยให้ปิดเฉพาะสถานบริการแบบไปเช้าเย็นกลับก็ตาม^[7] ในช่วงของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลมหาสารคามและโรงพยาบาลอีกหลายแห่งได้จัดบริการส่งยาถึงบ้านในผู้ป่วยนัดที่มีอาการปกติทำให้ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวไม่ได้พบแพทย์ ซึ่งอาจทำให้โรคกำเริบได้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุรายหนึ่ง อายุ 77 ปี มีโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเสื่อมเรื้อรัง แพทย์นัดให้ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเพื่อติดตามอาการและตรวจเลือด แต่เพื่อให้เป็นไปตามมาตรการของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งให้สวม.รับยามาส่งให้ผู้สูงอายุถึงบ้าน

ผู้สูงอายุจึงไม่ได้ไปพบแพทย์และไม่ได้รับการตรวจเลือดส่งผลให้ผลการตรวจเลือดในภายหลังระดับครีเอตินิน (creatinine) สูงขึ้น

ผลกระทบต่อสุขภาพจิต

มาตรการรักษาระยะห่างทางสังคมและการกักตัว ซึ่งเป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการปกป้องผู้สูงอายุในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แต่ก็อาจส่งผลถึงความรู้สึกโดดเดี่ยว ผู้สูงอายุจำนวนมากอาจจะไม่สูงลิบกับใครมาก่อนหน้าที่จะมีการระบาดของโรคอยู่แล้ว ซึ่งทำให้มีปัญหาด้านสุขภาพจิตร่วมด้วย^[11] หลายประเทศมีมาตรการที่เจาะจงไปยังกลุ่มผู้สูงอายุโดยเฉพาะ เช่น ประเทศไทยรัฐบาลประกาศปิดเมือง ให้อยู่บ้านและเว้นระยะห่างทางสังคม^[9] โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงคือผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป รัฐบาลประกาศให้ผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไปต้องอยู่แต่ในบ้านเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้สูงอายุจึงจำต้องอยู่บ้านเป็นเวลานานมาก การรักษาระยะห่างทางกาย (physical distancing) ทำให้เพิ่มการแบ่งแยกทางสังคม (social isolation) และความโดดเดี่ยว (loneliness) ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้าและการทำงานของสมองเสื่อมถอยลง (cognitive decline)^[12,13,14] จากผลการสำรวจผลกระทบของโรคระบาดต่อด้านจิตใจในประเทศจีนในระยะแรกที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.8 มีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 28.8 มีอาการวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรงและกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 8.1 มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง^[15] จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส

โคโรนา 2019 โรงพยาบาลอีกหลายแห่ง เช่น โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลสุทธาเวช ได้ออกประกาศขอความร่วมมือผู้รับบริการงดเยี่ยมผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความว้าวุ่นตามมา

ผลกระทบด้านสังคม

ผู้สูงอายุได้รับผลกระทบในหลายเรื่อง เช่น การดูแลตนเอง การตัดผม การออกกำลังกาย การซื้อข้าวของเครื่องใช้ จำยตลาด การเดินทางไปยังสถานที่ต่าง ๆ การเข้ารับบริการทางการแพทย์ กรณีเจ็บป่วย ในสัดส่วนระหว่างร้อยละ 70.1 – 91.8 และมีจำนวนไม่น้อยที่ระบุว่าได้รับผลกระทบดังกล่าว ‘มาก’ เช่น ร้อยละ 40.9 ระบุว่าได้รับผลกระทบมากในการเดินทางไปยังสถานที่ต่าง ๆ การเข้ารับบริการทางการแพทย์ และการดูแลตนเอง ในสัดส่วน ร้อยละ 40.9, 29.6 และ 28.2 ตามลำดับ^[7] เมื่อรัฐบาลประกาศภาวะฉุกเฉิน โรงเรียนผู้สูงอายุหรือชมรมผู้สูงอายุหลายแห่งซึ่งปกติจะจัดกิจกรรมทุกสัปดาห์ ทุกเดือนต้องปิดตัวลงให้ผู้สูงอายุกลับบ้านที่ตัวเองอยู่ คือ บ้านของแต่ละคน เพราะต้องรักษาระยะห่าง กันและกัน จึงทำให้ความเหงาเข้าครอบงำ ผู้สูงอายุที่ติดสังคมเริ่มอยากเจอเจอเพื่อนฝูงที่ร่วมกิจกรรมทำงานกันมาปกติเจอกันทุกวัน ชมรมผู้สูงอายุปกติพบปะเจอกันทุกเดือน^[16] ดังเช่นผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรมของศูนย์ความเป็นเลิศด้านการบริการวิชาการผู้สูงอายุของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ซึ่งปกติจะจัดกิจกรรม การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทุกวันศุกร์และจัดกิจกรรมพิเศษในเทศกาลสำคัญ มีการแข่งขันกีฬาในเทศกาลปีใหม่ การรดน้ำขอพรจากผู้สูงอายุในเทศกาลสงกรานต์ แต่มีความจำเป็นต้องงดกิจกรรมการชุมนุมพบปะกัน

ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหงาและเฟื่อรอกอยให้กลับ มาจัดกิจกรรมเช่นเดิม ถึงแม้ว่าจะมีการพูดคุย กันทางไลน์แอปพลิเคชัน แต่ผู้สูงอายุบอกว่า ไม่สนุกสนานเหมือนมาพบหน้ากัน

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

ผลสำรวจผลกระทบการระบาดของ โครดิดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อประชากร สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุที่ทำแบบ สสำรวจประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจมากกว่าด้าน สุขภาพ โดยผู้สูงอายุประมาณ 1 ใน 3 ระบุว่า มีรายได้ไม่เพียงพอในช่วงการระบาดใหญ่ ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และสัดส่วน ของผู้สูงอายุที่มีรายได้หลักจากการทำงานลด จากร้อยละ 40 เหลือเพียง ร้อยละ 22 เท่านั้น และผู้สูงอายุที่ทำงานในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 81 ประสบอุปสรรคในการทำงานในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาซึ่งเป็นผลมาจากการระบาดใหญ่ ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยในสัดส่วน ดังกล่าว ร้อยละ 36 สูญเสียอาชีพ พื้นที่ค้าขาย หรือถูกปรับลดเงินเดือน โดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ใน เขตเมืองประสบปัญหาเกี่ยวกับการทำงานมากกว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท^[17] ผู้สูงอายุ ส่วนหนึ่งขาดรายได้จากการหยุดงานเพื่ออยู่บ้าน โดยพบว่าผู้สูงอายุที่ว่างงานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.9 เป็นร้อยละ 6.6 ซึ่งกลุ่มที่ตกงานมากที่สุดคือ กลุ่มรับจ้างทั่วไป/งานไม่ประจำ ส่วนในด้าน รายจ่ายนั้น น่าจะมีรายจ่ายที่เพิ่มขึ้น เช่น ในกรณี ที่ต้องมาดูแลที่บ้านเมื่อสถานดูแลผู้สูงอายุปิดลง ชั่วคราว การซื้อยาเองในกรณีที่ไม่สามารถไป รับบริการที่สถานพยาบาลได้ ซึ่งรัฐบาลได้ออก มาตรการต่าง ๆ เพื่อมาช่วยเหลือ และบรรเทา ความเดือดร้อนให้ผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบหลาย

มาตรการ บางมาตรการก็ได้ผลดี ถูกเป้าหมาย บางมาตรการก็ยังคงหล่นผู้สูงอายุที่ควรได้รับความช่วยเหลือ เริ่มจากมาตรการเยียวยาด้วยเงิน จากหลายช่องทาง (โครงการเราไม่ทิ้งกันของ กระทรวงการคลัง มาตรการช่วยเหลือเงินเยียวยา เกษตรกรโดยกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ หรือ มาตรการเยียวยาประกันเงินว่างงานของสำนักงาน ประกันสังคม) แต่มาตรการเหล่านี้มุ่งเน้นไปยัง กลุ่มเป้าหมายที่เป็นประชาชนในวัยแรงงาน จึง ไม่ค่อยครอบคลุมผู้สูงอายุที่ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน และมีผู้สูงอายุประมาณ 1 ใน 3 ไม่สามารถเข้า ถึงบางความช่วยเหลือได้ เช่น กรณีเงินเยียวยา โครงการเราไม่ทิ้งกัน เนื่องจากต้องใช้การกรอก ข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุไม่ คืบเคย^[7] นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังมีรายได้จากการ ทำงาน จากบุตร และจากดอกเบี้ยเงินออมลดลงใน ช่วงการระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อีกด้วย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีรายได้ไม่พอ เลี้ยงชีพ^[18] จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุรายหนึ่ง ซึ่ง เคยประกอบอาชีพนวดแผนไทยในร้านนวด แต่ เมื่อรัฐบาลประกาศปิดร้านนวดเพื่อลดการติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 เป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้สูง อายุรายนี้ไม่สามารถหารายได้ จึงทำให้เกิดปัญหา มีเงินเลี้ยงชีพไม่เพียงพอ

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้ห่างไกลจากโรคติดเชื้อไวรัส โครนา 2019

บทบาทในการดูแลสุขภาพ

1. กำหนดผู้ดูแล (care giver) หลักผู้ สูงอายุให้ชัดเจน
2. จัดหาอุปกรณ์ในการวัดอุณหภูมิ

ร่างกาย จัดให้มีน้ำ สบู่ แอลกอฮอล์เจล หน้ากากผ้า หน้ากากอนามัยสำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแล

3. สอนและให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุให้ปฏิบัติตัว^[19,20] ดังนี้

3.1 ล้างมือด้วยการฟอกสบู่อย่างน้อย 20 วินาทีแล้วล้างออกด้วยน้ำสะอาด หรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล โดยทิ้งไว้ให้ชุ่มไม่แห้งเร็วกว่า 20 วินาที ทุกครั้งเมื่อกลับเข้าบ้าน ก่อนเตรียมอาหาร ก่อนรับประทานอาหาร หลังการไอจาม และหลังเข้าห้องน้ำทุกครั้ง รวมทั้งหลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า ตา ปาก จมูก

3.2 ดูแลตัวเองด้วยการเลือกทานอาหารที่ร้อนหรือปรุงสุกใหม่ ๆ หากทานอาหารร่วมกันให้ใช้ช้อนกลาง ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และพักผ่อนให้เพียงพอ มีรายละเอียดดังนี้

3.2.1 อาหาร การรับประทานอาหารที่สะอาดถูกสุขลักษณะปรุงสุกใหม่ ๆ ไม่รับประทานอาหารที่หวานหรือเค็มเกินไป เน้นอาหารที่มีโปรตีนสูงเสริมภูมิคุ้มกัน และควรให้รับประทานอาหารที่หลากหลายครบ 5 หมู่ เพื่อให้ได้รับสารอาหารที่ครบถ้วนตามความต้องการของร่างกายและสมอง ผู้สูงอายุมักมีปัญหาสุขภาพในช่องปากซึ่งส่งผลต่อการรับประทานอาหารเพื่อลดความเสี่ยงที่ต้องออกมาพบทันตแพทย์ในช่วงวิกฤตนี้ แนะนำผู้สูงอายุให้รักษาสุขภาพช่องปากโดยใช้สูตร 2 - 2 - 2 ดังนี้ แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง แปรงฟันนานอย่างน้อย 2 นาที และไม่รับประทานอาหารหลังการแปรงฟัน 2 ชั่วโมง หากมีฟันปลอมให้ถอดฟันปลอมออกล้างหลังรับประทานอาหาร และก่อนเข้านอนเพื่อไม่ให้เป็นแหล่งสะสมเชื้อโรค หลีกเลี่ยงอาหารแข็งหรือเหนียว

3.2.2 ออกกำลังกาย การออกกำลังกายด้วยโปรแกรมการออกกำลังกายที่หลากหลาย (multicomponent exercise program) ได้แก่ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก การออกแรงต้าน การทรงตัว การประสานงานและการเคลื่อนไหว ซึ่งในปัจจุบันนักวิจัยแนะนำให้บูรณาการการฝึกสมองในระหว่างออกกำลังกายไปด้วย ตัวอย่างการออกกำลังกายขณะกักตัวอยู่ที่บ้าน หากไม่มีอุปกรณ์สามารถออกกำลังกายแบบออกแรงต้าน (resistance training) ด้วยการออกกำลังกายแบบบอดีเวท (bodyweight exercises) เช่น ท่าลุกนั่งหรือท่าสควอท (squats) โดยจับเก้าอี้ จากนั้นย่อตัวลงแล้วยืนขึ้น การยกน้ำหนักที่เบา ๆ ถึงปานกลาง เช่น ยกผัก ข้าว น้ำ เป็นต้น การออกกำลังกายแบบแอโรบิกด้วยการเดินในบ้าน การเดินรำ หรือการทรงตัวโดยการเดินบนเส้นที่เขียนไว้บนพื้น การเดินบนนิ้วเท้าหรือส้นเท้า การเดินบนส้นเท้าสลับกับนิ้วเท้า และการเดินบนสิ่งกีดขวาง สำหรับความถี่ในการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุนั้น แนวทางสากลแนะนำว่าควรออกกำลังกายสัปดาห์ละ 5 วัน และในช่วงที่มีการกักตัวสามารถออกเพิ่มขึ้นเป็นสัปดาห์ละ 5 - 7 วัน หรือ 150 - 300 นาทีต่อสัปดาห์ ในช่วงที่มีการกักตัวสามารถออกเพิ่มขึ้นเป็น 200 - 400 นาทีต่อสัปดาห์^[21] ซึ่งการออกกำลังกายในช่วงของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้เป็นไปตามมาตรการ การเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) และการกักตัวที่บ้าน (quarantine) ผู้สูงอายุสามารถออกกำลังกายตามคลิปวิดีโอ สาธิตการออกกำลังกายผ่านทางสื่อโซเชียลมีเดีย ดังเช่น โปรแกรมการออกกำลังกายผ่านระบบอินเทอร์เน็ต (telehealth exercise program)

บนคอมพิวเตอร์แท็บเล็ต (tablet computer)^[22]

3.2.3 เอนกายพักผ่อน ผู้สูงอายุต้องพักผ่อนให้เพียงพอ การนอนสำคัญมาก ควรให้นอนประมาณไม่เกิน 3 ชั่วโมง เพื่อให้พักผ่อนได้เต็มที่ยาวนาน นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ 7-9 ชั่วโมง/วัน

3.3 หากมี อาการไอ จาม ให้ไอ จามใส่กระดาษทิชชูแล้วทิ้งทิชชูลงในถุงพลาสติกปิดปากถุงให้สนิทก่อนทิ้ง หรือใช้แขนเสื้อปิดปากจมูกเมื่อไอหรือจาม และทำความสะอาดมือด้วยสบู่และน้ำหรือเจลแอลกอฮอล์ทันทีหรือให้สวมหน้ากาก โดยปิดถึงคาง หลีกเลี่ยง/ไม่อยู่ใกล้ชิดผู้ที่มีอาการหวัด มีไข้ ไอ จาม มีน้ำมูก

3.4 หลีกเลี่ยงออกจากบ้านในช่วงที่มีการระบาดของโรค งดหรือหลีกเลี่ยงการเข้าร่วมกิจกรรมที่มีการชุมนุมของผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมรดน้ำคำหัวผู้ใหญ่ในวันสงกรานต์ การทำบุญตักบาตร งานเทศกาล เป็นต้น เพื่อป้องกันการปนเปื้อนเชื้อโรคหากจำเป็นให้สวมใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า โดยใช้เวลาน้อยที่สุด รักษาระยะห่างจากบุคคลอื่น 1 – 2 เมตรหรือ 6 ฟุต (social distancing) หลีกเลี่ยงการสวมกอด การอุ้ม หรือพูดคุยในระยะใกล้ชิดกับบุคคลอื่น และเปลี่ยนมาใช้เทคโนโลยีในการติดต่อกับผู้อื่น เช่น คุยโทรศัพท์ สื่อสารผ่านไลน์ แอปพลิเคชัน หรือส่งคอมออนไลน์ อื่น ๆ เป็นต้น

3.5 หากมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคมะเร็ง หรือมีภูมิคุ้มกันโรคต่ำ เป็นต้น ควรจัดเตรียมยาสำรองสำหรับรักษาโรคประจำตัวไว้ภายใต้ดุลยพินิจของแพทย์ หากจำเป็นให้ญาติไปพบ

แพทย์แทนหรือปรึกษาผ่านระบบออนไลน์

3.6 แนะนำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 เพื่อลดความรุนแรงและเสียชีวิต

3.7 หากผู้สูงอายุต้องไปพบแพทย์ตามนัด

3.7.1 ในกรณีที่อาการคงที่ และผลการตรวจล่าสุดปกติ ให้ติดต่อโรงพยาบาลเพื่อเลื่อนนัดให้ญาติหรืออสม. ไปรับยาแทน รับยาใกล้บ้านหรือรับยาทางไปรษณีย์

3.7.2 ในกรณีที่อาการแยลง หรือ ผลการตรวจล่าสุดผิดปกติควรปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล เพื่อนัดหมายไปตรวจด้วยช่องทางที่ปลอดภัยที่สุด โดยให้ผู้สูงอายุสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า กลุ่มผ้าที่ตัวผู้สูงอายุให้มัดชิด และเมื่อกลับถึงบ้าน ให้อาบน้ำสระผม ทำความสะอาดร่างกาย และของใช้ที่ติดตัวกลับมาจากนอกบ้าน เปลี่ยนเสื้อผ้าใหม่ ซักเสื้อผ้าและผ้าคลุมทันที

3.8 กัดครองสุขภาพของตนเองด้วยการวัดอุณหภูมิร่างกายทุกวันและหมั่นสังเกตอาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ เช่น ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส หากมีอาการให้แจ้งบุคคลในครอบครัวเพื่อแจ้งผู้ดูแลผู้สูงอายุและพยาบาล เพื่อรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านทันที

3.9 หมั่นทำความสะอาดอาคารและบริเวณโดยรอบอย่างสม่ำเสมอ เช่น พื้น ผนัง ประตู

3.10 ผู้สูงอายุควรแยกห้องพักและของใช้ส่วนตัว หากแยกห้องไม่ได้ ควรแยกบริเวณที่นอนให้ห่างจากคนอื่นมากที่สุด ที่พักอาศัยและห้องพักควรเปิดหน้าต่างให้อากาศถ่ายเท ไม่ควรนอนร่วมกันในห้องปิดที่ใช้เครื่องปรับอากาศ ไม่ใช่ของร่วมกับบุคคลอื่น ควรมีภาชนะ

และของใช้ส่วนตัว และดูแลให้สะอาดเสมอ เช่น แก้วน้ำดื่ม จาน ช้อน ผ้าเช็ดหน้า เป็นต้น เพื่อป้องกันการปนเปื้อนเชื้อโรค

4. ให้คำแนะนำสำหรับญาติที่ไม่ใช่ผู้ดูแลหลักและคนรู้จัก^[20] ดังนี้

4.1 ผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น มีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันว่าติดเชื้อโควิด 19 หรือ ผู้เดินทางกลับจากต่างประเทศหรือพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดในชุมชนในวงกว้างทุกรายต้องแยกตัวออกจากผู้อื่นและไม่เข้าไปใกล้ชิดหรือสัมผัสผู้สูงอายุและเด็กอย่างเด็ดขาด (เนื่องจากเด็กมักจะไปใกล้ชิดกับสูงอายุ) โดยให้สังเกตอาการอย่างน้อย 14 วัน

4.2 ห้ามไม่ให้ผู้ที่มีไข้ตัวร้อน หรือมีอาการผิดปกติทางระบบทางเดินหายใจอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ไอเจ็บคอ มีน้ำมูก หายใจเร็ว หายใจเหนื่อย หายใจลำบากเข้าเยี่ยมผู้สูงอายุโดยเด็ดขาด

4.3 งด/ลดการมาเยี่ยมจากคนนอกบ้านให้น้อยที่สุด โดยแนะนำให้ใช้การเยี่ยมทางโทรศัพท์ หรือ สื่อสังคมออนไลน์ต่าง ๆ แทน หากต้องเข้าเยี่ยมผู้สูงอายุ ให้ใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าทุกครั้ง ลด การเข้าใกล้หรือสัมผัสกับผู้สูงอายุลงเหลือเท่าที่จำเป็น และรักษาระยะห่างอย่างน้อย 2 เมตร

5. ให้คำแนะนำสำหรับผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุ ดังนี้

5.1 ควรจัดให้มีผู้ดูแลหลักคนเดียว โดยเลือกคนที่สามารถอยู่บ้านได้มากและจำเป็นต้องออกไปนอกบ้านน้อยที่สุดแต่สามารถสลับสับเปลี่ยนผู้ดูแลหลักได้แต่ไม่ควรเปลี่ยนบ่อย และต้องแน่ใจว่าผู้จะมาเป็นผู้ดูแลหลักคนใหม่ต้องไม่ใช่ผู้ที่เกี่ยวข้องติดเชื้อ

5.2 ระหว่างมีการระบาดผู้ดูแลหลักควรเก็บตัวอยู่แต่ในบ้านให้มากที่สุด หากผู้ดูแลต้องออกนอกบ้าน ควรเลือกเวลาออกจากบ้านที่ไม่เจอกับความแออัด หลีกเลี่ยงการใช้ขนส่งสาธารณะและการไปในที่แออัด ต้องรีบทำธุระให้เสร็จโดยเร็ว ให้สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าทุกครั้งพกแอลกอฮอล์เจลไปด้วยโดยทำความสะอาดมือทุกครั้งหลังจับสิ่งของ และก่อนเข้าบ้านเมื่อกลับถึงบ้านควรอาบน้ำสระผมทำความสะอาดร่างกายและของใช้ที่ติดตัวกลับมาจากนอกบ้าน เปลี่ยนเสื้อผ้าใหม่ทันที ก่อนไปสัมผัสใกล้ชิดกับผู้สูงอายุคนอื่นๆ

5.3 ดูแลสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ให้มีอากาศถ่ายเท และทำความสะอาดพื้นผิวที่สัมผัสร่วมกันบ่อยๆ เช่น สวิตช์ไฟ ลูกบิดหรือมือจับประตู โตะ ราวจับรีโมท โทรศัพท์ ปุ่มกดน้ำชักโครก ก๊อกน้ำ และอาจฆ่าเชื้อด้วยโซเดียมไฮโปคลอไรด์ (น้ำยาซักผ้าขาว) แอลกอฮอล์ 70% หรือ แอลกอฮอล์เจล

5.4 เมื่ออยู่บ้านกับผู้สูงอายุ หากมีการไอหรือจาม ควรปิดปากทุกครั้งเพื่อไม่ให้สารคัดหลั่งแพร่กระจายไปสู่ผู้สูงอายุได้ และควรแนะนำให้ผู้สูงอายุใช้หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า ปิดให้คลุมจมูกและปากทุกครั้ง เมื่อมีลูกหลานมาอยู่ด้วยในบริเวณใกล้ ๆ

5.5 หมั่นล้างมือบ่อย ๆ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้มากขึ้น ยิ่งถ้ามีผู้สูงอายุอยู่ที่บ้านด้วยนั้นเรายังควรระมัดระวังไม่ให้เชื้อไวรัสโควิด-19 แพร่กระจายไปยังผู้สูงอายุ

5.6 หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารร่วมกัน แต่หากมีการมาร่วมรับประทานอาหารด้วยกันควรแยกรับประทานอาหารของตนเองไม่รับประทานอาหารร่วมสำหรับ หรือใช้ภาชนะเดียวกัน หรือใช้ช้อน

กลางร่วมกัน

5.7 การดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการป่วย ถ้าหากผู้สูงอายุในบ้านมีอาการเจ็บป่วย ไม่สบาย ขั้นตอนแรก ที่ควรดูแลคือ แยกผู้สูงอายุ ออกจากผู้อื่น เพื่อลดความเสี่ยงต่อการมีโรค แทรกซ้อน และปรึกษาแพทย์ พยาบาล กรณีที่ ผู้สูงอายุมีการติดเชื้อเกิดขึ้น อาการอาจไม่ชัดเจน เช่น อาจไม่มีไข้ หรืออาจมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร หรือรับอาหารทางสายยางไม่ได้ ซึมสับสนเฉียบพลัน ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดลงอย่างรวดเร็ว ควรรีบปรึกษา แพทย์ พยาบาล เพราะมีความเสี่ยงสูงที่อาการจะ รุนแรงมากกว่าในวัยอื่น ๆ

บทบาทในการดูแลสุขภาพจิต

1. ประเมินสุขภาพจิต การค้นหาปัญหา ทางอารมณ์และความเครียดของแต่ละคนให้ได้ อย่างรวดเร็วนั้นเป็นส่วนที่สำคัญของการดูแลทาง จิตใจ พยาบาลจึงควรทำการประเมินสุขภาพจิตของ ผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลโดยใช้ Line และ/หรือ โทรศัพท์สอบถามด้วยแบบประเมินความเครียด ด้วย ST5^[23] และการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) ถ้าตอบใช่จะนำไปสู่การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ต่อไป^[24] และเลือกวิธีการดูแลช่วย เหลือตามผลการคัดกรอง จะทำให้ได้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้ใกล้ชิดมากขึ้น ซึ่งพยาบาล ควรจัดให้มีผู้ดูแลหรือ Care givers ออกเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต และควรจัดทำตาราง กิจวัตรประจำวันให้กับผู้สูงอายุมีกิจกรรมทำตลอด วันโดยไม่ปล่อยให้ว่างเกินไปเพื่อไม่ให้หมดเวลา ไปกับการติดตามข่าวสารผ่านสื่อสังคมที่มักทำให้เกิดพฤติกรรมเนือยนิ่งและอารมณ์ทางลบ และ

มีการติดตามผู้สูงอายุทุกรายไม่ว่าบุคคลนั้นจะ รายงานว่ามีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ก็ตาม

2. ให้ข้อมูลข่าวสารและติดต่อสื่อสาร กับผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ พยาบาลควรเน้นเรื่อง การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของ ความเครียดและการพยายามรักษาวิถีชีวิต ที่ปกติ แม้ต้องมีการเว้นระยะห่างทางกายภาพ แต่ทางด้านจิตใจก็ยังคงรักษาความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นในครอบครัวและชุมชน ผ่านการสื่อสาร รูปแบบต่าง ๆ ที่ไม่จำเป็นต้องใกล้ชิดทางกายภาพ สำหรับผู้สูงอายุเน้นให้ข้อเท็จจริงที่เข้าใจง่าย เตรียมการขอรับความช่วยเหลือทั้งด้านการดำเนิน ชีวิตและการแพทย์ และสร้างการติดต่อสื่อสารกับ คนใกล้ชิดอย่างสม่ำเสมอผ่านช่องทางที่เป็นไปได้ ทั้งทางโทรศัพท์และสื่อสังคมออนไลน์ต่าง ๆ ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะที่อยู่คนเดียว หรือมีความ บกพร่องของสมอง/สมองเสื่อม อาจเกิดความวิตก กังวล โกรธ เครียด กระสับกระส่ายอยู่ไม่นิ่ง แยกตัว หรือหงุดหงิดมากเกินไป ในช่วงที่มีการระบาดหรือ ระหว่างถูกกักกันโรค ควรให้ความช่วยเหลือ ทางจิตใจผ่านเครือข่ายไม่เป็นทางการ เช่น ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพจิต โดยให้ข้อมูล เท็จจริงง่าย ๆ ว่ากำลังเกิดอะไรขึ้น และให้ข้อมูล ชัดเจนว่าจะลดความเสี่ยงการติดเชื้อได้อย่างไร ด้วยภาษาที่ผู้สูงอายุทั้งที่มีหรือไม่มีการบกพร่อง ทางสมองสามารถเข้าใจได้ง่าย และต้องให้ข้อมูล ชั่ว ๆ ตามความจำเป็น ส่วนผู้สูงอายุที่มีความ บกพร่องทางสมองเพียงเล็กน้อยหรือสมองเสื่อม ระยะแรก ควรได้รับข้อมูลว่าเกิดอะไรขึ้นตาม ศักยภาพที่รับได้^[25]

3. พยาบาลควรแนะนำผู้สูงอายุให้หยุด รับข่าวสารที่มากเกินไป โดยจำกัดการติดตาม

ข้อมูลประมาณวันละ 2 ครั้ง ในตอนเช้าและตอนเย็นหรือตอนกลางคืน เพื่อป้องกันภาวะวิตกกังวลจากการรับข่าวสารมากเกินไปไม่ควรกังวลหรือตระหนกกับข่าวร้ายให้มาก

4. สร้างวัคซีนใจในชุมชน ด้วย 4 สร้าง 2 ใช้ โดยวัคซีนใจในชุมชน (community vaccines) หมายถึง มาตรการหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมให้คนในชุมชนร่วมมือกันในการเผชิญกับปัญหาหรือวิกฤตต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชน ร่วมใจกันจัดการป้องกันแก้ไขปัญหานั้นจนสามารถก้าวข้ามปัญหาไปได้ อีกทั้งยังสามารถทำให้ชุมชนฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติในเวลาอันรวดเร็ว สามารถสรุปเป็น

หลักการง่าย ๆ คือหลัก “4 สร้าง 2 ใช้” 4 สร้าง ประกอบด้วย (1) การสร้างชุมชนที่รู้สึกปลอดภัย (2) การสร้างชุมชนที่รู้สึกสงบ (3) การสร้างชุมชนที่มีความหวัง และ (4) การสร้างชุมชนที่เข้าใจ ให้โอกาส โดยมาตรการที่จะช่วยเสริมสร้างวัคซีนใจ โดยใช้ 2 จุดแข็งของการทำงานในระดับชุมชน คือ (1) ใช้ศักยภาพ ที่สำคัญที่มีอยู่ในชุมชน และ(2) ใช้สายสัมพันธ์ ที่แน่นแฟ้นของคนในชุมชน เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือดูแลกันในงานวิกฤต โดยหลักการนี้เป็นหลักการที่ครอบคลุมสามารถนำไปประยุกต์เพื่อป้องกันการระบาดของโรคอื่น ๆ ได้ในอนาคตด้วย^[26]

ดังตาราง 1

ตาราง 1 หลัก 4 สร้าง 2 ใช้ และบทบาทของบุคคล ครอบครัว ชุมชน/องค์กร

หลัก 4 สร้าง 2 ใช้	บทบาทของบุคคล ครอบครัว ชุมชน/องค์กร
สร้าง 1 : สร้างความปลอดภัย Promote SAFETY	<ul style="list-style-type: none"> การให้สมาชิกทำตามกฎแห่งความปลอดภัย - เว้นระยะห่างทางสังคม - หมั่นล้างมือด้วยสบู่/แอลกอฮอล์ - สวมหน้ากากผ้าเมื่อไปในที่ชุมชน - ทำความสะอาดพื้นผิวที่มีมือสัมผัส (โต๊ะ เก้าอี้ ที่หยิบจับ)
สร้าง 2 : สร้างความสงบ Promote CALM	<ul style="list-style-type: none"> - การรับส่งข่าวสารที่เชื่อถือได้และใช้เวลากับสื่ออย่างเหมาะสม - ส่งเสริมการฝึกจิตให้มีคุณภาพ (สมาธิ สติ ให้จิตสงบ มั่นคง สมดุล)
สร้าง 3 : สร้างความคาดหวัง Instill HOPE	<ul style="list-style-type: none"> - ยืนยันว่าเราป้องกันได้ - อุปสรรคต่าง ๆ เราสามารถแก้ไขได้
สร้าง 4 : สร้างความเห็นใจ DESTIGMATIZATION	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่รังเกียจผู้ป่วยรวมทั้งกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางมาจากพื้นที่ระบาดสูง ทั้งในและต่างประเทศ ด้วยการแสดงความเห็นใจ ยอมรับและดูแลในฐานะเพื่อนมนุษย์ตามหลักความปลอดภัย
ใช้ 1 : ใช้ศักยภาพให้เต็มที่ Promote EFFECTIVENESS	<ul style="list-style-type: none"> - จัดระบบความปลอดภัย (การคัดกรองก่อนเข้างาน จัดวางระยะห่าง) - ดูแลการทำงาน/รายได้ - สวัสดิการ (เช่น อาหารกลางวัน สบู่ หน้ากากผ้า) - จิตอาสา (เช่น ผลิตหน้ากากผ้า ทำอาหาร)

ตาราง 1 หลัก 4 สร้าง 2 ใช้ และบทบาทของบุคคล ครอบครัว ชุมชน/องค์กร (ต่อ)

หลัก 4 สร้าง 2 ใช้	บทบาทของบุคคล ครอบครัว ชุมชน/องค์กร
ใช้ 2 : ใช้สายสัมพันธ์สร้าง	- ให้กำลังใจผู้ที่อ่อนแอ
ความเข้มแข็ง Promotesocial	- ใส่ใจ/ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
CONNECTEDNESS	

5. สอนและแนะนำผู้สูงอายุในการฝึกสมาธิและสติ พยายามสามารถพาผู้สูงอายุฝึกสมาธิและสติได้ด้วยตนเองวันละ 20 – 30 นาทีเป็นเวลา 7 วัน จะเกิดทักษะและนำมาใช้เป็นวิถีชีวิตได้ในวันที่ 8 และวันต่อๆ ไป ทั้งการฝึกสมาธิฝึกสติในการทำกิจต่าง ๆ ฝึกสติให้จิตได้ปล่อยวางความคิด และความรู้สึกกลับ สติสื่อสารสติเมตตาและให้อภัยร่วมไปกับการดำเนินชีวิตอย่างมีสติทั้งในการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลและการใช้ชีวิตให้มีระยะห่าง โดยมีวัตถุประสงค์ของการฝึกแต่ละวัน^[27] ดังนี้ วันที่ 1 ฝึกสมาธิ ช่วยลดความว้าวุ่นใจจากโรค วันที่ 2 ฝึกสติพื้นฐาน ช่วยให้ออกกำลังกาย โดยไม่รับและแพร่เชื้อ วันที่ 3 สติในการกิน ช่วยให้ออกกำลังกายได้ดีและปลอดภัยจากโรค วันที่ 4 สติควบคุมอารมณ์ ช่วยจัดการกับอารมณ์ลบที่เกิดขึ้น วันที่ 5 สติใคร่ครวญ ช่วยให้ทราบว่าใคร่เรียนรู้อะไรจากวิกฤต เปลี่ยนความคิดลบเป็นความคิดบวก วันที่ 6 สติสื่อสาร ช่วยให้สื่อใจถึงใจกับคนใกล้ชิด วันที่ 7 สติเมตตาให้อภัย ช่วยให้ใจเปิดกว้าง แม้ในยามวิกฤต วันที่ 8 สติเป็นวิถี สร้างความเข้มแข็งในจิตใจเรา และเป็นพลังใจให้ผู้อื่น

6. สร้างวัคซีนใจให้แก่ผู้สูงอายุ การสร้างวัคซีนใจให้แก่ผู้สูงอายุทำได้โดยการสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง (self esteem) สร้างความมีตัวตน

อย่างมีคุณค่า (meaningful existence) สร้างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (belonging) และสร้างความสามารถในการควบคุม (self-control)^[28]

7. แนะนำผู้สูงอายุให้ปรึกษาผู้รู้ใจหรือไว้ใจได้ เช่น ครอบครัว ลูกหลาน ญาติ เพื่อน ๆ เพื่อระบายความไม่สบายใจ ความกังวลและความกลัวเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

8. แนะนำผู้สูงอายุให้หาวิธีผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง เช่น รำมวยจีน โยคะ ฟังเพลง ร้องเพลง เล่นดนตรี ปลูกต้นไม้ ทำสวน จัดห้องตกแต่งบ้าน เล่นกับสัตว์เลี้ยง สวดมนต์ นั่งสมาธิ การฝึกหายใจคลายเครียด ทำบุญตักบาตร หรือทำกิจกรรมที่ผู้สูงอายุชื่นชอบ มีความถนัด มีความภูมิใจ เช่น ทำอาหาร เล่นดนตรี วาดรูป เป็นต้น

9. แนะนำให้ผู้สูงอายุสร้างความสุขให้ตนเองและสมาชิกในครอบครัวทำสิ่งที่เพลิดเพลินและมีความสุข พูดคุยเรื่องที่ทำให้มีความสุข สนุกสนาน ดูรูปภาพที่เป็นความสุขของครอบครัว และควรหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา ยาเสพติด

10. แนะนำผู้สูงอายุให้โทรปรึกษาสายด่วนกรมสุขภาพจิต โทร. 1323 ถ้าพบว่ามีความผิดปกติด้านอารมณ์ หงุดหงิดฉุนเฉียว โกรธง่าย

สมาธิไม่ดี มีความคิดในแง่ลบ หมกมุ่นแต่เรื่องการ

ระบาด และกลัวว่าตนเองจะติดเชื้อ นอนไม่หลับ ต้องพึ่งเหล่า บุหรี่ ยาและยาเสพติดมากขึ้น

บทบาทในการดูแลทางด้านสังคม

ในด้านผลกระทบด้านสังคม พบว่า ผู้สูงอายุได้รับผลกระทบ เช่น การดูแลตนเอง การตัดผม การออกกำลังกาย การซื้อข้าวของ เครื่องใช้ ย่ายตลาด การเดินทางไปยังสถานที่ต่าง ๆ ซึ่งผู้สูงอายุอาจไม่ทราบถึงวิธีการใช้บริการ ออนไลน์ เช่น การซื้อสินค้าอุปโภคบริโภค ประจำวันออนไลน์ การขอรับคำปรึกษาหรือ สายด่วน หรือบริการสุขภาพ ดังนั้นพยาบาล จึงควรให้ข้อมูลพร้อมรายละเอียดและบอก วิธีการขอความช่วยเหลือที่นำไปใช้ได้จริงได้ เช่น การเรียกรถแท็กซี่ การรับสินค้าออนไลน์ และจัดหาอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ เช่น หน้ากาก น้ยาฆ่าเชื้อ เจลล้างมือ สินค้าอุปโภค บริโภคที่พอเพียง ส่วนการเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีเจ็บป่วยนั้น พยาบาลควรจัดหาเวชภัณฑ์ ให้แก่ผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ และมีการโทรศัพท์ สอบถามอาการของผู้สูงอายุสม่ำเสมอ สอนวิธีการใช้วีดิโอคอลให้ผู้สูงอายุหรือไปเยี่ยมเยียน ที่บ้าน (หากเป็นไปได้) หากมีอาการเจ็บป่วย ผู้สูงอายุสามารถโทรศัพท์ติดต่อพยาบาลหรือใช้ การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) หรือบริการ การแพทย์ออนไลน์ได้^[25] และนำผู้สูงอายุให้รักษา ความสัมพันธ์กับผู้อื่น ผ่านทางโซเชียลมีเดียหรือ ทางโทรศัพท์ หรือวีดิโอคอล โดยหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมเป็นกลุ่มและสถานที่สาธารณะ กรณี ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังช่วยเหลือในการดำเนินชีวิต ประจำวัน เช่น ให้ข้อมูลในการซื้อของออนไลน์ หรือให้ผู้ดูแลหรืออาสาสมัครช่วยเหลือ ให้ เป็นต้น^[29]

เมื่อโรงเรียนผู้สูงอายุหรือชมรมผู้สูงอายุ

หลายแห่งปิดตัวลงเพื่อให้ผู้สูงอายุอยู่บ้านของแต่ละคน จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเหงา ซึ่งพยาบาลสามารถตั้งกลุ่มไลน์ให้ผู้สูงอายุได้ เข้ามาพูดคุยผ่านทางไลน์ได้ ดังเช่นตัวอย่างของ ชมรมผู้สูงอายุจังหวัดพิจิตรโดย “ผู้สูงอายุสำรอง” ในชมรมฯ คือ คนที่อยู่ในวัย 25 – 60 ปี ที่มีความสามารถด้านเทคโนโลยี ได้ตั้ง LINE กลุ่มของ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุทั้ง 12 อำเภอ และกลุ่ม LINE ของจังหวัด เพื่อเป็นเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยน กันทุกวันเสาร์เวลาทุ่มตรง เป็นเวลาที่ผู้สูงวัย ของชมรมฯ มานั่งเฝ้าจอเพื่อได้เจอเจอเพื่อน ๆ ผ่านทางหน้าจอมือถือ นับเป็นการพัฒนาอีกขั้น หนึ่งของชมรมผู้สูงอายุจังหวัดพิจิตรที่นำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อการสื่อสารเรียนรู้สำหรับการรองรับ สังคมสูงวัยในภาวะวิกฤติโควิด-19 นอกจากนี้ได้ เรียนรู้เรื่องราวใหม่ๆ และยังได้คลายเหงา ได้ตาม สารทุกข์สุกดิบกับเพื่อนสมาชิกด้วย^[16]

บทบาทในการดูแลทางด้านเศรษฐกิจ

บทบาทของพยาบาลในการลดผลกระทบ ทางด้านเศรษฐกิจสามารถทำได้โดยการลดรายจ่ายและเพิ่มรายได้โดยเริ่มจากการทำหน้าที่ในการค้นหาปัญหาเกี่ยวกับการเข้าถึงสิทธิของการรับ เบี้ยสูงอายุตามช่วงอายุ ได้แก่ อายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับ เบี้ยสูงอายุ 600 บาท 70 ปีขึ้นไป ได้รับเบี้ยสูง อายุ 700 บาท 80 ปีขึ้นไปได้รับเบี้ยสูงอายุ 800 บาท และ 90 ปีขึ้นไปรับเบี้ยสูงอายุ 1,000 บาท โดย ทำหน้าที่ร่วมกับผู้นำชุมชนในการสำรวจการเข้า ถึงเบี้ยสูงอายุ อีกทั้ง พยาบาลเป็นผู้ประสานงาน กับหน่วยงานท้องถิ่นในการสำรวจเพื่อค้นหา ปัญหาทางเศรษฐกิจในผู้สูงอายุ ช่วยเหลือในการ ลดรายจ่ายของผู้สูงอายุและครอบครัวโดยเริ่มจาก การบันทึกบัญชีครัวเรือนโดยบันทึก รายรับ-รายจ่าย

ประจำวันลงในบัญชีครัวเรือนแล้วสรุปรายรับ-รายจ่ายเป็นรายเดือน ซึ่งการลดรายจ่ายทำได้หลายวิธี เช่น การปลูกผักสวนครัว โดยปลูกผักปลอดสารพิษไว้ทานเองเป็นการลดค่าใช้จ่าย หากเหลือกินจึงแบ่งขาย ปลูกผักที่ชอบเป็นผักที่กินเป็นประจำในครัวเรือนและดูจากการบันทึกบัญชีครัวเรือนพบว่าผักที่ซื้อบ่อยและเพิ่มค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น สำหรับพื้นที่เพาะปลูกส่วนใหญ่สามารถปลูกบริเวณพื้นที่ว่างในบริเวณบ้าน จากผลการวิจัยพบว่าการปลูกพืชผักสวนครัวช่วยลดค่าใช้จ่ายของครัวเรือนลง นอกจากนี้ การเลิกซื้อหอย การลดละเลิกเหล้า และการลดละเลิกบุหรี่ สามารถลดค่าใช้จ่ายได้เดือนละ 1,000 - 3,000 บาท^[30] การปลูกผักสวนครัวยังเป็นการสร้างความมั่นคงทางอาหารภายในบ้าน ในช่วงระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตลาดนัดปิดแต่ผู้สูงอายุยังมีผักปลอดสารกิน และเหลือกินยังได้แบ่งปันรวมทั้งสามารถนำมาขายสร้างรายได้ให้กับครอบครัวอีกด้วย ซึ่งถึงแม้ตลาดนัดปิดแต่ทางมูลนิธิร่วมพัฒนาพิจิตรให้ผู้สูงอายุนำข้าวผักผลไม้ปลอดสารวางขายที่หน้าสำนักงานใจกลางเมืองพิจิตร เพื่อช่วยผู้สูงอายุที่ปลูกผักอยู่บ้านและเกษตรกรในเครือข่ายให้สามารถค้าขายมีรายได้ในภาวะวิกฤติ^[16]

นอกจากนี้ ในช่วงการระบาดของโรค ผู้สูงอายุจำเป็นต้องหาซื้ออุปกรณ์ป้องกันโรค ไม่ว่าจะเป็นสบู่ สำหรับการล้างมือหรือแอลกอฮอล์เจล และหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย จึงทำให้มีรายจ่ายเพิ่มขึ้น ดังนั้น พยาบาลอาจช่วยสำรวจความต้องการของผู้สูงอายุและประสานหน่วยงานท้องถิ่นในการจัดหาและสนับสนุนอุปกรณ์เหล่านี้ให้แก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูง

อายุทำหน้ากากผ้าและแอลกอฮอล์เจล ไว้ใช้เองเป็นการลดค่าใช้จ่ายและยังสามารถนำไปบริจาคหรือขายเป็นการสร้างรายได้อีกทางหนึ่ง รายจ่ายที่เพิ่มขึ้นส่วนหนึ่งมาจากการซื้อยาเองในกรณีที่ไม่สามารถไปรับบริการที่สถานพยาบาลได้ จึงเป็นบทบาทของพยาบาลในการจัดหาเวชภัณฑ์สำหรับผู้ป่วยให้เพียงพอ หากกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถติดต่อผู้ดูแล (care giver) และพยาบาลเพื่อการช่วยเหลือโดยไม่จำเป็นต้องซื้อยากินเอง รัฐบาลได้ออกมาตรการต่าง ๆ เพื่อมาช่วยเหลือและบรรเทาความเดือดร้อนให้ผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบหลายมาตรการ แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงบางความช่วยเหลือได้ เนื่องจากต้องใช้การกรอกข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุไม่คุ้นเคย ดังนั้น พยาบาลอาจให้ข้อมูลและสอนผู้ดูแล อสม.หรือบุตรหลานในครอบครัวในการช่วยเหลือลงทะเบียนผ่านระบบออนไลน์ให้กับผู้สูงอายุเพื่อรับการเยียวยาตามมาตรการ

หากพยาบาลพบผู้สูงอายุมีปัญหาทางสุขภาพ สามารถส่งต่อแหล่งช่วยเหลือและแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ เช่น ความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 โทร 1422 สายด่วนกรมควบคุมโรคหรือช่องทาง line oficial “ไทยรู้สู้โควิด” และโทร 1111 สายด่วนรัฐบาล/สบค. ด้านสุขภาพจิต ส่งต่อผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้าน หรือ โทร 1323 สายด่วนสุขภาพจิต การช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ/สังคม ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เทศบาล และพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ด้านการแพทย์และการรักษา ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และเทศบาลในพื้นที่^[29]

บทสรุป

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ที่ระบาดใหญ่ทั่วโลก (pandemic) และเป็นโรคติดต่ออันตราย “ผู้สูงอายุ” ถือเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และก่อให้เกิดอาการที่รุนแรงตามมาจนถึงแก่ชีวิตได้ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่ร่างกายเสื่อมถอย ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคเรื้อรังเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจและโรคเมเร็ง ทั้งนี้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งในด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคม และเศรษฐกิจ ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในชุมชนให้ห่างไกลจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ ซึ่งบทบาทพยาบาลในการดูแลสุขภาพทางกาย นั้นพยาบาลควรช่วยกำหนดผู้ดูแล (care giver) หลักผู้สูงอายุให้ชัดเจน จัดหาอุปกรณ์ป้องกันโรค สอนผู้สูงอายุให้ป้องกันตนเองและดูแลรักษา ร่างกายให้แข็งแรง โดยการออกกำลังกายตามคลิปวิดีโอผ่านระบบอินเทอร์เน็ต หลีกเลี่ยงการออกจากบ้านและลดการมาเยี่ยมจากคนนอกบ้าน จัดเตรียมยาสำรองสำหรับรักษาโรคประจำตัว หากจำเป็นให้ญาติไปพบแพทย์แทนหรือปรึกษาผ่านระบบออนไลน์ แจ้งโรงพยาบาลเพื่อรับยาทางไปรษณีย์ รวมทั้งการเข้ารับวัคซีนโควิด19

สำหรับบทบาทพยาบาลในการดูแลสุขภาพทางจิตนั้น ควรเริ่มจากการประเมิน

สุขภาพจิต สร้างวัคซีนใจให้แก่ผู้สูงอายุและวัคซีนใจในชุมชน ติดต่อกับข้อมูลข่าวสารแก่ผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ แนะนำให้ฝึกสติ สมาธิ หาทักษะการหาวิธีผ่อนคลายความตึงเครียด หรือโทรปรึกษาสายด่วนกรมสุขภาพจิต ส่วนบทบาทพยาบาลในการดูแลทางด้านสังคมนั้น พยาบาลควรบอกวิธีการขอความช่วยเหลือโดยเฉพาะการใช้บริการผ่านระบบออนไลน์ สอนวิธีการใช้ชีวิตไอคอลลีให้ผู้สูงอายุ หากมีอาการเจ็บป่วยผู้สูงอายุสามารถโทรศัพท์ติดต่อพยาบาลหรือใช้การแพทย์ทางไกล (telemedicine) หรือบริการการแพทย์ออนไลน์ได้ แนะนำผู้สูงอายุให้รักษาความสัมพันธ์กับผู้อื่นผ่านทางโซเชียลมีเดียหรือทางโทรศัพท์ หรือวิดีโอคอล ในขณะที่บทบาทพยาบาลในการดูแลทางด้านเศรษฐกิจนั้น พยาบาลควรช่วยลดรายจ่ายที่ไม่จำเป็น ประสานหน่วยงานท้องถิ่นในการจัดหาและสนับสนุนอุปกรณ์การป้องกันโรคและเวชภัณฑ์ หาวิธีในการช่วยเพิ่มรายได้ให้กับผู้สูงอายุ เช่น การปลูกผักสวนครัวไว้ขาย ทำหน้ากากผ้าและแอลกอฮอล์เจลเพื่อจำหน่าย เป็นต้น พยาบาลช่วยให้ข้อมูลและสอนผู้ดูแล อสม. หรือบุตรหลานในครอบครัวในการช่วยเหลือลงทะเบียนเพื่อรับสวัสดิการ การเยียวยาของรัฐบาลผ่านระบบออนไลน์ให้กับผู้สูงอายุ หากพยาบาลพบผู้สูงอายุมีปัญหาทางสุขภาพ สามารถส่งต่อแหล่งช่วยเหลือและแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติสำหรับพยาบาลวิชาชีพในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

1. การเตรียมการเชิงรุกเพื่อช่วยให้บริการที่มีประสิทธิภาพสูง โดยจัดทำทะเบียนผู้สูงอายุทุกคนที่อยู่ในชุมชนรับผิดชอบ สสำรวจว่า

ผู้สูงอายุอยู่กับใคร ความต้องการ ภาวะเจ็บป่วย โทรมัทำให้การได้หรือไม่ มีอุปกรณ์ดิจิทัลอะไรบ้าง เชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ตและอื่น ๆ จัดเตรียมสถานที่วางอาหาร และจัดรับอาหารในชุมชน หากไม่สามารถออกจากบ้านได้จะมีคนเอาอาหารไปให้ถึงบ้าน โดยผู้สูงอายุที่แข็งแรงให้มารับเอง หากร่างกายไม่แข็งแรงจะมีคนไปส่งถึงบ้าน

2. การเพิ่มทักษะการใช้อุปกรณ์ดิจิทัล มีความจำเป็น เนื่องจากผู้สูงอายุมีทักษะการใช้ อินเทอร์เน็ต อุปกรณ์ดิจิทัลค่อนข้างน้อย พยายาม จึงควรเตรียมผู้สูงอายุให้เข้าถึงระบบดิจิทัล เสริมสร้างความรู้ทักษะทางคอมพิวเตอร์แก่ผู้สูงอายุ จะช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการหลายอย่างได้โดยง่าย นอกจากนี้ภาครัฐ ควรจัดหาอุปกรณ์และบริการ อินเทอร์เน็ต สำหรับผู้มีรายได้น้อยให้ฟรี

3. ควรมุ่งให้ผู้สูงอายุดูแลตัวเองได้ที่บ้าน โดยจัดทำคู่มือสำหรับบริการสำหรับผู้สูงอายุทั้งรูปแบบ หรือ คอมพิวเตอร์ พัฒนาการเรียนผ่านระบบออนไลน์สำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งการทำกิจกรรมกลุ่มผ่านระบบออนไลน์

4. ควรสร้างแบบประเมินสุขภาพจิตด้วยตนเองออนไลน์ มีวิธีการช่วยเหลือตัวเองเบื้องต้น ออนไลน์ และเปิดคลินิกดิจิทัล บริการให้คำปรึกษาออนไลน์ 24 ชั่วโมงแก่ผู้สูงอายุ

5. ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ถ่ายทอดภูมิปัญญาการกินอยู่แบบเศรษฐกิจพอเพียงแก่นุตรหลานที่ตักงานมาจากกรุงเทพเพราะพิษเศรษฐกิจจากการระบาดของโรคโควิด-19

6. ควรส่งเสริมให้มีการจัดสวัสดิการใหม่สำหรับผู้สูงอายุ เช่น เพิ่มสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุในพ.ร.บ.ผู้สูงอายุ จัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต

เอกสารอ้างอิง

- [1] กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). [ออนไลน์]. (2563). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 26 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/g_km.php.
- [2] Omer SB., Malani P. and del Rio C. The COVID-19 Pandemic in the US: A Clinical Update. JAMA. [Online]. (2020). [Cited 26 Jan 2021]. Available from <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2764366>.
- [3] Onder G., Rezza G. and Brusaferro S. Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy. JAMA. [Online]. (2020). [Cited 26 Jan 2021]. Available from <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2763667>.
- [4] Niu S., Tian S., Lou J., et al. Clinical Characteristics of Older Patients Infected with COVID-19: A Descriptive Study. Arch Gerontol Geriatr. [Online]. (2020). [Cited 26 Jan 2021]. Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32339960/>.
- [5] สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.). วช. และ มหิดล เปิดเผยผลการศึกษาผู้สูงอายุเสี่ยงที่สุดจากโรคโควิด-19. [ออนไลน์]. (2563). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 26 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://>

- www.nrct.go.th/news/วช-และ-มหิดล-เปิดเผยผลการศึกษา-ผู้สูงอายุเสี่ยงที่สุดจากโรคโควิด-19.
- [6] Wu Z. and McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72, 314 Cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA 2020; 323: 1239 – 42.
- [7] ยศ วัชรระคุปต์ และสมชัย จิตสุชน. ผลกระทบของโควิด-19 ต่อผู้สูงอายุ. [ออนไลน์]. (2563). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 26 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://tdri.or.th/2020/09/the-impact-of-covid-19-on-older-persons/>.
- [8] ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อโคโรนา 2019 ฉบับที่ 454 วันที่ 1 เมษายน 2564 เวลา 12.00น.[ออนไลน์]. (2564). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 3 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/situation_more.php.
- [9] Jheon S., Ahmed A.DB., Fang V. WT., et al. General thoracic surgery services across Asia during the 2020 COVID-19 pandemic. Asian Cardiovascular & Thoracic Annals (2020); 0(0): 1 – 7.
- [10] Alexander GC. and Qato DM. Ensuring Access to Medications in the US During the COVID-19 Pandemic. JAMA. [Online]. (2020). [Cited 26 Jan 2021]. Available from <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2764562>.
- [11] Lloyd-Sherlock P., Ebrahim S., Geffen L., et al. Bearing the brunt of covid-19: older people in low and middle income countries. BMJ. [Online]. (2020). [Cited 26 Jan 2021]. Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32169830/>.
- [12] Chan A., Malhotra C., Malhotra R. and Ostbye T. Living arrangements, social networks and depressive symptoms among older men and women in Singapore. Int J Geriatr Psychiatry 2011; 26: 630 – 9.
- [13] Valtorta NK., Kanaan M., Gilbody S. et al. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. Heart 2016; 102: 1009 – 16.
- [14] Zhong BL., Chen SL. and Conwell Y. Effects of Transient versus Chronic Loneliness on Cognitive Function in Older Adults: Findings from the Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey. Am J Geriatr Psychiatry 2016; 24: 389 – 98.
- [15] Wang C., Pan R., Wan X., et al. Immediate Psychological Responses

- and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17: 1729.
- [16] ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. สугวัยพิจิตรปรับตัวปรับใจในวิกฤติโควิด-19. [ออนไลน์]. (2563). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://infocenter.nationalhealth.or.th/node/28144>.
- [17] UNFPA Thailand. บทสรุปผู้บริหารผลกระทบโควิด-19 ต่อผู้สูงอายุ. [ออนไลน์]. (2020). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://thailand.unfpa.org/th/covid-op>.
- [18] Isabel O. and Matthew C. *Global Inequality: Beyond the Bottom Billion - A Rapid Review of Income Distribution in 141 Countries*. New York: United Nations Children's Fund (UNICEF); 2011.
- [19] กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คำแนะนำสำหรับผู้สูงอายุในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). [ออนไลน์]. (2563). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2564]. เข้าถึงได้จาก https://covid19.anamai.moph.go.th/webupload/2xdccaaf3d7f6ae30ba6ae1459eaf3dd66/m_document/6734/34105/1e_download/f58d7f01402d9b74c9c1982f80665644.pdf.
- [20] สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราช ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขและคณะ. แนวทางการดูแลผู้สูงอายุในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อโควิด-19. [ออนไลน์]. (2563). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2564]. เข้าถึงได้จาก https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/200416158702377373.pdf
- [21] Jimnez-Pavn D., Carbonell-Baeza A., and Lavie C.J. Physical exercise as therapy to ght against the mental and physical consequences of COVID-19 quarantine: Special focus in older people. *Progress in Cardiovascular Diseases*. [Online]. (2020). [Cited 26 Jan 2021]. Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32220590/>
- [22] Middleton A., Simpson K.N., Bettger J.P., Bowden M.G. COVID-19 Pandemic and Beyond: Considerations and Costs of Telehealth Exercise Programs for Older Adults With Functional Impairments Living at Home—Lessons Learned From a Pilot Case Study. [Online]. (2020). [Cited 26 Jan 2021]. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7239185/>.
- [23] กรมสุขภาพจิต. แบบประเมินความเครียด [Stress test-5:ST5]. [ออนไลน์]. (2563). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://www.dmh.go.th>

- /test/qtest5/.
- [24] กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก; 2557.
- [25] พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์และแพรว ใต้ลังคะ. รายงานย่อมุมมองด้านสุขภาพจิตและจิตสังคมของการระบาด COVID-19. มปท; 2563.
- [26] กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการสร้างวัคซีนใจในชุมชนภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19. กรุงเทพฯ : บริษัท บีคอนด์ พับลิชชิง จำกัด; 2563.
- [27] ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ. การดำเนินงานสุขภาพจิตภายใต้วิกฤตโควิด 19 ของประเทศไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2563; 28(4): 280 – 91.
- [28] กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต. แนวทางการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [Combat 4th Wave of COVID-19: C4]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2563.
- [29] กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต. แนวทางการดูแลจิตใจผู้สูงอายุ ในสถานการณ์ โควิด-19 สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ/อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (อสม.). กรุงเทพฯ: บริษัท พรอสเพอริสพลัส จำกัด; 2563.
- [30] แจ่มจันทร์ วีระชาติ ชาลี ศิริพิทักษ์ชัย
- จากรุวรรณ ชูปลา และคณะ. การศึกษาวิจัยแนวทางการลดหนี้สินเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะชุมชนกรณีศึกษา: บ้านคอนหัน และบ้านคอนหันพัฒนา ตำบลท่าสองคอน จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่ 2555; 5 (1): 50 – 64.

บทความวิจัยต้นฉบับ:
ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง ที่ติดเตียง

The Effect of Social Support Program on Quality of Life of
Caregiver Bedridden Stroke Patient

ปยุณนุช จีมะลิ* ธนกร ปัญญาโสโสภณ** และพรปวีณ์ ชื่นใจเรือง***
Punyanuch Jeemali* Thanakorn Panyasaisophon** and Pornpawee Chuenjairuang***

คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา*

Faculty of Public Health Nakhonratchasima College **

School of Nursing Suranaree University of Technology***

เบอร์โทรโทรศัพท์ 08-0427-9052; E-mail : punyanuch.jee@mfu.ac.th*

วันที่รับ 13 ม.ค. 2564; วันที่แก้ไข 5 มี.ค. 2564; วันที่ตอบรับ 15 มี.ค. 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียงศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 30 ราย เป็นกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่สร้างขึ้น และผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 30 ราย เป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับโปรแกรมตามปกติโดยการเลือกแบบเจาะจงระยะเวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย และแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.852 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานและการทดสอบค่าที่

(paired, independent samples t-test) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียงกลุ่มทดลอง มีคุณภาพชีวิต ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิต ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อมดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01
คำสำคัญ : ผู้ดูแลผู้ป่วย; โรคหลอดเลือดสมอง; การสนับสนุนทางสังคม; ผู้ป่วยติดเตียง

Abstract

The purpose of this quasi – experimental research was to study the effect of social support program on quality of life of caregiver bedridden

stroke patient in Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn medical center hospital Nakhon Nayok Province. The samples were divided into two groups. The experimental group consisted of 30 participate group was received social support program on quality of life of caregiver bedridden stroke patient by purposive sampling. The control group consisted of 30 normal received regular program 12 weeks. The instrument was social support program on quality of life of caregiver bedridden stroke patient and questionnaire by researcher has condence 0.852. Percentage, mean, standard deviation, dependent samples t-test and independent samples t-test were applied for data analysis by dene signigance .01.

The results of this study were as follows: After receiving the social support program on quality of life includes physical domain, psychological domain, social relationships and environment of caregiver bedridden stroke patient in experimental group had signicantly better health literacy than before receiving the social support program at .01 level. After receiving the social support program on quality of life includes physical domain, psychological domain, social relationships and environment of caregiver bedridden stroke patient in experimental group had signicantly better control group at .01 level.

Keywords : Caregiver; Stroke; Social Support; Bedridden Patient

บทนำ

โรคหลอดเลือดในสมอง (cerebrovascular disease หรือ stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการสูญเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลกทั่วโลกมีผู้ป่วยประมาณ 17 ล้านคน และเสียชีวิตประมาณ 6.5 ล้านคน^[1] และเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากสถิติอัตราป่วยเสียชีวิตของประชากรไทยปี 2558 ของสำนักยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พบว่าโรคหลอดเลือดในสมองเป็นสาเหตุอันดับที่ 2 ของการเสียชีวิตรองจากโรคมะเร็งทุกประเภท และแนวโน้มของการเกิดโรคมีอัตราการเพิ่มสูงขึ้นซึ่งสอดคล้องกับสถิติข้อมูลของงานเวชระเบียนของสถาบันประสาทวิทยาที่พบว่า ปี พ.ศ. 2559 มีอัตราที่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาพยาบาลเป็นจำนวน 26,749 ราย และมีแนวโน้มสูงขึ้นในปี พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วย 304,807 ราย และจำนวนผู้เสียชีวิตประมาณปีละ 30,000 ราย จนกลายเป็นการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศไทย และสามารถเกิดได้ทุกกลุ่มวัย^[2] โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตและครอบครัวของผู้ป่วย ก่อให้เกิดการสูญเสียการทำงานของระบบประสาทบางส่วนหรือสมองทั้งหมด ลักษณะอาการสำคัญ คือ สูญเสียการสั่งงานหรือการเคลื่อนไหวของร่างกาย การรับรู้ความรู้สึก ทางสมอง ทางภาษา การหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ส่งผลกระทบต่อการเกิดการสูญเสียความสามารถและพิการตามมาด้วย^[3] จึงส่งผลกระทบต่อในข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงหรือไม่สามารถปฏิบัติได้

เอง นอกจากปัญหาความบกพร่องทางร่างกาย แล้วในบางรายอาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต และโรคทางประสาทและจิตเวชศาสตร์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การเข้าสังคม เป็นปัญหาและอุปสรรคสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง^[4] สอดคล้องกับผลกระทบโรคหลอดเลือดในสมองมีการตีบอุดตันหรือแตก ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงและส่งผลทำให้เสียชีวิตและเกิดความพิการได้โรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนาและการเสียชีวิตจะเพิ่มเป็นสองเท่าโดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา^[5]

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่บ้านเป็นการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้กลับมาทำกิจกรรมด้วยตนเองได้เร็วหรือใกล้เคียงปกติให้ได้มากที่สุดหากผู้ป่วยมีความพิการหลงเหลืออยู่ย่อมส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ผู้ดูแลครอบครัว และชุมชน ตลอดจนหน่วยงานและภาครัฐที่เกี่ยวข้องผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย ได้แก่ ระบบสั่งการ การรับรู้ความรู้สึก การพูด การกลืน ความผิดปกติทางด้านอารมณ์^[6] บางครั้งเกิดความขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัว ส่งผลกระทบทำให้เกิดความรู้สึกกดดันเบื่อหน่าย^[7] ด้านสังคม พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และมีสัมพันธภาพกับเพื่อนบ้านลดน้อยลงส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต ทางสังคมและเกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิต และด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้ไม่เพียงพอ

กับรายจ่าย^[8]

นอกจากนี้จากการศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการที่นอนติดเตียง จังหวัดตรัง พบว่า ความต้องการการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ มีความต้องการความรู้ คำแนะนำในการดูแลผู้พิการที่ติดเตียง ต้องการญาติหรือเพื่อนบ้านมาแบ่งเบาภาระในการดูแลและต้องการรายได้ หรือเงินช่วยเหลือ^[9] นอกจากนี้ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเทศบาล นครปฐม พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการการดูแลมากที่สุด ได้แก่ การจัดการภายในบ้านและการพักผ่อน ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยและด้านการเงิน รองลงมา ได้แก่ ด้านการดูแลสุขภาพ ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ และ ด้านการประคับประคองจิตใจ^[10] นอกจากนี้ การให้แนวทางการเตรียมพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังพบว่า แนวทางการเตรียมพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นเรื้อรังซึ่งรวมถึงโรคหลอดเลือดในสมอง ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ช่วยลดภาระในการดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย^[11] จากสภาพปัญหาดังกล่าว ถ้าผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ ด้านทรัพยากร และด้านการประเมินค่า จะสามารถทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียง ณ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของเฮาส์ (house) เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียงต่อไป

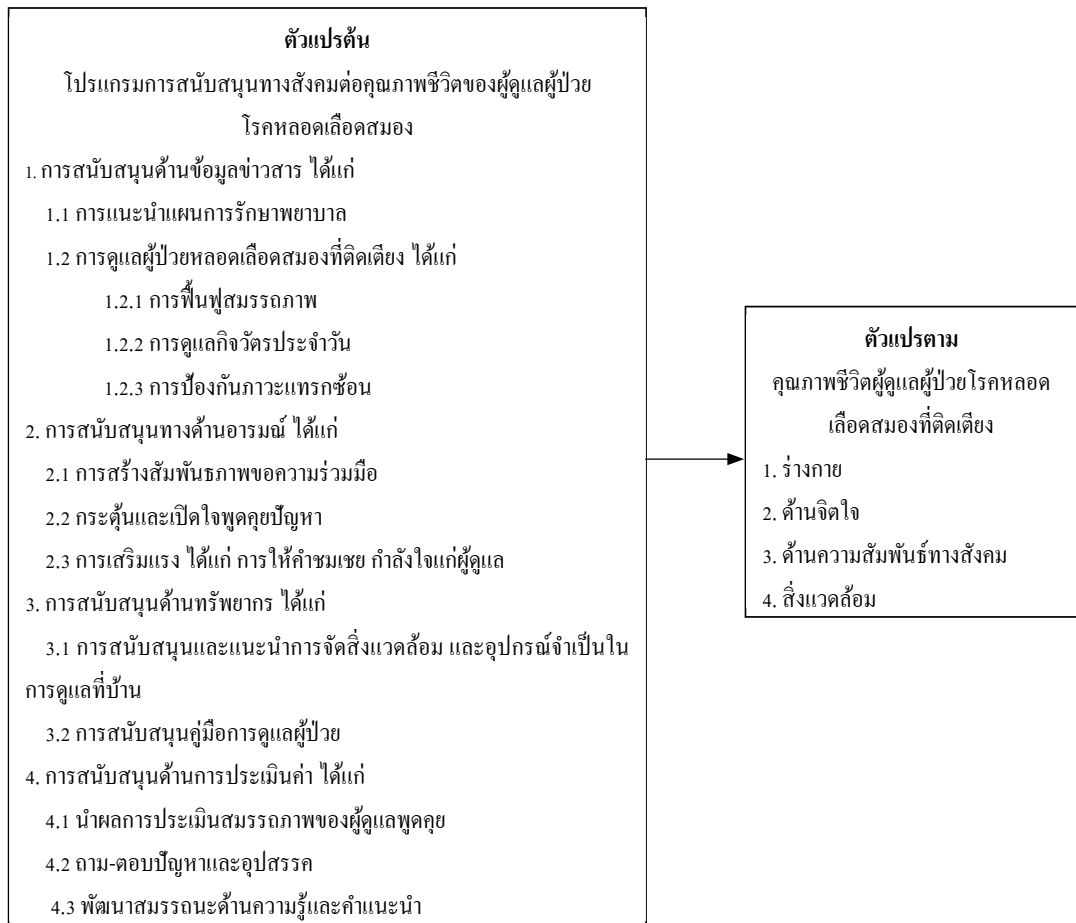
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียง ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระรัตนราชสุตาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียง ณ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระรัตนราชสุตาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ชนิด 2 กลุ่ม วก่อน – หลังการทดลอง (two group pretest - posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือบุคคลผู้ดูแลหลักหรือญาติสายตรงในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคทางระบบประสาท จากอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ ว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่ตีตเฉย และมีผลรวมคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอ็ดิแอล (barthel activities of daily living : ADL) อยู่ในช่วง 0 – 4 คะแนน ที่เข้ารับการรักษาหอผู้ป่วยอายุรศาสตร์และหอผู้ป่วยศัลยศาสตร์ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ขนาดใหญ่ของ ES (Effect size) =0.8 ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 17 ราย แต่ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 30 ราย โดยการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ร่วมกับการสมัครใจเข้าร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

ผู้ดูแลผู้ป่วยหรือญาติสายตรงที่มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ ที่นำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาทจากอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ ว่าป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 1 เดือน สมัครใจเข้าร่วม

กิจกรรม สื่อสารภาษาไทยรู้เรื่อง และผลการประเมินมีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอ็ดิแอล อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือญาติสายตรงที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัยแต่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยไม่ว่าจะเหตุผลใด ๆ ก็ตาม การเข้าร่วมกิจกรรมเกิน 2 ครั้ง และผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ตีตเฉย โดยผ่านผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสารผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ตีตเฉย ประกอบด้วย การแนะนำแผนการรักษาพยาบาล และการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่ตีตเฉย ได้แก่ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลกิจวัตรประจำวัน และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน สื่อที่ใช้สำหรับการจัดกิจกรรม คือ การบรรยาย สื่อแผ่นพับ สื่อบุคคล และการสาธิตการปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 2 การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพขอความร่วมมือกระตุ้นและเปิดใจพูดคุยปัญหา และการเสริมแรง ได้แก่ การให้คำชมเชยและกำลังใจ แก่ผู้ดูแล สื่อที่ใช้สำหรับการจัดกิจกรรม คือ การบรรยาย สื่อแผ่นพับ สื่อบุคคล การโต้ตอบคำถามข้อสงสัย

บทความวิจัยต้นฉบับ

กิจกรรมที่ 3 การสนับสนุนด้านทรัพยากร ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเชื้อ การสนับสนุนให้ความช่วยการดูแลสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ เมื่อกลับไปอยู่บ้าน และการสนับสนุนเอกสาร แผ่นพับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเชื้อ สื่อที่ใช้สำหรับการจัดกิจกรรม คือ การบรรยาย สื่อแผ่นพับ และสื่อบุคคล

กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า ประกอบด้วย นำผลการประเมินสมรรถภาพของผู้ดูแลพิเศษ การถาม-ตอบปัญหา และอุปสรรคและพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ และคำแนะนำสื่อที่ใช้สำหรับการจัดกิจกรรม คือ การบรรยาย สื่อแผ่นพับ สื่อบุคคล และการสาธิตการปฏิบัติ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระดับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) และเติมข้อความ

ตอนที่ 2 ข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นแบบตรวจสอบรายการ และเติมข้อความ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเชื้อ โดยได้ดัดแปลงข้อคำถามจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของ (อนามัย โลกษุย์ฉบับภาษาไทย WHOQOL-BREF-THAI) ลักษณะของ

แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ คือ มากที่สุด 5 คะแนน มาก 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน เล็กน้อย 2 คะแนน และไม่มีเลย 1 คะแนน ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 17 ข้อ ความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.852

การแปลผล คุณภาพชีวิตโดยรวมมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้^[12]

คะแนน 1.00–2.33 คะแนน หมายถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 2.34–3.67 คะแนน หมายถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง

คะแนน 3.68–5.00 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

แผนการดำเนินการทดลอง

กลุ่มทดลอง	T1E1	E2	E3	E4	E5T2
กลุ่มควบคุม	T3	~X	T4		
สัปดาห์	2wk	4wk	6wk	8wk	12wk

T1-T3 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองจากแบบประเมินคุณภาพชีวิต โดยการสัมภาษณ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

T2 T4 หมายถึง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตโดยการสัมภาษณ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

E1-E5 หมายถึง ผู้วิจัยการดำเนินกิจกรรมตามแผนของโปรแกรมฯ การทดลองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประเมินคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการเข้าร่วมการวิจัยผ่านการสัมภาษณ์/ตอบแบบสอบถามจากแบบประเมินโดยผู้วิจัยคอยกำกับดูแลเอง

2. ดำเนินการทดลองโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่คิดเพียงในกลุ่มทดลองตามแผนการทดลองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และกลุ่มควบคุมดำเนินการตามปกติ ระยะเวลา 12 สัปดาห์

3. ประเมินคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการเข้าร่วมการวิจัยผ่านการสัมภาษณ์/ตอบแบบสอบถามจากแบบประเมินโดยผู้วิจัยคอยกำกับดูแลเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างก่อนกับหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Paired samples t-test และ independent samples t-test โดยกำหนดนัยสำคัญที่ระดับ .01

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เป็นร้อยละ 90.00 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 100.00 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.30 ประกอบอาชีพ

เกษตรกร ร้อยละ 50.00 ระดับการศึกษาสูงสุด ประถมศึกษา ร้อยละ 76.70 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย คือบุตร ร้อยละ 60.00 อายุเฉลี่ย 52.27 ปี รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 7,783.33 บาท ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 11 วัน (Max=37 วัน, Min=7 วัน)

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.00 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 93.33 นับถือศาสนา ร้อยละ 86.70 ประกอบอาชีพ เกษตรกร ร้อยละ 33.30 ไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 56.70 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย คือบุตร ร้อยละ 83.30 อายุเฉลี่ย 51.80 ปี รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 9,766.67 บาท ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 10.17 วัน (Max=29 วัน, Min=6 วัน)

2. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นเพศชาย ร้อยละ 56.70 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 93.33 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.30 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 100.00 อายุเฉลี่ย 66 ปี รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 5,813.33 บาท ระยะเวลา การเจ็บป่วยเฉลี่ย 11 วัน

กลุ่มควบคุม เพศหญิงและเพศชายเท่ากัน ร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 93.33 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 86.70 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 100.00 อายุเฉลี่ย 69.67 ปี รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 4,500 บาท ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 10 วัน

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วย

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียง ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n=30)

ตัวแปร	การทดลอง	\bar{X}	S.D	ระดับ	t	p	
คุณภาพชีวิต	กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	2.01	.26	ปานกลาง	21.928*	<0.01
		หลังการทดลอง	3.90	.45	ดี		
	กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	2.04	.25	ปานกลาง	1.198	.24
		หลังการทดลอง	2.08	.27	ปานกลาง		

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียง ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 2.01 (S.D. =.26) ระดับไม่ดีและหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 3.90 (S.D. =.45) ระดับดี เมื่อนำไปทดสอบทางสถิติด้วยค่าที (Paired samples t-test) พบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียงดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองที่ติดเตียง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียง ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 2.04 (S.D. =.25) ระดับไม่ดี และหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 2.08 (S.D. =.27) ระดับไม่ดี เมื่อนำไปทดสอบทางสถิติด้วยค่าที (paired samples t-test) พบว่า ภายหลังการทดลองผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียงในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียง ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n=30)

ตัวแปร	การทดลอง	\bar{X}	S.D	ระดับ	t	p	
คุณภาพชีวิต	ก่อนการ	กลุ่มทดลอง	2.01	.26	ปานกลาง	44.174*	<0.01
	ทดลอง		กลุ่มควบคุม	2.04			
	หลังการ	กลุ่มทดลอง		3.90	.45	ดี	41.268*
	ทดลอง		กลุ่มควบคุม	2.08	.27		

จากตาราง 2 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 2.01 (S.D. =.26) ระดับไม่ดี และหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 3.90 (S.D. =.45) ระดับดี เมื่อนำไปทดสอบทางสถิติด้วยค่าที (independent samples t-test) พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียง ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียงอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 3.90 (S.D. =.45) ระดับดี และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 2.08 (S.D. =.27) ระดับไม่ดี เมื่อนำไปทดสอบทางสถิติด้วยค่าที (independent samples t-test) พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียง ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ดูแลกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแต่ละด้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองที่ติดเตียง ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายกภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตัวแปร	การทดลอง	\bar{X}	S.D	ระดับ	t	p
คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย	ก่อนการทดลอง	1.92	.28	ไม่ดี	22.767*	<0.01
	หลังการทดลอง	3.93	.47	ดี		
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	ก่อนการทดลอง	2.01	.31	ไม่ดี	21.352*	<0.01
	หลังการทดลอง	3.86	.43	ดี		
คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	ก่อนการทดลอง	2.02	.32	ไม่ดี	19.032*	<0.01
	หลังการทดลอง	3.95	.51	ดี		
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	ก่อนการทดลอง	2.13	.31	ไม่ดี	17.752*	<0.01
	หลังการทดลอง	3.90	.44	ดี		

จากตาราง 3 คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมพบว่า ก่อนการทดลองผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียง ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

จังหวัดนครนายก มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายเท่ากับ 1.92 2.01 2.02 และ 2.13 (S.D. =.28 .31 .32 และ .31)ระดับไม่ดี และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแต่ละด้านเท่ากับ 3.93 3.86 3.95 และ 3.90 (S.D. =.47 .43 .51

และ .44) ระดับดี เมื่อนำไปทดสอบทางสถิติด้วย ค่าที (Paired samples t-test) พบว่า ภายหลังการได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียงดีกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อภิปรายผล

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียง ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก พบว่า คุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโดยรวมและคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ผู้ดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้เนื่องจากการสร้างโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียง เป็นการสร้างและพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม การทบทวนวรรณกรรม ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับความต้องการที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ดูแลผู้ป่วยนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เสนอผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาและข้อเสนอแนะที่เหมาะสมนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดลองใช้

จากนั้นจึงนำโปรแกรมไปใช้ทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียงตามแผนการทดลองของกระบวนการวิจัย ประกอบด้วย (1) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้วิจัยได้ดำเนินการอธิบายถึง (1.1) แผนการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างละเอียดพร้อมถาม-ตอบประเด็นที่สงสัย (1.2) การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียง ผู้วิจัยได้ดำเนินการสอน สาธิต และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับ การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยนักกายภาพบำบัดสำหรับการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน การดูแลกิจวัตรประจำวันและ การดูแลการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยได้ดำเนินการสอน สาธิตและฝึกปฏิบัติ ได้แก่ การอาบน้ำบนเตียง การสระผม การดูแลช่องปาก การดูแลระบบปัสสาวะและการขับถ่าย การพลิกตะแคงตัว การให้อาหารทางสายยาง และการทำอาหารเหลวโดยนักโภชนาการ (2) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลผู้ป่วยแบบกันเองโดยพูดเพื่อสร้างความตระหนักและความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยและขอความร่วมมือในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยตามขั้นตอนแต่ละขั้นตอน กิจกรรมกระตุ้นและเปิดใจพูดคุยปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลและบ้าน พร้อมการเสริมแรงโดยการให้คำชมเชยกำลังใจ แก่ผู้ดูแลรวมทั้งเสนอแนะช่องทางมารับบริการสุขภาพกรณีมีปัญหาที่ไม่ซับซ้อนจากบุคลากรในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลินิก สถานพยาบาล เป็นต้น (3) การสนับสนุนด้านทรัพยากร ผู้วิจัยดำเนินการประสานขอความร่วมมือบุคลากรสาธารณสุขพื้นที่สังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ภาพคำบลเพื่อรายงานอาการของผู้ป่วยก่อนกลับบ้านและแนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วย และอุปกรณ์จำเป็นในการดูแลที่บ้านโดยแนะนำขอรับการสนับสนุนจากพื้นที่ได้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเทศบาล/องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และผู้วิจัยให้การสนับสนุนคู่มือการดูแลผู้ป่วย (4) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า ผู้วิจัยการประเมินสมรรถนะของผู้ดูแลแล้วนำผลการประเมินสมรรถภาพของผู้ดูแลพูดคุย ถาม-ตอบ ปัญหาและอุปสรรค พร้อมกับการพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ และทักษะ การดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยผ่านสื่อสำหรับการจัดกิจกรรม ได้แก่ การบรรยาย สื่อแผ่นพับ สื่อบุคคล การสาธิต การฝึกปฏิบัติ การโต้ตอบคำถามข้อสงสัย และมีการติดตามสอบถามปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยโทรศัพท์ขงดูแลผู้ป่วยที่บ้านสอดคล้องกับการศึกษาของธารินทร์ คุนยาศัย^[13] เรื่องการพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองภาวะการดูแลการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลวัยสูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 90 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับต่ำเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมทุกด้านอยู่ในระดับต่ำ ยกเว้นด้านความรักใคร่ผูกพันที่อยู่ในระดับปานกลาง และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับต่ำสอดคล้องกับการศึกษาของภทริกา ปัญญา^[14] เรื่องผลของโปรแกรมการสนับสนุน

ทางสังคมต่อระดับการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในภาวะพึ่งพิง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 60 ราย อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย พบว่า กลุ่มทดลองมีแรงสนับสนุนทางสังคมและมีคุณภาพชีวิตภายหลังการดำเนินการทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับคำนิยามแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House)^[15] หมายถึง สิ่งที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านการช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจ หรือทางอารมณ์ รวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกกว่าตนเองได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของสังคมด้วย จากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคนซึ่งเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ต้องการ (สุขภาพดี) สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก^[16] ได้นิยามคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ความพึงพอใจ และสถานะของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม โดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมายและความคาดหวังของตนเองภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สวัสดิการและบริการด้านต่าง ๆ ตลอดจนลักษณะทางการเมืองการปกครองในสังคมที่อยู่อาศัย และสามารถประเมินคุณภาพชีวิตในด้านวัตถุวิสัยและด้านจิตวิสัย

การวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้พบว่าโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ดีขึ้นควร

นำโปรแกรมดังกล่าวไปปรับใช้ตามบริบทของโรงพยาบาลต่าง ๆ และควรมีการศึกษาต่อ ยอดผลของการวิจัยในรูปแบบการวิจัยผสมผสานวิธี (mix method) โดยนำโปรแกรมดังกล่าวไปทดลองใช้กับพื้นที่ที่คล้ายคลึงกันเพื่อยืนยันคุณภาพของโปรแกรม ต่อไป

การปกป้องสิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการทดลองระหว่างเดือนกรกฎาคม – กันยายน 2563 โดยได้รับการสมัครใจ และยินดีเข้าร่วมโครงการจากกลุ่มตัวอย่างทุกคน ตามเอกสารพิทักษ์สิทธิ์ซึ่งคณะผู้วิจัยจัดทำหนังสือเอกสารพิทักษ์สิทธิ์ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามการวิจัย โดยระบุว่า การให้ข้อมูลเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างโดยข้อมูลทั้งหมดที่ได้จะเป็นความลับกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตอบหรือปฏิเสธได้ และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีตอบรับแล้วยังมีสิทธิยกเลิกการให้ข้อมูลได้โดยไม่มีข้อแม้ใด ๆ และหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย ประการใดเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยยินดีตอบข้อสงสัยตลอดเวลาภายใต้การตรวจพิจารณารับรองจริยธรรมโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เลขที่ SWUEC/E-272/2562

เอกสารอ้างอิง

- [1] กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ประเด็นสารธรรมรงค์วันอัมพาตโลก. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
- [2] เพชรรุ่ง เดชบุญญจิตต์. สมรรถนะของ

- [3] Roth EJ HR. Physical medicine and rehabilitation. Rehabilitation of stroke syndrome 1996; 117 – 60.
- [4] สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย. Neuropsychiatric Aspects of stroke. In: นิจศรี ชาญณรงค์ editoc. การดูแลภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
- [5] ศุภวรรณ มโนสุนทร. รายงานการพยากรณ์โรคหลอดเลือดสมอง. [ออนไลน์]. (2560). [สืบค้นเมื่อ วันที่ 20 ตุลาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก http://www.interfetphailand.net /forecast/les/report_2014 /report_2014_ no20.pdf.
- [6] กฤษณา พิรเวช. การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
- [7] อรุณี ชุมหบดี ธีรัตน์ สุภานันท์ โรจณี อุปรา สุนทรินทร์ ทองไสย. ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี 2556; 24(1): 1 – 9.
- [8] นงนุช เพ็ชรรวง ปนัดดา ปริญญา วิโรจน์ ทองเกลี้ยง. การศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชน. วารสารพยาบาล

- ทหารบก 2556; 14(1): 25 – 34.
- [9] ขวัญตา บุญวาศ ธิรัตน์ สุภานันท์ อรุณี ขุนหบดี นิรมิตศุรา แว. ความเครียด และความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการ ดิเคเตียง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560; (1): 205 – 16.
- [10] บุญมาศ บุญยารัศมี. ความต้องการ การดูแลโดยทีมหมอครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขต เทศบาลนครนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 2560; 37(2): 192 – 200.
- [11] Corry M, While A, และ Neenan K Smith V. A systematic review of systematic reviews on interventions for caregivers of people with chronic conditions. *Leading Global Nursing Research* 2015; 71(4): 718 – 34.
- [12] กรฐณัชช ปัญญาใส. ระเบียบวิธีวิจัยทางด้านสาธารณสุข. นครราชสีมา : เอกสารประกอบการสอน คณะสาธารณสุขศาสตร์เทคโนโลยีสุขภาพ วิทยาลัย นครราชสีมา; 2560.
- [13] ชารินทร์ คุณยศยิ่ง. การพึ่งพาของผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ภาระการดูแล การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ สูงอายุ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการผู้สูงอายุ]. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2556.
- [14] ภัทริกา ปัญญา. ผลของโปรแกรมการ สนับสนุนทางสังคมต่อระดับการ สนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิต ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในภาวะพึ่งพิง. วารสาร มจร. วิชาการ 2562; 23(2): 242 – 53.
- [15] House, J. S. *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley; 1981.
- [16] The WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*; 1994: 24 – 56.

บทความวิจัยต้นฉบับ :

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียน
ชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 2 ณ โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร
Health Literacy and Health Behaviour According to The National Health
Recommendations in Grade 8 Student at School in Samutsakhon province

เบญจพร ทองมาก
Benjaporn Thongmak
คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยทองสุข
Thongsook College

เบอร์โทรศัพท์ 08-6308-9897; E-mail : ngok_ngaek@hotmail.com
วันที่รับ 13 ม.ค. 2564; วันที่แก้ไข 5 มี.ค. 2564; วันที่ตอบรับ 27 เม.ย. 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตามสุขบัญญัติแห่งชาติและหาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติกับระดับพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติของเด็กชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติของกลุ่มเด็กและเยาวชน (อายุ 7-14 ปี) ฉบับปี 2561 ของกองสุขศึกษา สสจ.ที่ใช้ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนาและใช้แบบแปลผลคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติของกองสุขศึกษาหาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างตัวแปรด้วยโปรแกรม SPSS สถิติ One-Way ANOVA กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 148 คน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 76 คน (ร้อยละ 51.35) เพศหญิง

จำนวน 72 คน (ร้อยละ 48.65) ผู้ถ่ายทอดความรู้ให้กับนักเรียนส่วนใหญ่เป็นครู จำนวน 87 คน (ร้อยละ 58.8) รองลงมาเป็นคนในครอบครัว จำนวน 55 คน (ร้อยละ 37.2) ด้านคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ เฉลี่ยอยู่ที่ 55.24 คะแนน จัดอยู่ในระดับที่ดี ส่วนในด้านคะแนนพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ เฉลี่ยอยู่ที่ 38.51 คะแนน จัดอยู่ในระดับที่ดี ด้านการศึกษาความสัมพันธ์ พบว่า (1) คะแนนรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพกับเพศไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P=0.05$ ($P=0.74$) (2) คะแนนรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพกับผู้ถ่ายทอดความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P=0.05$ ($P=0.386$) (3) คะแนนรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพกับระดับพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P=0.05$ ($P=0.00$) การศึกษานี้มีข้อเสนอให้โรงเรียน สร้างความร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของเด็กนักเรียน ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในด้านความ

สัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพกับสถานะสุขภาพของนักเรียนควบคู่กันไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; พฤติกรรมสุขภาพ; สุขบัญญัติแห่งชาติ

Abstract

This research is a survey study, has an objective to study the Level of health Literacy and health behaviour according to National Health Recommendations also and the relationship between the Literacy Composition According to National Health Recommendations and the Health Behaviour Level According to National Health Recommendations of students in grade 8. The statistics used were descriptive statistics and interpreting scores of health Literacy and health behaviour according to National Health Recommendations by using the evaluation analysis program prepared by the Health Education Division to find the different between variables with SPSS Statistics One-Way ANOVA program. Sample group are 148 students

The results showed that it consisted of 76 men or 51.35%, female, 72 people or 48.65%. In terms of health Literacy found that the average was 55.24 points It was rated as good, had sufficient health Literacy and had a proper practice of National Health Recommendations. As for the health behaviour score according to National Health Recommendations found that the average score was 38.51 points was rated as good, the

health behaviour according to National Health Recommendations were mostly correct. In terms of the correlation study, it was found that (1) The total score of health Literacy with gender had no significant relationship at $P = 0.05$ ($P = 0.74$). (2) The total score of health Literacy with the educator, none relationship was statistically significant at $P = 0.05$ ($P = 0.386$). (3) The total score of health Literacy and the health behaviour Level According to National Health Recommendations. There was a statistically significant relationship at $P = 0.05$ ($P = 0.00$). This research could suggest the school to increase the channel for receiving news or knowledge for students or create a channel for students to seek health counselling. To provide students with better Health Literacy and Health Behaviour Level According to National Health Recommendations, and to build cooperation with the Ministry of Public Health departments to educate students to help develop students' healthy behaviour. Also further studies of the relationship between the score of Health Literacy and Health Behaviour Level along with the health status of students.

Keyword: Health Literacy; Health Behaviour; National Health Recommendations

บทนำ

จากสถานการณ์ปัญหาการเกิดโรคที่มีมากในทุกพื้นที่ โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่แนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ สถานการณ์ ประเทศไทย ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา กลุ่มโรคไม่ติดต่อได้คร่า

ชีวิตประชากรไทยถึงร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมดหรือราว 320,000 คนต่อปี ในจำนวนนี้พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งหรือราวร้อยละ 55 เสียชีวิตที่อายุต่ำกว่า 70 ปี^[1] ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพและการเกิดโรคภัยไข้เจ็บให้ลดลงนั้น จำเป็นอย่างยิ่งในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องโดยการส่งเสริมและพัฒนาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล (ปัจจัยนำ) เช่น ความรู้ การรับรู้ ความเข้าใจ และปัจจัยแวดล้อม (ปัจจัยเอื้อปัจจัยเสริม) อย่างเหมาะสมในการพัฒนาปัจจัยภายในจะต้องปลูกฝังให้ประชาชนเกิด “health literacy” หรือ “ความรู้ด้านสุขภาพ” ซึ่งหมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ ประเมินและจัดการตนเอง ความแตกฉานด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพ^[2] รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนได้ การพัฒนา health literacy จึงเป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลและเป็นการธำรงรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน

ในปีงบประมาณ 2558 กองสุกศึกษาได้ประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มเด็กวัยเรียน (อายุ 7 – 14 ปี) จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 2,500 คน จากโรงเรียนสุขบัญญัติในตำบลจัดการสุขภาพ ครอบครัว 12 เขตสุขภาพ เขตละ 2 จังหวัด จังหวัดละ 4 โรงเรียนผลการประเมิน พบว่า กลุ่มเด็กวัยเรียน (อายุ 7 – 14 ปี) ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ (ร้อยละ 59.94) และระดับดีมาก (ร้อยละ 36.97)

มีเพียงส่วนน้อยที่อยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 3.09) ส่วนพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดีมาก (ร้อยละ 45.08) รองลงมาคือระดับพอใช้ (ร้อยละ 36.72) มีเพียงส่วนน้อยที่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับไม่ดี (ร้อยละ 18.20)^[3]

จากผลประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียน (อายุ 7 – 14 ปี) ส่วนใหญ่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งไม่เพียงพอต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนและนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีต่อไป กล่าวคือ ยังขาดความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคต ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำแบบประเมินนี้มาประเมินในกลุ่มเด็กชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ที่โรงเรียนแห่งนี้ เนื่องจากเป็นโรงเรียนในเขตกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีลักษณะของชุมชนโดยรอบไม่ใช้ สังคมเมือง พฤติกรรมสุขภาพอาจมีความแตกต่างจากเด็กในเขตเมือง และเนื่องจากเด็กชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 เป็นระดับอายุที่มากที่สุดของแบบประเมินนี้ จึงอาจจะสามารถคิด วิเคราะห์และเข้าใจในแบบประเมินได้มากที่สุด อีกทั้งเด็กกลุ่มนี้เป็นวัยที่กำลังจะเติบโตไปสู่ช่วงวัยรุ่น จึงจำเป็นต้องทราบระดับความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อนำมาพัฒนาให้เด็กวัยเรียนกลุ่มนี้ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น เพื่อการป้องกันการเกิดภาวะสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

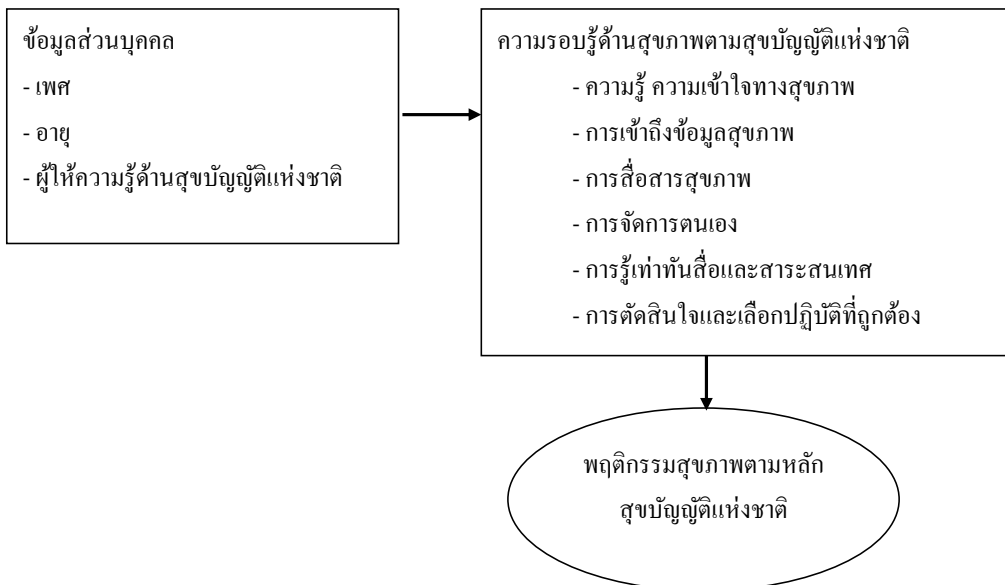
1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติของเด็กชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ กับเพศและผู้ถ่ายทอดความรู้
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติกับระดับพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) โดยใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติของกลุ่มเด็กและเยาวชน (อายุ 7 – 14 ปี)

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม ทั้งแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและแบบเก็บข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข สามารถสรุปและสร้างกรอบแนวคิดที่ใช้ในงานวิจัย ได้ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ เด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ของโรงเรียนสมุทรสาครวุฒิชัย ตำบล บ้านเกาะ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร โดยแบ่งนักเรียนออกเป็นทั้งหมด 6 ห้อง มีจำนวนนักเรียนทั้งสิ้น 234 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ของโรงเรียนสมุทรสาครวุฒิชัย ตำบลบ้านเกาะ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 148 คน

ขอบเขตด้านพื้นที่ที่ทำการวิจัย

โรงเรียนสมุทรสาครวุฒิชัย ตำบลบ้านเกาะ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร

ขอบเขตด้านระยะเวลาการวิจัย

ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม 2562 ถึงเดือนมกราคม 2563

วิธีการดำเนินการวิจัย

กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ เด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ของโรงเรียนสมุทรสาครวุฒิชัย ตำบลบ้านเกาะ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร โดยแบ่งนักเรียนออกเป็นทั้งหมด 6 ห้อง มีจำนวนนักเรียนทั้งสิ้น 234 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ เด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ของโรงเรียนสมุทรสาครวุฒิชัย ตำบลบ้านเกาะ อำเภอเมือง จ.สมุทรสาคร จำนวน 148 คน ซึ่งได้มาจากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสูตรคำนวณของเครจซี่ และมอร์แกน^[4] แบ่งนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 2 ออกตามห้องเรียนและคำนวณหาจำนวนของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละห้องตามสัดส่วนของขนาดประชากรในแต่ละห้อง หลังจากนั้นทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างจากนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 2 ในแต่ละห้องโดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sample) โดยการจับฉลาก ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติของกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุ (7 – 14 ปี) ฉบับปรับปรุง 2561 ของกองสุขศึกษากระทรวงสาธารณสุข โดยแบบประเมินแบ่งออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของเด็กชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ประกอบด้วยข้อมูลที่สำคัญ ได้แก่ เพศ อายุ และบุคคลผู้ถ่ายทอดความรู้เรื่องสุขบัญญัติแห่งชาติให้กับนักเรียน

2. ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติ ตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ข้อ ๆ ละ 1 คะแนน

3. การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อ

3.1 การเข้าถึงข้อมูล 3 ข้อ ๆ ละ 3 คะแนน

3.2 การสื่อสารสุขภาพ 3 ข้อ ๆ ละ 3 คะแนน

3.3 การจัดการตนเอง 6 ข้อ ๆ ละ 3 คะแนน

3.4 การรู้เท่าทันสื่อ 3 ข้อ ๆ ละ 3 คะแนน

3.5 การตัดสินใจเพื่อสุขภาพที่ดีตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ 5 ข้อ ๆ ละ 4 คะแนน

3.6 พฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ข้อ (ให้คะแนนตามความถี่ในการปฏิบัติ)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 เตรียมความพร้อมในการเก็บข้อมูล ผู้ศึกษาดำเนินการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่ผู้ศึกษาต้องการเก็บข้อมูลเพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูล ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการศึกษา ระยะเวลาในการศึกษาและเพื่อขอความร่วมมือในการทำการศึกษา ต่อมาเมื่อทำการลงเก็บข้อมูล ผู้ศึกษาจัดเตรียมเอกสารได้แก่ แบบสอบถามที่จะใช้ในการเก็บข้อมูล โดยทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อคำถามอีกครั้งเพื่อป้องกันการผิดพลาด

ระยะที่ 2 ดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้ศึกษาแนะนำตัวเองแก่ผู้เข้าร่วมการศึกษาด้วยความเป็นกันเองเพื่อสร้างบรรยากาศที่ดีในการเก็บข้อมูล มีการอธิบายชี้แจงรายละเอียดของการศึกษา วัตถุประสงค์การศึกษาโดยผู้ศึกษาดำเนินการเก็บแบบสอบถามโดยร่วมกับครู อาจารย์ในสถานศึกษา เพื่อป้องกันการสื่อสารผิดพลาดและความไม่เข้าใจในข้อคำถามในแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้ศึกษานำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาประมวลผล ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณในส่วนของข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2. วิเคราะห์ข้อมูลและแปลผลคะแนนโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติ ในกลุ่มเด็กและเยาวชน ฉบับปรับปรุง 2561 ที่จัดทำขึ้นโดยกองสุศึกษา⁽¹⁾ ใช้สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพศและผู้ถ่ายทอดความรู้กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ด้านสุขภาพกับระดับพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ และหาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างตัวแปร ด้วยโปรแกรม SPSS สถิติ One-Way ANOVA

ผลการวิจัย

การศึกษารอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ของเด็กชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 2 ณ โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร ครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 4 หัวข้อ รายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป เด็กชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ทั้งหมด 148 คน ประกอบด้วยเพศชาย จำนวน 76 คน คิดเป็น ร้อยละ 51.35 เพศหญิง จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 48.65 อายุ 13 ปี จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 31.75 อายุ 14 ปี

จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 68.25 ผู้ถ่ายทอดความรู้เรื่องสุขบัญญัติแห่งชาติให้กับนักเรียน ส่วนใหญ่เป็นครู จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 58.8 รองลงมาคือคนในครอบครัว จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 37.2

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 148 คน ได้คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ยอยู่ที่ 55.24 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 75 คะแนน) จัดอยู่ในระดับที่ดีเป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพดีเพียงพอและมีการปฏิบัติตนตามสุขบัญญัติแห่งชาติได้ถูกต้อง ส่วนในด้านคะแนนพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 38.51 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 50 คะแนน) จัดอยู่ในระดับที่ดี มีพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ แต่เมื่อแยกรายองค์ประกอบแล้วยังพบว่าบางองค์ประกอบยังอยู่ในระดับถูกต้องบ้างหรือพอใช้ ดังตาราง 1

3. ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและคะแนนพฤติกรรมสุขภาพตาม สุขบัญญัติแห่งชาติพบว่า คะแนนรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพกับเพศไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P=0.05$ ($P=0.74$) แต่เมื่อจำแนกตามองค์ประกอบพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างเพศและองค์ประกอบด้านการจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสาระสนเทศ การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P=0.05$ ($P=0.004, 0.002, 0.006$) ตามลำดับ ส่วนในด้านคะแนนพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติและเพศไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ $P=0.05$ ($P=0.87$) ดังตาราง 2

4. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ถ่ายทอดความรู้กับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและคะแนนพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ พบว่า คะแนนรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพกับผู้ถ่ายทอดความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P=0.05$ ($P=0.386$) ส่วนในด้านคะแนนพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติและผู้ถ่ายทอดความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P=0.05$ ($P=0.834$) เช่นกัน ดังตาราง 3

5. ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพกับระดับพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติพบว่า คะแนนรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพกับระดับพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P=0.05$ ($P=0.00$) และเมื่อจำแนกตามองค์ประกอบ พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบด้านการจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศกับระดับพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P=0.05$ ($P=0.00, 0.031$) ตามลำดับ ดังตาราง 4

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ

องค์ประกอบ	คะแนนเฉลี่ยรายข้อ										ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ		
	ข้อ 1	ข้อ 2	ข้อ 3	ข้อ 4	ข้อ 5	ข้อ 6	ข้อ 7	ข้อ 8	ข้อ 9	ข้อ 10	คะแนนรวมเฉลี่ย	ร้อยละจากคะแนนเต็ม	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ
1.ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ	0.35	0.57	0.55	0.89	0.77	0.59	0.76	0.50	0.74	0.71	6.41	64.12	ถูกต้องบ้าง
2.การเข้าถึงข้อมูลและบริการ	2.15	2.18	2.23								6.55	72.82	ดี
3.การสื่อสารสุขภาพ	2.22	1.81	1.97								6.00	66.67	พอใช้
4.การจัดการตนเอง	2.04	2.22	2.69	2.70	2.47	2.11					14.23	79.05	ดี
5.การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	2.24	2.29	2.26								6.79	75.45	ดี
6.การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	2.89	3.21	2.84	3.20	3.14						15.25	76.25	ดี
สรุปคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ											55.24	73.65	ดี
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ	4.70	3.45	3.45	2.74	3.06	4.24	4.31	3.73	4.31	4.13	38.11	76.22	ดี

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างเพศกับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตามสุขบัญญัติแห่งชาติ

องค์ประกอบ	คะแนนเฉลี่ยรายองค์ประกอบแยกตามเพศ		p-value
	ชาย	หญิง	
1. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	6.27	6.55	0.358
2. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	6.61	6.48	0.773
3. การสื่อสารด้านสุขภาพ	5.89	6.11	0.256
4. การจัดการตนเอง	14.63	13.80	0.004*
5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	6.38	7.22	0.002*
6. การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	14.51	16.02	0.006*
สรุปคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ	54.31	56.20	0.74
	(ดี)	(ดี)	
พฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ	38.78	37.38	0.87
	(ดี)	(ดี)	

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างผู้ให้ความรู้กับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ

องค์ประกอบ	คะแนนเฉลี่ยรายองค์ประกอบแยกตามผู้ถ่ายทอดความรู้					p-value
	คนในครอบครัว	ครูผู้สอน	ครูพยาบาล	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	ศึกษาด້วยตนเอง	
1. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	6.03	6.63	6.66	6.00	7.00	0.431
2. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	6.94	6.39	5.33	5.00	5.50	0.636
3. การสื่อสารด้านสุขภาพ	5.81	6.10	6.00	6.00	6.50	0.661
4. การจัดการตนเอง	13.81	14.50	14.00	12.00	15.00	0.130
5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	5.67	6.81	7.00	5.00	7.00	0.866
6. การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	14.60	15.59	15.66	17.00	16.50	0.480
สรุปคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ	53.98	56.04	54.66	51.00	57.50	0.386
	(ดี)	(ดี)	(ดี)	(พอใช้)	(ดี)	
พฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ	37.87	38.20	38.33	35.00	41.50	0.834
	(ดี)	(ดี)	(ดี)	(ดี)	(ดีมาก)	

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างคะแนนความรู้ด้านสุขภาพกับระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม สุขบัญญัติแห่งชาติ

องค์ประกอบ	คะแนนเฉลี่ยรายองค์ประกอบ				p-value
	แยกตามระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม				
	สุขบัญญัติแห่งชาติ				
	ไม่ดี	พอใช้	ดี	ดีมาก	
	(0.00- 44.99)	(45.00- 52.49)	(52.50- 59.99)	(60.00- 75.00)	
1. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	6.00	6.53	6.29	6.49	0.863
2. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	5.55	6.13	6.39	7.00	0.349
3. การสื่อสารด้านสุขภาพ	5.55	5.93	5.78	6.26	0.103
4. การจัดการตนเอง	11.83	14.03	13.68	15.01	0.00*
5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	5.33	7.00	6.49	7.08	0.031*
6. การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	12.50	15.33	15.37	15.37	0.251
สรุปคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ	46.66	54.96	54.01	57.22	0.00*

อภิปรายผล

จากการศึกษาเรื่องความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติของเด็กชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ณ โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร ครั้งนี้ มีประเด็นที่น่าสนใจนำมาอภิปรายผล ดังนี้ (1) คะแนนความรู้ด้านสุขภาพและคะแนนพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัมพล จวบศรี ได้ทำการศึกษา พฤติกรรมการปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอธวัชชัย จังหวัดศรีสะเกษ พบว่านักเรียนส่วนใหญ่นิยมปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติในระดับดี (2) คะแนนความรู้ด้านสุขภาพและคะแนนพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติพบว่ามีไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P=0.05 (P=0.74) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปริยาพร สีจันทร์และคณะ ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของวัยรุ่น อายุ 10 ปีขึ้นไปในจังหวัดพะเยา และพบว่าเพศชายและเพศหญิงมีการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติโดยรวมไม่ต่างกัน (3) คะแนนความรู้ด้านสุขภาพกับระดับพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ

ของนักเรียนอายุ 10 - 14 ปี ในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าในภาพรวมนักเรียนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติอยู่ในระดับดีมาก (2) เพศกับคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติพบว่ามีไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P=0.05 (P=0.74) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปริยาพร สีจันทร์และคณะ ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของวัยรุ่น อายุ 10 ปีขึ้นไปในจังหวัดพะเยา และพบว่าเพศชายและเพศหญิงมีการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติโดยรวมไม่ต่างกัน (3) คะแนนความรู้ด้านสุขภาพกับระดับพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ

พบว่าความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P=0.05$ ($P=0.00$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธาราพรศรี ศรีบุญญารักษ์ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ในเด็กมัธยมศึกษา จังหวัดสมุทรสาครและพบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁸⁾ ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่าระดับพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติของเด็กชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ณ โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาครนั้นมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพหมายความว่า ถ้านักเรียนมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ดีจะทำให้เด็กนักเรียนมีระดับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามไปด้วย

ข้อเสนอแนะ

ผลจากการศึกษาเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติของเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ณ โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. โรงเรียนควรเพิ่มการให้ความรู้ด้านสุขภาพในองค์ประกอบที่นักเรียนยังไม่สามารถเข้าใจได้เป็นอย่างดี ได้แก่ องค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ และองค์ประกอบด้านการสื่อสารสุขภาพ เช่น เพิ่มช่องทางการรับข่าวสารหรือความรู้ให้กับนักเรียน เป็นต้น
2. สร้างช่องทางให้นักเรียนสามารถขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพได้ เพื่อให้นักเรียนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพ

ตามสุขบัญญัติแห่งชาติที่ดียิ่งขึ้น

3. สร้างความร่วมมือกับหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขในการให้ความรู้เพื่อช่วยพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของเด็กนักเรียน
4. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในด้านความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติกับสถานะสุขภาพของนักเรียนควบคู่กันไป

การปกป้องสิทธิ์กลุ่มเป้าหมาย

การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการรับรองโครงร่างการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร จากมติที่ประชุมคณะกรรมการเต็มชุด (full board) ครั้งที่ 3/2562 เมื่อวันที่ 9 ตุลาคม 2562 ตามหนังสือที่ สค.0032/4076 ลงวันที่ 17 ตุลาคม 2562

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ ได้รับการสนับสนุนจากวิทยาลัยทองสุข โดยการสนับสนุนงบประมาณในการจัดทำงานวิจัย ทั้งนี้ต้องขอขอบคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำงานวิจัยเล่มนี้ ได้แก่ ผู้อำนวยการ ครู อาจารย์ นักเรียน ของโรงเรียนสมุทรสาครวุฒิชัย ที่อนุญาตให้เข้าไปเก็บข้อมูลเพื่อศึกษา ขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาครที่ร่วมพิจารณาเห็นชอบเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่มีส่วนในการให้คำแนะนำการทำงานวิจัยเรื่องนี้และขอบคุณนักศึกษาคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีส่วนร่วมในการคิดปัญหา คำถามการทำงานวิจัยเรื่องนี้

เอกสารอ้างอิง

- [1] สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564). 1St ed. กรุงเทพฯ: บริษัท อีโมชั่น อาร์ต จำกัด; 2560.
- [2] วิชาพร เขยสุวรรณ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. วารสารแพทย์ นาวี 2560; 44(3) : 183 – 97.
- [3] กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กและเยาวชน อายุ 7-14 ปี และกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป; 2561.
- [4] มารยาท โยทองยศ, ปราณี สวัสดิศรทรัพย์. การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อการวิจัย. ศูนย์บริการวิชาการ สถาบันส่งเสริมการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม; 2557.
- [5] อัมพล จวบศรี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอรัษฎา จังหวัดตรัง: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง; 2559.
- [6] ชีราวุธ บุญณวิช, ศิระประพท์ ทองเทพ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ในนักเรียนอายุ 10-14 ปี อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา 2556; 5(1): 26 – 36.
- [7] ปรียาพร สีจันทร์, ศรีสุดา เจริญดี, ณรงค์ ใจเที่ยง, และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการของวัยรุ่นในจังหวัดพะเยา. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข 2562; 5(1): 31 – 40.
- [8] ธราพรศรี ศรีบุญญารักษ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 10 อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร [วิทยานิพนธ์ ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2562.

บทความวิจัยต้นฉบับ :
ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกวิธีการคลอดของสตรี:
การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ
**Factors Associated with Choosing mode of Delivery in Pregnant Women:
A Systematic Review scoping review**

จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล* และบุญมี ภูค่านัง**

Jaruwan Kownaklai* and Boonmee Phoodaangau**

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม***

Faculty of Nursing, Mahasarakham University***

เบอร์โทรศัพท์ 0 – 4375 – 4357; E-mail: jaruwan.o@msu.ac.th*

วันที่รับ 27 เม.ย. 2564; วันที่แก้ไข 2 มิ.ย. 2564; วันที่ตอบรับ 14 ก.ค. 2564

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกวิธีการคลอดของสตรีตั้งครรภ์ไม่ว่าจะเป็นการคลอดทางช่องคลอดหรือการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จาก 756 งานวิจัยคัดเหลือ 30 งานที่เข้าเกณฑ์ ผลการวิจัยพบ เหตุผลและปัจจัยที่ทำให้สตรีตัดสินใจผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ได้แก่ สตรีที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ความกลัวความเจ็บปวดในการคลอดทางช่องคลอด เลือกลความปลอดภัยของทารกเป็นอันดับแรก สตรีที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ความเชื่อส่วนบุคคลและการเข้าใจผิดเกี่ยวกับการผ่าตัด คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ และข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ส่วนสตรีที่เลือกการคลอดทางช่องคลอดมองว่าเป็นปกติไปปกติและตามธรรมชาติ เป็นการแสดงถึงพลังและความสามารถของสตรี และมีประสบการณ์และทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการคลอด

คำสำคัญ: วิธีการคลอด; การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง; การคลอดทางช่องคลอด

Abstract

The objective of this systematic review is to gather factors associated with choosing mode of delivery in pregnant women, whether vaginal delivery or cesarean section. The eligible studies of 30 from 756 studies are included to full review and evaluation. Finding is revealed that the reasons and factors that make women decide to have cesarean section are: women in advanced age, fear of pain vaginal delivery, prioritize of baby's safety, advanced age, personal beliefs and misconceptions to pros. and cons. of C-section, health care provider's advice and medical indication. Women choosing vaginal delivery method consider as "normal and natural", "It is the symbol of woman's power and ability" and having positive experiences and good attitude to vaginal delivery.

Key words: Mode of delivery; Cesarean section delivery; Vaginal delivery

บทนำ

อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทั่วโลกและประเทศไทยสูงกว่าที่องค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนด คือไม่ควรเกิน 15% ของสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอด ถ้าอัตราสูงกว่านี้ถือว่าเป็นการผ่าตัดที่ไม่จำเป็น^[1-2] ปัจจุบันประเทศไทยมีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 35-40% หรือ 1 ใน 3 ของสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่าเกณฑ์กำหนดมากและสูงเป็นอันดับ 2 ของเอเชียรองจากประเทศจีน^[1]

การเลือกวิธีการคลอด คือการเลือกระหว่างการคลอดแบบธรรมชาติทางช่องคลอด (vaginal birth; VB, vaginal delivery; VD) หรือการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (cesarean section delivery; c-section or CD)^[3] การคลอดทางช่องคลอดเป็นวิธีการคลอดแบบธรรมชาติ ซึ่งประมาณ 10% ของการตั้งครรภ์และการคลอดปกติอาจมีภาวะแทรกซ้อนร่วม ซึ่งแนะนำให้ได้รับการผ่าตัดคลอดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทูพลภาพ อัตราการตายและอันตรายต่อมารดาและทารก ซึ่งเราเรียกว่าเป็นการผ่าตัดที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์^[4-5]

เป็นที่ยอมรับกันว่าการผ่าตัดจะสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อชีวิตของมารดาและทารกได้ในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์และเป็นวิธีที่ดีที่สุดเมื่อมีการคลอดติดขัด^[6] แต่ C-section ยังมีข้อเสีย เช่นสตรีจะอยู่พักฟื้นที่โรงพยาบาลนานกว่าสตรีที่คลอดทางช่องคลอด โดยเฉลี่ยประมาณ 2 – 4 วัน นอกจากนี้ การผ่าตัดคลอดยังเพิ่มความเสี่ยงและความไม่สบายทางร่างกายหลังคลอดอีกด้วย เช่น ปวดแผลและมดลูก การติดเชื้อที่แผล การมีแผลเป็น และแผลหายช้า^[7] นอกจากนี้ข้อเสียของการทำ C-section คือมีค่าใช้จ่ายสูงกว่า

การคลอดปกติถึง 3 เท่า^[2] ยิ่งไปกว่านั้นในปัจจุบันยังพบว่าการผ่าตัดคลอดที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์อย่างเพียงพอ หรือที่เรียกว่า “elective c-section หรือ Unnecessary c-section” ซึ่งเป็นการผ่าตัดตามความสะดวกของแพทย์หรือตามความต้องการของสตรีตั้งครรภ์ มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นโดยไม่จำเป็น^[4] ทำให้ความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนและค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นเพิ่มขึ้นตามมา

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบนี้ไม่ได้เปรียบเทียบว่าการคลอดทั้งสองวิธีนี้ข้อใดดีกว่ากันเพราะแต่ละวิธีมีข้อบ่งชี้และข้อดีข้อเสียแตกต่างกันและสถิติมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศและบริบท แต่การทบทวนนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะหาปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกวิธีการคลอดของสตรีของแต่ละวิธีในช่วงเวลา 12 ปีที่ผ่านมา (ค.ศ 2008 – 2020) เพื่อช่วยให้พยาบาลผดุงครรภ์หรือเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมและให้ข้อมูลที่เพียงพอและสมดุลโดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ในการเลือกวิธีการคลอดที่เหมาะสมสำหรับสตรีและครอบครัวเป็นรายกรณีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกวิธีการคลอดของสตรีจากงานวิจัยในระดับนานาชาติที่มีในฐานข้อมูลออนไลน์ในช่วง 12 ปีที่ผ่านมา (ค.ศ. 2008 - 2020).

ขอบเขตการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดยศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อ

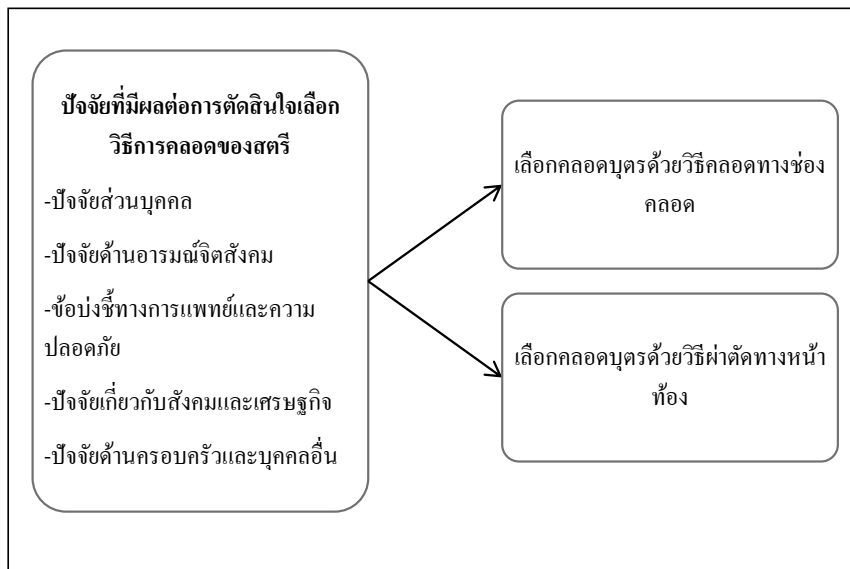
บทความวิจัยต้นฉบับ

การเลือกวิธีการคลอดของสตรีจากงานวิจัยในระดับนานาชาติที่มีในฐานข้อมูลออนไลน์ในช่วง 12 ปีที่ผ่านมา (ค.ศ. 2008 – 2020) จาก 4 ฐานข้อมูลระดับนานาชาติ ได้แก่ MEDLINE/PubMed, The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), ScienceDirect

และ PsycINFO โดยใช้กระบวนการของ PRISMA Review method โดยใช้เกณฑ์คัดเข้าตาม PICO (ดูในตาราง 1) เพื่อกำหนดขอบเขตของงานที่จะทบทวน ใช้ระยะเวลาการทบทวนตั้งแต่คัดเลือกงานวิจัยจนถึงการวิเคราะห์และสังเคราะห์รวม 6 เดือน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (a systematic review) โดยใช้วิธีการของ PRISMA^[8] review method โดยมีการหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องตามความสัมพันธ์ดังนี้



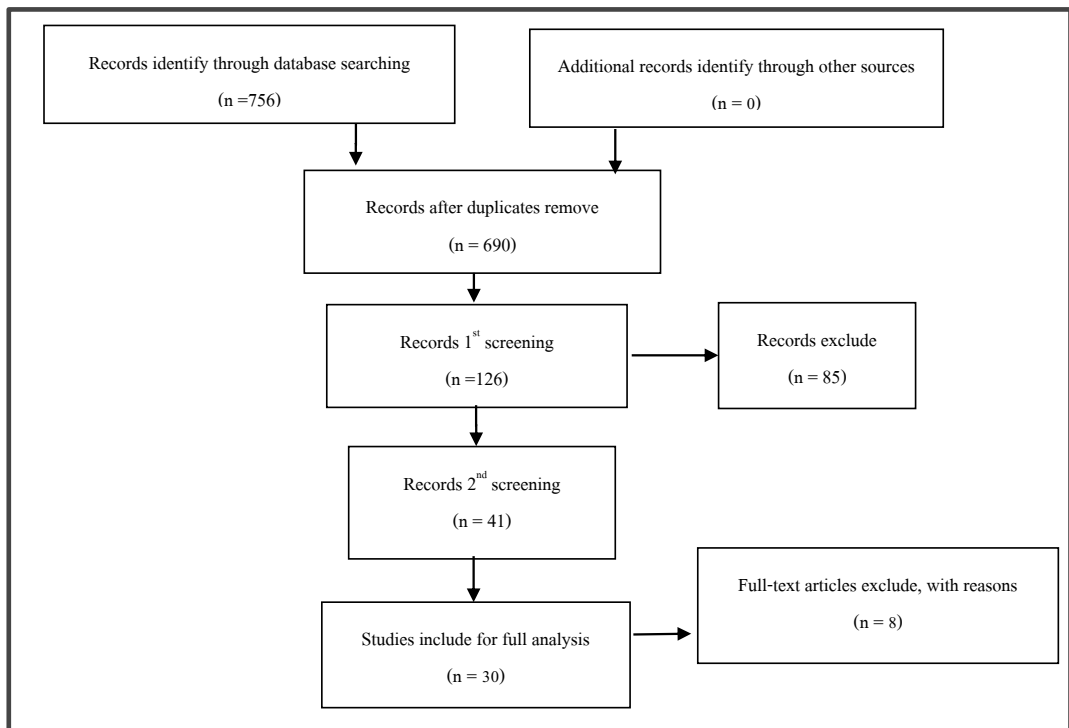
ภาพ 1 กรอบแนวคิดและความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (a systematic review)^[8] ชนิด Scoping review โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยในการค้นอย่างเป็นระบบ เริ่มจากคำสำคัญ (key word) ที่ใช้คือ “preference mode of delivery in pregnant women” ค้นหางานวิจัยใน 4 ฐานข้อมูลระดับนานาชาติ

ได้แก่ MEDLINE/PubMed, The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), ScienceDirect และ PsycINFO โดยกำหนด Review question คือ “what are the reasons of preference mode of delivery by pregnant women? มีขั้นตอนและวิธีการในดำเนินการตามตาราง 1 และรายละเอียดดังนี้



ภาพ 2 กระบวนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบตามขั้นตอนของ PRISMA 2009

วิธีการ

ผู้วิจัยมีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 คำถามการสืบค้นและการสืบค้น (review question and identification)

ผู้วิจัยใช้คำถามการสืบค้นเป็นภาษาอังกฤษเนื่องจากการทบทวนนี้ค้นหางานวิจัยในฐานข้อมูลระดับนานาชาติที่สัมพันธ์กับหัวข้อและวัตถุประสงค์การวิจัย คือ “what are the reasons of preference mode of delivery by pregnant women?” หลังจากนั้นใช้คำสำคัญ (key words) ทำการสืบค้น โดยกำหนดคำสำคัญ คือ “preference mode of delivery in pregnant women” ใช้ในการพิมพ์เพื่อสืบค้นในฐานข้อมูล 4 ฐาน ได้แก่ MEDLINE/ PubMed, CINAHL (The Cumulative Index to

Nursing and Allied Health Literature), Science Direct และ PsycINFO. โดยขั้นนี้ได้งานวิจัยทั้งหมด 756 งาน

ขั้นที่ 2 การคัดรอบที่ 1 (rst screening)

ในขั้นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อลดจำนวนของงานวิจัยที่ถูกค้นพบในฐานข้อมูลที่มีจำนวนมากให้ลดลง โดยใช้เกณฑ์ (criteria) การคัดเลือกดังต่อไปนี้ (1) มีชื่อเรื่องเกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์การศึกษา มีบทคัดย่อและงานวิจัยฉบับเต็มเป็นภาษาอังกฤษและสามารถเข้าถึงออนไลน์ได้ (2) ตีพิมพ์เผยแพร่อยู่ในระยะ 12 ปี (ค.ศ. 2008-2020) และ (3) อยู่ในวารสารที่มี peer-reviewed publication

ขั้นที่ 3 การคัดรอบที่ 2 (second screening)

การคัดรอบที่ 2 นี้ใช้เกณฑ์คัดเลือกงานวิจัยที่เจาะจงมากขึ้นโดยการใช้เกณฑ์คัดเข้า

(inclusion criteria) และเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) มีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะคัดงานวิจัยที่มีคุณสมบัติสำหรับการวิเคราะห์ ผลของขั้นนี้จากรอบที่ 1 จำนวน 756 ได้คัดเลือกงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์เหลือจำนวน 41 ฉบับ โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกตามรายละเอียดข้างล่างนี้

ตาราง 1 แสดงเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

inclusion criteria	คำอธิบาย
Participants	Pregnant women, family members, health care providers
Interventions	None
Comparisons	Vaginal delivery vs C-section
Outcomes	Preference mode of delivery, delivery methods, reasons or factors associated with mode of delivery
Study designs	Non-RCTs (NRC); Qualitative research, Quantitative research, A cross-sectional study, A systematic review and literature review.

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ของ PICO(s) (Participants, Interventions, Comparisons, Outcomes, Study designs) เพื่อคัดเข้างานวิจัยที่ค้นพบตามรายละเอียดที่แสดงในตาราง 1

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria)

ผู้วิจัยคัดงานวิจัยที่ไม่เข้าเกณฑ์คุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ในการคัดออก

1. กลุ่มตัวอย่างและการออกแบบการวิจัยไม่เข้าเกณฑ์การคัดเข้า

2. ผลการวิจัยไปตอบวัตถุประสงค์การทบทวนวรรณกรรมหรือไม่เกี่ยวข้องกับการเหตุผลหรือปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกวิธีการคลอดของสตรีผลของขั้นตอนนี้ได้งานวิจัยที่มีคุณสมบัติจะได้รับการประเมินฉบับเต็มจำนวน 30 ฉบับ

ขั้นที่ 4 การวิเคราะห์งานวิจัยฉบับเต็มและการประเมินคุณภาพผลงานวิจัย (full text analysis and evaluation)

ผลงานวิจัยที่คัดเลือกมาวิเคราะห์และประเมินผลฉบับเต็มขั้นสุดท้ายมีจำนวน 30 ฉบับ

ผู้วิจัยใช้กรอบการประเมินผลงานวิจัย (critical appraisal frameworks) ดังต่อไปนี้ (1) mixed-method research ใช้แบบประเมินของ Critical Appraisal Skills Programme^[9] checklists. (2) quantitative research ใช้แบบประเมินของ Downs and Black checklists^[10] สำหรับ non-randomized studies (3) systematic review ใช้แบบประเมินของ PRISMA^[8] checklists.

ผลการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์งานวิจัยฉบับเต็มจำนวน 30 งานพบเหตุผลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกและความพึงพอใจต่อวิธีการคลอดทางช่องคลอดและผ่าตัดทางหน้าท้อง ดังสรุปในตาราง 2

ตาราง 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกวิธีคลอดของสตรีจากงานวิจัยที่พบทวน

No.	Key findings of reasons or factors were found	Key findings of reasons or factors were found for	Studies (Authors)
		women choosing vaginal delivery	
1	ความกลัว (fear)	-มีความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะคลอดทางช่องคลอด	(ChoobMasjedi, Hasani, Khorsandi, & Ghoobadzadeh ^[11] ;
	1.1 กลัวเจ็บ		Darsareh, Aghamolaei, Rajaei, & Madani ^[12] ; Gholami
	1.2 กลัวขั้นตอนการคลอดปกติทางช่องคลอด	-เป็นขั้นตอน “ปกติ (normal)” และ “ธรรมชาติ (nature)”	& Salarilak ^[13] ; Haines, Rubertsson, Pallant, &
	1.3 กลัวการมีกษณะของฝีเย็บ	-เป็น “สัญลักษณ์ของพลังและความสามารถของผู้หญิง (symbol of woman’s power and ability)”	Hildingsson ^[14] ; Ilhan et al. ^[15] ; Latifnejad Roudsari,
		-มีทัศนคติที่ดี ใ้ใจการคลอดและไม่กลัวการคลอด	Zakerihamidi, & Merghati Khoei ^[16] ; Liang et al. ^[17] ;
			Loke, Davies, & Li ^[18] ; Mazzoni et al. ^[19] ; Rahnama,
			Mohammadi, & Montazeri ^[20] ; Shi et al. ^[21] ; Wang et
			al. ^[22] ; Wu et al. ^[23] ; Zamami-Alavijeh et al. ^[24]
2	ความปลอดภัย (safety)	-ข้อดีของการคลอดทางช่องคลอด	(Darsareh et al. ^[12] ; Ezeome, Ezugworie, & Udealor ^[24] ;
	-ความปลอดภัยของการทารก	-ฟื้นตัวเร็วกว่า	Haines et al. ^[14] ; Hua & El Oualja ^[25] ; Liang et al. ^[17] ;
	-ความปลอดภัยของตนเอง (สตรีตั้งครรภ์)	-ห้ามมบุตร ได้ทันที	Long et al. ^[26] ; Mazzoni et al. ^[19] ; Wu et al. ^[23]
		-สร้างความผูกพันกับทารกได้เร็วและดีกว่า	
		-ประหยัดค่าใช้จ่าย	
3	ปัจจัยส่วนบุคคล (socio-Demographic factor)	-สตรีอายุน้อยกว่า 30 ปี	(Gholami & Salarilak ^[13] ; Hua & El Oualja ^[25] ; Kosan,
	3.1 อายุของสตรี (age) มากกว่า 35 ปี	-ต้องการมีบุตร ≥ 3 คน	Kavuncuoglu, Calhkoglu, & Aras ^[27] ; Loke et al. ^[18] ;
	3.2 อายุครรภ์ (gestational age)		Wang et al. ^[22] ; Wu et al. ^[23] ; Zhang, Wu, Norris, Guo, &
			Hu ^[28] ; Attanasio, Kozhimannil, & Kjerulf ^[29]

ตาราง 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกวิธีคลอดของสตรีจากงานวิจัยที่พบทาน (ต่อ)

No.	Key findings of reasons or factors were found for women choosing C-section delivery	Key findings of reasons or factors were found for women choosing vaginal delivery	Studies (Authors)
3.3	ความดีใจของการคลอดวิธี (preference of family members)		
4	ความสะดวกสบายและถูกยืม (convenience and auspicious date)		(Loke et al. ^[18] ; Loke, Davies, & Mak ^[30] ; Wu et al. ^[23])
5	ความเชื่อส่วนบุคคลและเข้าใจผิดเกี่ยวกับประโยชน์ของการผ่าตัดคลอด (personal belief and false impression of the benefits of C-section) -การผ่าตัดคลอดช่วยให้การคลอดเสร็จเร็วขึ้น -พื้นที่ได้รู้ว่าการคลอดทางช่องคลอด -อัตราการตายของเด็กที่คลอดทางช่องคลอดสูงกว่าผ่าตัด		(Liang et al. ^[17] ; Wu et al. ^[23] ; Zamani-Alavijeh et al.) ^[2]
	-เด็กที่คลอดด้วยการผ่าตัดมีสุขภาพดีกว่าเด็กที่คลอดทางช่องคลอด -เด็กที่คลอดด้วยการผ่าตัดมากกว่าเด็กที่คลอดทางช่องคลอด		

ตาราง 2 บัญชีที่มีผลต่อการเลือกวิธีคลอดของสตรีจากงานวิจัยที่พบทวน (ต่อ)

No.	Key findings of reasons or factors were found for women choosing C-section delivery	Key findings of reasons or factors were found for women choosing vaginal delivery	Studies (Authors)
6	คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล (health care provider's advices) -เป็นส่วนสำคัญต่อการตัดสินใจ (play the main role of decision making)	(Amyx et al. ^[31] ; Biraboneye S et al. ^[32] ; Gholami & Salarilak ^[13] ; Ji, Jiang, Yang, Qian, & Tang ^[33] ; Loke et al. ^[30] ; Nosratabadi, Hekmat, Dencker, & Abbaspoor ^[34] ; Sedigh Mobarakabadi, Mirzaei Najmabadi, & Ghazi Tabatabaie ^[35])	
7	ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ในการผ่าตัด (medical indication) -ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์อย่างเพียงพอและเป็นความต้องกรของสตรี (elective c-section) -ทารกมีน้ำหนัก $\geq 4,000$ กรัม -ครรภ์ก่อนได้รับการผ่าตัด (previous C-section)	(Attanasio, Kozhimannil, & Kjerulf ^[29] ; Wu et al. ^[23])	

1. สตรีที่เลือกคลอดด้วยวิธีการผ่าตัดทางหน้าท้อง (preference for caesarean delivery)

การทบทวนวรรณกรรมพบว่า อัตราการผ่าตัดทางหน้าท้อง (C-section rate) ในสตรีทั่วโลกอยู่ระหว่าง 8-44%^[12-13, 17-19, 21-22, 33] พบเหตุผลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกการคลอดด้วยการผ่าตัดของสตรีดังต่อไปนี้

1.1 ความกลัว (fear) ความกลัวต่อการคลอดเป็นความรู้สึกที่เกิดได้กับสตรีตลอดการตั้งครรภ์ จากการวิจัย ความกลัวแยกออกเป็นความรู้สึกกลัวต่อสิ่งกระตุ้นหรือสถานการณ์หลากหลายรูปแบบ เช่น รู้สึกกลัวว่าจะคลอดไม่ได้ กลัวที่ต้องรับรู้และเห็นสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมในห้องคลอดตลอดเวลา สตรีบางคนกลัวเลือด กลัวความเจ็บปวด กลัวไม่ปลอดภัย กลัวเผชิญความเจ็บปวดไม่ไหว การศึกษาของ Haines et al.^[14] พบว่า ความกลัวเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้สตรีมีประสบการณ์เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดที่ไม่ดีเท่าที่ควร หรือถือเป็นประสบการณ์ด้านลบมากที่สุดของประสบการณ์คลอด และยังเป็นสาเหตุที่ทำให้สตรีหลายคนเปลี่ยนใจไปผ่าตัดแบบ “elective c-section แทน” จากผลการทบทวนวรรณกรรม ผู้ศึกษาได้แบ่งหมวดหมู่ความกลัวที่พบดังต่อไปนี้

1.1.1 “กลัวเจ็บ” (Fear of pain) เป็นความกลัวที่เกิดขึ้นบ่อยและมีจำนวนงานวิจัยสนับสนุนมากที่สุด ผลการวิจัยส่วนใหญ่พบว่า ความเจ็บปวด เป็นเหตุผลแรกที่สตรีอยากหลีกเลี่ยงที่จะเผชิญหน้าในการคลอดทางช่องคลอด และอยากเลือกวิธีการคลอดโดยการผ่าตัดทางหน้าท้องแทน^[18]

Ilhan et al.^[15] รายงานว่า 10% ของสตรี

ตั้งครรถ์ตัดสินใจผ่าตัดคลอดก่อนที่จะคลอดทางช่องคลอดเพราะกลัวความเจ็บปวด และความกลัวนี้ เป็นเหตุผลหลักที่มีอิทธิพลต่อการเลือกวิธีการคลอดแบบอื่นแทน

Haines et al.^[14] พบว่า ความกลัวการคลอด ความเจ็บปวดและความกลัวการสูญเสียการควบคุมตนเองในระยะคลอดเป็นประสบการณ์ด้านลบต่อจิตอารมณ์ของสตรีขณะคลอด ทำให้สตรีมีแนวโน้มที่จะเลือกการผ่าตัดคลอดแทนการคลอด

1.1.2 กลัวขั้นตอนการคลอดปกติทางช่องคลอด (fear of vaginal process delivery)

โดยสตรีมีการจินตนาการการคลอดไว้ล่วงหน้าว่า จะต้องเผชิญกับสิ่งเหล่านี้ในการคลอดเป็นระยะเวลายาวนาน ได้แก่ความเจ็บปวด กลัวเลือด กลัวคลอดไม่ได้^[2]

ChoobMasjedi et al.^[11] ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อวิธีการคลอดระหว่างการเลือกวิธีการผ่าตัดและทางช่องคลอดในสตรี 300 คน เปรียบเทียบกันระหว่างโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน กลุ่มละ 150 คน พบว่า สตรีที่รับบริการในสถานพยาบาลของเอกชนเลือกวิธีการผ่าตัดคลอดสูงกว่าสตรีที่เข้ารับบริการของรัฐอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เหตุผลได้แก่ กลัวเจ็บและกลัวการคลอดทางช่องคลอด และยังพบว่าสตรีทั้งในโรงพยาบาลรัฐและเอกชนสตรีมีความปวดไม่แตกต่างกัน

1.1.3 กลัวการฉีกขาดของฝีเย็บ (fear of perineum tearing/pelvic oor trauma)

มีสตรีจำนวนหนึ่งที่ไม่กล้าคลอดทางช่องคลอดเพราะกลัวการฉีกขาดของฝีเย็บในขณะที่ศีรษะเด็กกำลังเคลื่อนออกมา ซึ่งเป็นความรู้สึกกลัวว่าขั้นตอนนี้กำลังจะทำให้เกิดการฉีกขาดของฝีเย็บหรือหนทาง

คลอด มีการจินตนาการว่าตนเองจะได้รับเจ็บปวดมาก การจินตนาและความรู้สึกกลัวแผลฝีเย็บ นึกขาคนี้เกิดขึ้นกับสตรีที่กำลังตั้งครรภ์หรือยังไม่คลอด^[18,30]

การศึกษาของ Bihler et al.^[32] พบว่า เหตุผลหลักที่สตรีที่เป็นสูติแพทย์และผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินปัสสาวะเลือกที่จะผ่าตัด คือ การบาดเจ็บและนึกขาคของฝีเย็บและหนทางคลอด นอกจากนี้ยังมีสตรีจำนวนหนึ่งในงานวิจัยของ Latifnejad Roudsari et al.^[16] กลัวช่องคลอด หลวมจากการคลอดทางช่องคลอดอีกด้วย

1.2 ความปลอดภัย (safety) นอกจากความกลัวที่มีผลต่อการตัดสินใจผ่าตัดคลอดแล้ว การตระหนักถึงความปลอดภัยของตัวเองและทารก เป็นเหตุผลหนึ่งของการเลือกวิธีการคลอด เนื่องจากสตรีกลัวควบคุมตนเองไม่ได้จากความเจ็บปวดในการคลอด และรู้สึกไม่ปลอดภัยเมื่อต้องเผชิญกับความปวดที่ไม่สามารถกำหนดหรือคาดคะเนล่วงหน้าได้ จึงตัดสินใจผ่าตัดเพื่อหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้หรือเหตุการณ์ที่ไม่คาดเดาที่อาจทำให้ตนและทารกตกอยู่ในภาวะอันตรายได้^[14,26] ซึ่งสตรีรับรู้ว่าการผ่าตัดเป็นการช่วยเหลือทารกให้คลอดอย่างปลอดภัยได้ จึงเป็นเหตุผลแรกๆ ในการเลือก C-section^[16,18, 23-25, 29]

1.3 ปัจจัยส่วนบุคคล (socio-demographic factor)

1.3.1 อายุของสตรี (age) งานวิจัยหลายงานพบว่าสตรีที่มีอายุมาก (advanced age) มีแนวโน้มที่จะเลือกผ่าตัดคลอดตั้งแต่แรก การศึกษาของ Zhang et al.^[28] เกี่ยวกับปัจจัยทำนายการเลือกวิธีการคลอดของสตรีตั้งครรภ์ในกรุงปักกิ่ง

ประเทศจีน พบว่า สตรีตั้งครรภ์แรกที่อายุ 35 มีแนวโน้มเลือกการผ่าตัดคลอด สอดคล้องกับการศึกษาอื่นเกี่ยวกับตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการผ่าตัดคลอด คือสตรีอายุมากมีแนวโน้มเลือกการผ่าตัดเช่นกัน^[17,22,25,27]

1.3.2 อายุครรภ์ (gestational age) พบว่า สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เลือกผ่าตัดในไตรมาสที่ 3^[33] และในสตรีที่มีอายุครรภ์มากมีแนวโน้มที่จะผ่าตัดมากกว่าที่อายุครรภ์น้อย^[13,18,22-23,25,27-28]

1.3.3 ความต้องการของครอบครัว (preference of family members) พบว่า ความต้องการของคู่สมรสที่จะให้สตรีผ่าตัดมีผลต่อการตัดสินใจของสตรีและสตรีที่มีคู่มาดูแลมักขอความคิดเห็นของคู่ก่อนการตัดสินใจเลือกการผ่าตัด^[17,24]

1.4 ความสะดวกสบายและฤกษ์ยาม (convenience and auspicious date)

งานวิจัยจากประเทศจีนพบว่า การเลือกวันเกิดที่ตรงกับฤกษ์ยามดีของเด็กเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการเลือกคลอดด้วยการผ่าตัดของครอบครัวเชื้อสายจีน^[17] สตรีที่ผ่าตัดคลอดให้เหตุผลว่าวิธีนี้สามารถกำหนดวันคลอดล่วงหน้าได้ ทำให้ครอบครัวที่มีความเชื่อเรื่องวันฤกษ์ยามดี (auspicious date or lucky day for baby birth) เลือกวิธีผ่าตัด^[17-18,23] นอกจากนี้สตรียังมีความเชื่อว่าการผ่าตัดคลอดมีความสะดวกสบายต่อตนเองและครอบครัว^[18,23]

1.5 ความเชื่อส่วนบุคคลและเข้าใจผิดเกี่ยวกับประโยชน์ของการผ่าตัดคลอด (personal belief and false impression of the benefits of C-section)

ผลการศึกษาจากงานวิจัยหลายงานได้สะท้อนทัศนคติของสตรีตั้งครรภ์

และครอบครัวที่อาจยังมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับประโยชน์หรือข้อดีของการผ่าตัดคลอดว่ามีมากกว่าการคลอดทางช่องคลอด ได้แก่ การมีความเชื่อว่า การผ่าตัดคลอดช่วยให้การคลอดเสร็จเร็วขึ้น (take less time)^[18,23] หลังคลอดทำให้ฟื้นตัวได้เร็วกว่าการคลอดทางช่องคลอด (faster recovery than vaginal birth) อัตราการตายของเด็กที่คลอดทางช่องคลอดสูงกว่าผ่าตัด^[23] เด็กที่คลอดด้วยการผ่าตัดมีสุขภาพดีมากกว่าเด็กที่คลอดทางช่องคลอด^[17,21] และเชื่อว่าเด็กที่คลอดด้วยการผ่าตัดฉลาดมากกว่าเด็กที่คลอดทางช่องคลอด^[2,17,23]

1.6 คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล (health care provider's advices)

งานวิจัยส่วนใหญ่ชี้ชัดว่าสูติแพทย์และเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพมีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอด^[13,30-35]

Loke et al.^[20] ศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจในการผ่าตัดคลอดว่าเป็นการตัดสินใจของสตรีตั้งครรภ์หรือสูติแพทย์ พบว่า สตรีจะเลือกการคลอดที่คำนึงถึงความปลอดภัยของทารกเป็นอันดับแรกโดยเชื่อการแนะนำของแพทย์ที่ดูแลมารดาและทารก โดยมองว่าเป็นหน้าที่ที่ต้องเชื่อฟังสูติแพทย์ของตน

Biraboneye S et al.^[36] พบว่า การให้คำปรึกษาของแพทย์และความเชี่ยวชาญของแพทย์มีผลอย่างมีนัยสำคัญต่อการเลือกวิธีการคลอดของสตรีตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sedigh et al.^[35] ที่พบว่าสูติแพทย์มีอำนาจในการตัดสินใจและอิทธิพลสูงที่สุดในการเลือกวิธีการคลอดโดยการผ่าตัด และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับกระบวนการคลอดยังเป็นเรื่องที่สำคัญต่อ

การเปลี่ยนทัศนคติให้สตรีคลอดทางช่องคลอดมากขึ้น ดังเช่นการศึกษาของ Nosratabadi et al.^[34] ศึกษาการให้คำปรึกษาทั้งแบบเดี่ยวและแบบกลุ่มในสตรีตั้งครรภ์แรกสุขภาพดี 100 ราย พบว่าการให้คำปรึกษาทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่มต่อสตรีตั้งครรภ์ มีอิทธิพลต่อความรู้และทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างและ 92 % เปลี่ยนใจมาคลอดทางช่องคลอดหลังจากได้รับคำปรึกษา นั้นแสดงให้เห็นว่า การให้ความรู้ คำแนะนำที่ถูกต้องจากแพทย์ พยาบาล ผู้ดูแล สามารถทำให้สตรีเข้าใจและมีความพร้อมและพอใจที่จะเลือกการคลอดทางช่องคลอด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Amyx et al.^[31] พบว่าการมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับประโยชน์ของการผ่าตัดที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์มีมากกว่าการคลอดทางช่องคลอด

1.7 ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ในการผ่าตัด (medical indication)

งานวิจัยแสดงให้เห็นถึงการผ่าตัดคลอดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดและไม่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด (elective c-section)^[23,29] สตรีที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดได้แก่ ทารกมีน้ำหนัก 4,000 กรัม และในครรภ์ก่อนได้รับการผ่าตัด (previous C-section)^[29]

Kosan et al.^[27] และ Zhang et al.^[28] พบว่าสตรีที่ผ่านการคลอดมาแล้วด้วยการผ่าตัด (previous c-section) มีแนวโน้มที่จะได้รับการผ่าตัดคลอดซ้ำอีก สอดคล้องกับการศึกษาของ Attanasio et al.^[29] ซึ่งพบว่าเหตุผลที่สตรีเลือกที่จะผ่าตัดในครรภ์หลังเนื่องจากครรภ์แรกได้รับการผ่าตัดคลอด

สำหรับสตรีที่ได้รับการผ่าตัดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด (elective C-section) ส่วนใหญ่

พบว่ามาจากความต้องการของตัวสตรีเองที่ร้องขอให้ผ่าตัดคลอด^[23,29] โดยมีเหตุผลหลากหลายได้แก่ สตรีคิดว่าการผ่าตัดทำให้คลอดเร็วกว่าคลอดเอง เจ็บน้อยกว่าคลอดเอง กลัวการคลอดและคิดว่าตนเองและทารกจะปลอดภัยมากกว่าคลอดเอง และคิดว่าตนเองไม่สามารถทนต่อการเบ่งคลอดได้^[2,17-18,23]

2. สตรีที่เลือกการคลอดทางช่องคลอด (preference for vaginal delivery)

Wu et al.^[23] ศึกษาตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการเลือกการคลอดทางช่อง ในสตรี 156 จาก 210 คน พบว่า สตรีที่มีความมุ่งมั่นตั้งใจในระดับที่สูงที่จะคลอดเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Yee et al.^[37] ว่าสตรีที่มีความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะคลอดเองมักเลือกวิธีการคลอดเอง นอกจากนั้นยังมีตัวแปรอื่นที่เกี่ยวข้องได้แก่ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือข้อห้ามที่จะคลอดทางช่องคลอดร่วมด้วย

Bihler et al.^[32] พบว่าประมาณ 85% ของกลุ่มตัวอย่างต้องการที่จะคลอดเองเพราะมีประสบการณ์ที่ดีต่อการคลอดเองในครรภ์ที่ผ่านมา

Ilhan et al.^[15] รายงานว่า 90% ของสตรีอิหร่านที่ตั้งครรภ์พอใจที่จะคลอดเองทางช่องคลอด โดยสตรี 84% มีความพึงพอใจต่อการคลอดเองและจะวางแผนการคลอดโดยการคลอดธรรมชาติทางช่องคลอดอีกในครรภ์ต่อไป

Darsareh et al.^[12] และ Liu et al.^[38] พบว่า สตรีที่เลือกวิธีการคลอดทางช่องคลอด ขอมรับการคลอดเป็นกระบวนการ “ปกติ (normal)” และ “ธรรมชาติ (nature)” ของสตรี ในการวิจัยนี้สตรีสังเกตเห็น “ข้อดี” ของการคลอดทางช่องคลอดว่ามีประโยชน์ ได้แก่ ทำให้ฟื้นตัวเร็วหลังคลอดกว่า

การผ่าตัด สามารถให้นมบุตรได้ทันที มีเวลาและโอกาสได้สัมผัสและผูกพันกับบุตรเร็วกว่า ซึ่งมีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรมความเชื่อของสตรีและชุมชน

Latifnejad Roudsari et al.^[16] ศึกษาการคลอดในสตรีอิหร่าน พบว่า สตรีมีความเชื่อและต้องการคลอดแบบปกติทางช่องคลอดเพราะเชื่อว่าเป็น “สัญลักษณ์ของพลังและความสามารถของผู้หญิง (symbol of woman's power and ability)”

Haines et al.^[14] ชี้ว่าการที่สตรีมีทัศนคติที่ดี เข้าใจการคลอดและไม่กลัวการคลอด รวมถึงมีประสบการณ์ผ่านกระบวนการคลอดที่เป็นไปอย่างปกติ เป็นประสบการณ์ด้านบวกของสตรีที่เลือกที่จะคลอดเองทางช่องคลอด โดยมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการคลอด และอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเอง โดยสตรีที่เลือกคลอดเองส่วนใหญ่มักพบว่า มีทัศนคติที่ดีต่อการคลอดเองและต้องการให้เป็นไปตามกระบวนการธรรมชาติ คิดว่าตนเองสามารถควบคุมและกำหนดตนเองได้ และการได้อยู่ในสถานะแวดล้อมที่ปลอดภัย ที่กล่าวมาทั้งหมดมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจคลอดทางช่องคลอดของสตรี

Bihler et al.^[32] สอบถามการเลือกวิธีการคลอดในสตรีที่เป็นเจ้าหน้าที่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นสูตินรีเวชแพทย์เลือกชนิดการคลอดทางช่องคลอด ถึง 85% ของกลุ่มตัวอย่าง 432 คน และตัวแปรที่มีผลต่อการเลือกวิธีการคลอดมากที่สุดคือ ประสบการณ์ที่ได้รับในการคลอดที่ผ่านมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งประสบการณ์ที่ดีเกี่ยวกับการคลอดเองในครรภ์ที่แล้ว ทำให้ในครรภ์ต่อไปจะเลือกคลอดเองทางช่องคลอด

Attanasio et al.^[29] ศึกษาสตรีที่คลอด

ทางช่องคลอดหลังการผ่าตัดในครรภ์ที่แล้ว หรือ Vaginal birth after C-section (VBAC) พบว่า 45% ของสตรีมีวิสัย ต้องการคลอดเอง นอกจากนี้ยังพบว่า ตัวแปรอิสระที่ทำนายการกลับมาคลอดเองทาง ช่องคลอดหลังการผ่าตัดครรภ์ที่แล้ว ได้แก่ สตรีมีวิสัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดครรภ์ ที่แล้ว ต้องการมีบุตร 3 คนหรือมากกว่า และมี ปัญหาการฟื้นตัวช้าจากการผ่าตัด ส่วนเหตุผลที่ กลุ่มตัวอย่างต้องการคลอดเองมากที่สุดคือต้องการ มีประสบการณ์การคลอดทางช่องคลอด

Liu et al.^[38] ยังพบอีกว่า สตรีที่ตัดสินใจคลอดทางหน้าท้องมองความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น ขณะคลอดในแง่บวกว่าเป็นกลไกทางธรรมชาติ และสตรีที่ตัดสินใจผ่าตัดมีมุมมองว่าเป็น การตัดสินใจของแพทย์บนเหตุผลทางการแพทย์ มากกว่าของสตรี นอกจากนี้ยังพบว่า การคลอดทาง ช่องคลอดมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าการผ่าตัดถึง 3 เท่า^[15]

อภิปรายผล

จากการทบทวนวรรณกรรมจากทั่วโลก จะเห็นว่าสตรีเลือกวิธีการคลอดที่ต่างกันไป จากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว และปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ ประสบการณ์ที่ ไม่ดีต่อการคลอดที่ผ่านได้รับการบอกเล่าหรือ เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น เช่น ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือจากข่าวสาร รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์

หากเราพิจารณาเหตุผลและข้อบ่งชี้ ทางการแพทย์แล้วในการผ่าตัดคลอดแล้ว เราจะ เห็นว่าการผ่าตัดหน้าท้องยังเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่ช่วย ให้มารดาและทารกปลอดภัยในยามคับขันและ ในกรณีที่การคลอดทางช่องคลอดเป็นไปได้^[6]

ซึ่งอัตราการผ่าตัดโดยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เกิด ขึ้นได้แต่ไม่ใช่กับสตรีส่วนใหญ่หรือกับทุกคน เพราะการคลอดเป็นกลไกตามธรรมชาติแต่อาจ พบความผิดปกติของการคลอดได้ แต่ความคิด ปกติที่นำมาซึ่งการผ่าตัดไม่ควรสูงเกินตามที่ WHO กำหนด ซึ่งหากสูงเกินไปต้องมาพิจารณา ว่ามีอัตราการผ่าตัดคลอดที่ไม่มีข้อบ่งชี้หรือไม่ จำเป็น (unnecessary C/S) เกิดขึ้นหรือไม่ ซึ่งไม่ ควรมีเกิดขึ้น^[39]

เป็นที่น่าเสียดายที่สตรีเลือกการผ่าตัด โดยไม่มีข้อบ่งชี้หรือการผ่าตัดนั้นเกิดจากความ ต้องการของสตรีเองนั้น หลายงานวิจัยชี้ว่า การผ่าตัดที่ไม่จำเป็นเกิดทั้งประสบการณ์ การคลอดในอดีต ความเข้าใจผิดหรือทัศนคติที่ ผิดต่อการคลอด^[2,14-15,17,19,23] อันเป็นผลมาจากการ ได้รับข้อมูลจำเป็นไม่เพียงพอและเวลาในการ อธิบายของสูติแพทย์และผดุงครรภ์น้อยกว่าที่ ควรจะเป็น ทำให้สตรีเสียโอกาสในการพิจารณา เปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของการคลอด โดยเฉพาะ สตรีที่สามารถคลอดเองได้ทางช่องคลอดที่ควร ได้รับข้อมูลที่ดีและเพียงพอจากการคลอดด้วยวิธี การธรรมชาติ เช่น การได้สัมผัสและอยู่กับทารก เร็วหรือทันทีหลังคลอดไม่เกิน 30 นาที การให้ นมบุตรได้ทันที อันเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ สำคัญที่หาไม่ได้ในช่วงชีวิตอื่นของสตรีและทารก (golden period) รวมถึงการพักผ่อนที่ใช้เวลาน้อยกว่าการผ่าตัดและประหยัดค่าใช้จ่าย ทั้ง ของสตรีและครอบครัวรวมถึงงบประมาณของประเทศ ซึ่งความรู้และข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการคลอด นั้นถูกสนับสนุนเสมอว่าคำแนะนำจากแพทย์ และผดุงครรภ์มีความจำเป็นและสามารถเปลี่ยน ทัศนคติของสตรีได้^[35] รวมถึงช่วยให้แพทย์ที่ดูแล

สตรีตัดสินใจเพื่อหลีกเลี่ยงการผ่าตัดที่ไม่จำเป็น^[33] และลดการสูญเสียโอกาสที่ดีของสตรีหลังคลอด กับทารกลงได้ นอกจากนี้งานวิจัยยังยืนยันว่าการให้คำแนะนำเกี่ยวกับกระบวนการคลอดปกติ และการผ่าตัดคลอดเมื่อมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ยังเป็นเรื่องที่สำคัญต่อการเปลี่ยนทัศนคติให้สตรีคลอดทางช่องคลอดมากขึ้นและลดการผ่าตัดที่ไม่จำเป็นลงได้^[34-35]

ผู้วิจัยมีความเห็นว่า การคลอดแต่ละวิธีมีข้อดีข้อเสียที่แตกต่างกัน การคลอดด้วยวิธีการผ่าตัดทางหน้าท้องยังเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดสำหรับสตรีที่มีการติดขัดของการคลอดหรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่ไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ แต่ประเด็นที่ผู้วิจัยได้สะท้อนคือการเลือกการผ่าตัดโดยไม่มีเหตุผลทางการแพทย์เพียงพอทำให้สตรีสูญเสียประโยชน์ที่ดีจากการคลอดทางช่องคลอด ซึ่งถ้าสตรีได้รับการอธิบายข้อมูลที่เพียงพอและสมดุลอาจทำให้เป็นการส่งเสริมการคลอดด้วยวิธีธรรมชาติมากขึ้นและทำให้ลดอัตราการผ่าตัดโดยไม่จำเป็นลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น

ทัศนคติ ความรู้และความเข้าใจของสตรีที่ตั้งครรภ์ที่มาคลอดมีความแตกต่างกันกับสูติแพทย์และพยาบาล เช่น สตรีต้องการผ่าตัดเพราะคิดว่าสะดวกกว่า เจ็บน้อยกว่าหรือใช้เวลาน้อยกว่าการคลอดเอง ซึ่งในมุมมองทางการแพทย์ไม่ได้เป็นเช่นนั้น การผ่าตัดมีความเสี่ยงหลายประการ^[2,4-5] เช่น การสูดสำลักเศษอาหารเข้าหลอดลมขณะผ่าตัด เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ภาวะแทรกซ้อนจากยาชาหรือยาสลบ การเกิดลิ้นเลือดหรือฟองอากาศไปอุดตันปอด เจ็บแผลมากกว่า ใช้เวลาพักฟื้นนานกว่า และค่าใช้จ่ายสูงกว่า เป็นต้น^[16]

ซึ่งในทางปฏิบัติเรายังเห็นว่าแพทย์และพยาบาลยังมีเวลาให้คำแนะนำหรือมีเวลาคุยกับสตรีน้อย ทำให้ได้รับข้อมูลไม่เพียงพอที่จะใช้ในการตัดสินใจ รวมถึงความเข้าใจผิดเกี่ยวกับข้อดีของการผ่าตัด ความเชื่อและบริบทสังคม เช่น การถือฤกษ์งามยามดีในการคลอดของเด็กว่าจะเลี้ยงง่าย เป็นผู้มีความโชคดี และนำความโชคดีมาสู่ครอบครัว

แม้ว่าในฐานะเป็นบุคลากรทางการแพทย์จะทราบดีว่า อัตราการผ่าตัดคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ที่เพียงพอจะมีข้อเสียหลายประการอีกทั้งยังเป็นการสิ้นเปลือง แต่อัตราการผ่าตัดคลอดโดยไม่จำเป็นกลับสูงกว่าระดับที่ WHO กำหนด และในปัจจุบันถือเป็นเรื่องปกติที่สูติแพทย์มีอำนาจสูงในการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดให้สตรี ซึ่งถ้ามองอย่างเป็นกลางการผ่าตัดคลอดยังถือว่าเป็นผลดีต่อมารดาและทารกถ้าการผ่าตัดมีข้อบ่งชี้ แต่ในปัจจุบันจะเห็นว่า การผ่าตัดขึ้นอยู่กับความสะดวกของแพทย์และขอสตรีเป็นหลัก ซึ่งในฐานะทีมสุขภาพ การทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยนี้ทำให้เราทราบถึงปัจจัยที่เป็นอุปสรรคและปัจจัยที่จะส่งเสริมให้สตรีเลือกวิธีการการคลอดแต่ละแบบ รวมถึงทีมสุขภาพควรมีการส่งเสริมการคลอดทางช่องคลอดให้มากยิ่งขึ้นและลดการผ่าตัดที่ไม่จำเป็นลง ทำให้ความสะดวกรู้สึกนั้นให้มีความสมดุลกับความปลอดภัยและประโยชน์ของมารดาและทารกเป็นหลักในการตัดสินใจในการเตรียมตัวคลอดและเลือกวิธีคลอด และการตัดสินใจควรเป็นการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้รับบริการคือสตรีและครอบครัวและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการบนพื้นฐานข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอ

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 132/2562 แบบยกเว้น (exemption review) ลงวันที่ 2 กรกฎาคม 2562

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณรายได้ ปีงบประมาณ 2562 จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารอ้างอิง

- [1] Lumphikanon, P. Thai women's cesarean section is the second highest in Asia after China [Online]. (2018) . Cited 15 October 2020. Available from www.hfocus.org/content/2018/02/15385
- [2] Zamani-Alavijeh, F., Shahry, P., Kalhori, M., & Araban, M. Pregnant women's preferences for mode of delivery questionnaire: Psychometric properties. *J Educ Health Promot* 2017; 6 : 20.
- [3] Belizn, J. M., Althabe, F., & Cafferata, M. L. Health consequences of the increasing caesarean section rates. *Epidemiology* 2007; 18(4): 485 – 86.
- [4] Kushtagi, P., & Guruvare, S. Documenting indications for cesarean deliveries. *J Postgrad Med* 2008; 54(1): 52 – 53.
- [5] Mungrue, K., Nixon, C., David, Y., Dookwah, D., Durga, S., Greene,

- K., & Mohammed, H. Trinidadian women's knowledge, perceptions, and preferences regarding cesarean section: How do they make choices? *Int J Womens Health* 2010; 2: 387 – 91 .
- [6] สมศักดิ์ สุทธิศรีวรวิฑู. วิถีชีวิตใหม่ในการดูแลปริกำเนิด. *สมาคมเวชศาสตร์ปริกำเนิดแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ; 2563.*
- [7] Nierenberg, C. Vaginal Birth vs. C-Section: Pros & Cons. [Online]. (2018) . [Accessed 27 March 2020]. Retrieved from <https://www.livescience.com/45681-vaginal-birth-vs-c-section.html>.
- [8] PRISMA. PRISMA 2009 Flow Diagram. [Online]. (2018). [Cited 27 March 2020]. Available from <http://www.prisma-statement.org>
- [9] CASP. Qualitative Research Checklist. [Online]. (2013). [Cited 27 March 2020]. Available from www.casp-uk.net/casp-tools-checklists
- [10] Downs, S. H., & Black, N. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. *Journal Epidemiol Community Health* 1998; 52(6): 377 – 84.
- [11] ChoobMasjedi, S. G., Hasani, J., Khorsandi, M., & Ghobadzadeh, M. Cognitive factors related to childbirth and their effect on women's

- delivery preference: a comparison between a private and public hospital in Tehran. In; 2012.
- [12] Darsareh, F., Aghamolaei, T., Rajaei, M., & Madani, A. Exploring First-time Pregnant Women's Motivations for Planning Vaginal Delivery: A Qualitative Study. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2018; 23(6): 465 – 70.
- [13] Gholami, A., & Salarilak, S. Why do some pregnant women prefer cesarean delivery in first pregnancy? *Iran J Reprod Med* 2013; 11(4): 301 – 08.
- [14] Haines, H. M., Rubertsson, C., Pallant, J. F., & Hildingsson, I. The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012; 12: 55.
- [15] Ilhan, G., Verit Atmaca, F. F., Eken, M., Tavukuođlu, Z., zel, A., zdemir, M., & Gngr, E. S. What is Turkish women's opinion about vaginal delivery? *Turk J Obstet Gynecol* 2015; 12(2): 75 – 78.
- [16] Latifnejad Roudsari, R., Zakerihamidi, M., & Merghati Khoei, E. Socio-Cultural Beliefs, Values and Traditions Regarding Women's Preferred Mode of Birth in the North of Iran. *International journal of community based nursing and midwifery* 2015; 3(3): 165 – 76.
- [17] Liang, H., Fan, Y., Zhang, N., Chongsuvivatwong, V., Wang, Q., Gong, J., & Sriplung, H. Women's cesarean section preferences and influencing factors in relation to China's two-child policy: a cross-sectional study. *Patient Prefer Adherence* 2018; 12: 2093 – 101.
- [18] Loke, A. Y., Davies, L., & Li, S. F. Factors influencing the decision that women make on their mode of delivery: the Health Belief Model. *BMC Health Serv Res* 2015; 15: 274.
- [19] Mazzoni, A., Althabe, F., Gutierrez, L., Gibbons, L., Liu, N. H., Bonotti, A. M., ... Belizn, J. M. Women's preferences and mode of delivery in public and private hospitals: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016; 16: 34.
- [20] Rahnama, P., Mohammadi, K., & Montazeri, A. (2016). Salient beliefs towards vaginal delivery in pregnant women: A qualitative study from Iran. *Reproductive Health* 2016; 13(1): 7.
- [21] Shi, Y., Jiang, Y., Zeng, Q., Yuan, Y., Yin, H., Chang, C., & Pang, R. Influencing factors associated with the mode of birth among childbearing women in Hunan Province: a cross-sectional study in China. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2016; 16: 108 – 08 .
- [22] Wang, L., Xu, X., Baker, P., Tong, C.,

- Zhang, L., Qi, H., & Zhao, Y. Patterns and Associated Factors of Caesarean Delivery Intention among Expectant Mothers in China: Implications from the Implementation of China's New National Two-Child Policy. *International journal of environmental research and public health* 2016; 13(7): 686.
- [23] Wu, E., Kaimal, A. J., Houston, K., Yee, L. M., Nakagawa, S., & Kuppermann, M. Strength of preference for vaginal birth as a predictor of delivery mode among women who attempt a vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2014; 210(5): 441 – 46.
- [24] Ezeome, I. V., Ezugworie, J. O., & Udealor, P. C. Beliefs, perceptions, and views of pregnant women about cesarean section and reproductive decision-making in a specialist health facility in Enugu, Southeast Nigeria. *Niger J Clin Pract* 2018; 21(4): 423 – 28.
- [25] Hua, Z., & El Oualja, F. Indicators for mode of delivery in pregnant women with uteruses scarred by prior caesarean section: a retrospective study of 679 pregnant women. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2019; 19(1): 445.
- [26] Long, Q., Kingdon, C., Yang, F., Renecke, M. D., Jahanfar, S., Bohren, M. A., & Betran, A. P. Prevalence of and reasons for women's, family members', and health professionals' preferences for cesarean section in China: A mixed-methods systematic review. *PLoS Med* 2018; 15(10): e1002672.
- [27] Kosan, Z., Kavuncuoglu, D., Calkoglu, E. O., & Aras, A. Delivery preferences of pregnant women: Do not underestimate the effect of friends and relatives. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction* 2019; 48(6) : 395 – 400.
- [28] Zhang, H., Wu, J., Norris, J., Guo, L., & Hu, Y. Predictors of preference for caesarean delivery among pregnant women in Beijing. *J Int Med Res* 2017; 45(2): 798 – 807.
- [29] Attanasio, L. B., Kozhimannil, K. B., & Kjerulff, K. H. Women's preference for vaginal birth after a first delivery by cesarean. *Birth (Berkeley, Calif.)* 2019; 46(1): 51 – 60.
- [30] Loke, A. Y., Davies, L., & Mak, Y. W. Is it the decision of women to choose a cesarean section as the mode of birth? A review of literature on the views of stakeholders. *BMC Pregnancy Childbirth* 2019; 19(1): 286.
- [31] Amyx, M., Gibbons, L., Xiong, X., Mazzoni, A., Althabe, F., Buekens, P., & Belizn, J. M. Sources of influence on pregnant women's preferred

- mode of delivery in Buenos Aires, Argentina. *Birth* (Berkeley, Calif.) 2018; 45(1): 71-8
- [32] Bihler, J., Tunn, R., Reisenauer, C., Pauluschke-Frhlich, J., Wagner, P., Abele, H., . . . Hbner, M. Personal Preference of Mode of Delivery. What do Urogynaecologists choose? Preliminary Results of the DECISION Study. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2017; 77(11): 1182 – 88 .
- [33] Ji, H., Jiang, H., Yang, L., Qian, X., & Tang, S. Factors contributing to the rapid rise of caesarean section: a prospective study of primiparous Chinese women in Shanghai. *BMJ Open* 2015; 5(11): e008994.
- [34] Nosratabadi, M., Hekmat, K., Dencker, A., & Abbaspoor, Z. Individual and Group Psycho-Educational Counseling on Knowledge, Attitude and Preference for Birth Method in Nulliparous Women: A Randomized Controlled Trial. *J Family Reprod Health* 2018; 12(2): 103 – 10.
- [35] Sedigh Mobarakabadi, S., Mirzaei Najmabadi, K., & Ghazi Tabatabaie, M. Ambivalence towards childbirth in a medicalized context: a qualitative inquiry among Iranian mothers. *Iranian Red Crescent medical journal* 2015; 17(3): e24262-e24262.
- [36] Biraboneye S, P., Ogotu, O., van Roosmalen, J., Wanjala, S., Lubano, K., & Kinuthia, J. Trial of labour or elective repeat caesarean delivery :are women making an informed decision at Kenyatta national hospital? *BMC Pregnancy and Childbirth* 2017; 17(1): 260.
- [37] Yee, L. M., Kaimal, A. J., Houston, K. A., Wu, E., Thiet, M. P., Nakagawa, S., . . . Kuppermann, M. Mode of delivery preferences in a diverse population of pregnant women. *Am J Obstet Gynecol* 2015; 212(3): 377. 371 – 24.
- [38] Liu, N. H., Mazzoni, A., Zamberlin, N., Colomar, M., Chang, O. H., Arnaud, L., . . . Belizn, J. M. Preferences for mode of delivery in nulliparous Argentinean women: a qualitative study. *Reprod Health* 2013; 10(1): 2.
- [39] The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) , Society of Maternal-Fetal Medicine. Safe Prevention of Primary Cesarean Delivery. *Obstetric Care Concesus No.1.* *Obstet* 2014; 123: 693 – 71.

บทความวิจัยต้นฉบับ :
บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขไทย
The role of thai public health volunteers

สุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสีมา** สมตระกูล ราศิริ* และธิตีรัตน์ ราศิริ***

Somtakul Rasiri* Suchada Intarakumhang Na Rachasima** and Thitirat Rasiri***

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก****

Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok****

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์**

Boromarajonani College of Nursing Uttaradit**

เบอร์โทรศัพท์ 08-9644-0884; E-mail : somtakul@hotmail.com

วันที่รับ 27 เม.ย. 2564; วันที่แก้ไข 4 มิ.ย. 2564; วันที่ตอบรับ 3 ส.ค. 2564

บทคัดย่อ

บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขไทยครั้งนี้เป็นการวิจัยเอกสาร มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขไทย วิธีการทบทวนเอกสาร เป็นการเก็บข้อมูลโดยสืบค้นฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และการสืบค้นจากบทความวิจัย บทความวิชาการ รายงานการวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ ระหว่าง พ.ศ. 2550 – 2563 กำหนดเกณฑ์คัดเข้าเป็นเอกสารวิชาการ งานวิจัย และเอกสารที่เกี่ยวข้องและนำมาสังเคราะห์ผลการวิจัยได้จำนวน 84 บทความ

ผลการวิจัย จากการทบทวนบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขไทย ในบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขไทย พบว่า การแนะนำ เผยแพร่ ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ รวมทั้งการให้สุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การดูแล ตลอดจนการติดตามช่วยเหลือแก้ไขปัญหาสาธารณสุข การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค ซึ่งบางครั้งมีงานเฉพาะกิจที่เสริมบทบาทหน้าที่ที่ต้องบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ดังนั้น หน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข ควรนำผลการศึกษา ไปใช้ในการพัฒนาบทบาทของอาสาสมัครไทย รวมถึงสร้างแรงจูงใจในการทำงานให้สอดคล้องกับบริบทหน้าที่ที่เป็นจริงและเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันของประเทศไทย

คำสำคัญ: บทบาท ; อาสาสมัคร; สาธารณสุขไทย

Abstract

The role of thai public health volunteers was a documentary research aimed at synthesizing the role of thai public health volunteers, it is a collection of data by searching through electronic databases and searching from research articles academic article research report published between 2007-2020 ,inclusion criteria It is an academic, research and related document and extracted 84 articles and the research results which the research found that from the review of the research article academic article research report regarding the roles of

thai public health volunteers, it was found that the roles of Thai public health volunteers were mostly to disseminate basic knowledge about health. Including providing health education to change health behaviors, care, as well as helping to solve public health problems, surveillance, prevention and control of diseases. Sometimes there are special tasks that reinforce the roles and responsibilities that must be integrated with the relevant departments. Therefore, the ministry of public health should bring the study results to develop the role of volunteer apply for thailand in accordance with the actual context of duties and suitable for the current situation of thailand.

Keywords: Role; Volunteers; Thai Public Health

บทนำ

ประเทศไทย นับได้ว่ามีกรขยายตัวของสังคมเมืองเข้าสู่สังคมชนบทเพิ่มขึ้นสภาพปัญหาทางด้านสุขภาพรวมถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่กระทบกับสุขภาพเป็นไปอย่างซับซ้อนมากกว่าในอดีตที่ผ่านมา โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนไปรวมถึงการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตลอดจนปัญหาสุขภาพอันอาจเกิดจากสิ่งแวดล้อมและกระแสของการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีที่ทันสมัย รวดเร็ว ทำให้คุณภาพชีวิตและสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย ต้องเผชิญหน้ากับความเสื่อมถอยของสุขภาพกาย ใจ และสังคม การแก้ปัญหาจึงควรเน้นให้ประชาชนสามารถแสดงบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีบุคลากรที่มีบทบาทและเป็นกำลังหลักที่มีส่วนร่วมสำคัญและมีความใกล้ชิด

กับประชาชนมากที่สุด คือ อาสาสมัครสาธารณสุขไทย ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างพลังการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อมุ่งให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีและยั่งยืน

การส่งเสริมให้คนในชุมชนมีบทบาทในการแก้ปัญหาหรือลดอัตราการป่วย ตายหรือพิการในพื้นที่ของตนเอง จึงมีความสำคัญ ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขไทย ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอนามัย ได้แก่ การสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค ด้วย จำนวน อสม. ที่มีทั้งประเทศ ขณะนี้มีอาสาสมัครสาธารณสุขทั่วประเทศ จำนวน 1,084,108 คน โดยในปี พ.ศ. 2558 มีผู้สมัครเข้ามาเพื่อเป็น อสม. จำนวน 36,211 คนเพิ่มขึ้นในอัตรา 3.34% ในปี พ.ศ. 2559 นั้นเพิ่มขึ้นจำนวน 4,560 คนหรือเพิ่มขึ้นในอัตรา 0.42%^[1] ซึ่ง อสม. นับได้ว่าเป็นผู้ได้รับความไว้วางใจ จากสมาชิกในชุมชน ในการเป็นตัวแทนเข้ารับการพัฒนาศักยภาพความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง บุคคลในครอบครัว ชุมชน สังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งปี 2563 มีอาสาสมัครที่ได้รับการพัฒนาและขึ้นทะเบียนแล้ว จำนวน 1,040,000 คน พร้อมทั้งมีการปรับปรุงรูปแบบ วิธีการดำเนินงาน การดูแลสุขภาพให้มีความสอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทที่มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว^[2] หาก อสม. หนึ่งคนสามารถช่วยให้ประชาชนใน

บทความวิจัยต้นฉบับ

ครัวเรือนที่รับผิดชอบมีสุขภาพที่ดี จะมีคนจำนวนมากที่จะช่วยลดสภาวะการป่วยพิการและเสียชีวิตได้จำนวนมาก ซึ่งสถานการณ์ปัจจุบัน อสม. กำลังได้รับบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้น ตามนโยบายระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง โดยมีจุดมุ่งหมายให้คนไทยทุกคนรอบครัวมีหมอบประจำครอบครัว โดยหมอบครอบครัวหนึ่งในนั้น คือ อสม.^[3] รวมถึงสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อและไม่ติดต่อที่กำลังมีแนวโน้มสูงขึ้น อีกทั้งยังไม่ได้รวมถึงบทบาทการทำงานในกระทรวงอื่น ๆ ที่ต้องบูรณาการร่วมกัน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขไทยเพื่อที่จะได้ทราบว่า บทบาทของอาสาสมัครในบริบทอดีตที่ผ่านมา และปัจจุบันเป็นอย่างไรและควรเป็นอย่างไรผู้บริหารที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขสามารถนำผลการศึกษาไปประยุกต์

หรือพัฒนาในการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขที่เหมาะสมกับประเทศต่อไป

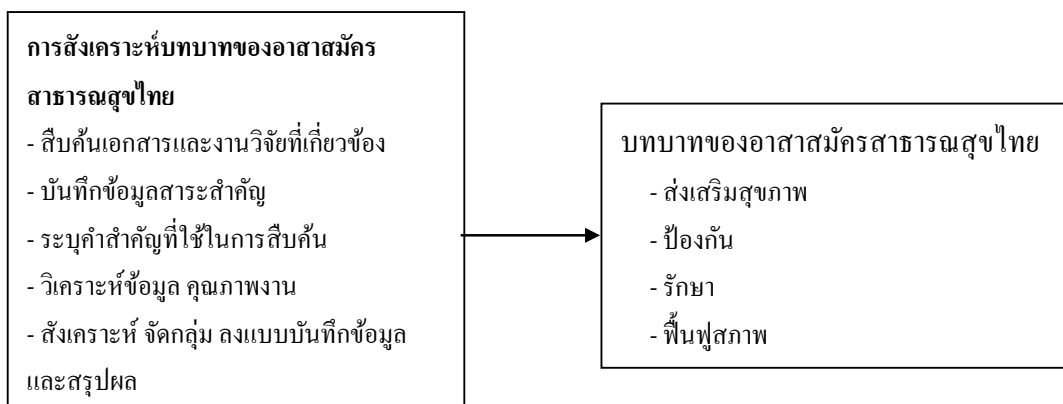
วัตถุประสงค์

เพื่อสังเคราะห์บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขไทย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเอกสาร (documentary research) ศึกษาเกี่ยวกับบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขไทยในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ เป็นการศึกษาย้อนหลังไป 5 – 13 ปี เป็นเอกสารบทความวิชาการ บทความวิจัย รายงานและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง วิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ ที่ตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์ เผยแพร่ในระหว่าง ปี พ.ศ. 2550 – พ.ศ. 2563

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

ขอบเขตเนื้อหา รูปแบบการวิจัยเอกสาร (documentary research) ครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขไทยในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ระยะเวลาศึกษาการศึกษา ย้อนหลังไป 5 – 13 ปี จากเอกสารบทความวิชาการ รายงานวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยวิธี Mogalakwe, M.^[4]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เอกสารบทความวิชาการ บทความวิจัย รายงานและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง วิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ ที่ตีพิมพ์และไม่ตีพิมพ์ เผยแพร่ในระหว่างปี พ.ศ. 2550– พ.ศ. 2563 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ (1) เอกสารบทความวิชาการ บทความวิจัย รายงานและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง วิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ ที่ตีพิมพ์และไม่ตีพิมพ์ ที่เกี่ยวข้องกับบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขไทย และมีคุณภาพได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารที่มีคุณภาพ

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ (1) บทความวิจัย วิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ที่มีแต่บทคัดย่อไม่สามารถเปิดเข้าถึงฉบับเต็มได้

ระยะเวลาศึกษา มีนาคม-ธันวาคม 2563

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

(1) แบบคัดกรองตามเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น (2) แบบฟอร์มบันทึกผลการสกัดข้อมูล ผู้วิจัยสร้างเป็นตารางบันทึกผลของงานวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. สืบค้นเอกสาร บทความวิชาการ รายงาน วิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. บันทึกข้อมูลสาระสำคัญของบทความวิชาการ รายงานวิจัยพร้อมกับบันทึกรายละเอียดของบทความวิชาการ งานวิจัยในแบบสำรวจข้อมูลเพื่อการสังเคราะห์บทความวิชาการ งานวิจัยจากนั้นทำการตรวจสอบความถูกต้องคุณภาพของข้อมูล และความสมบูรณ์ของข้อมูลที่บันทึกเพื่อที่จะได้ทราบว่าข้อมูลที่ได้มาเพียงพอหรือไม่ ข้อมูลนั้นวัตถุประสงค์ของงานวิจัยหรือไม่

3. ระบุนุ้ค่าสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ บทบาท อาสาสมัครสาธารณสุขไทย the role and thai public health volunteers

4. อ่านและคัดกรองบทคัดย่อ ตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก

5. วิเคราะห์ข้อมูล คุณภาพงานวิจัย บทความวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัย 3 คน แยกกันประเมินอย่างเป็นอิสระต่อกัน พิจารณา ระเบียบวิธีการวิจัย และความน่าเชื่อถือของผลงาน โดยบันทึกในแบบฟอร์มที่สร้างไว้ พร้อมกับการแลกเปลี่ยนผู้วิจัย 3 คน ร่วมกันอีกครั้งก่อนสังเคราะห์คุณภาพงานวิจัย บทความวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6. สังเคราะห์ข้อมูลผลการวิจัย บทความวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จัดกลุ่มข้อมูลลงแบบบันทึกข้อมูล เพื่อสรุปผลบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขไทย

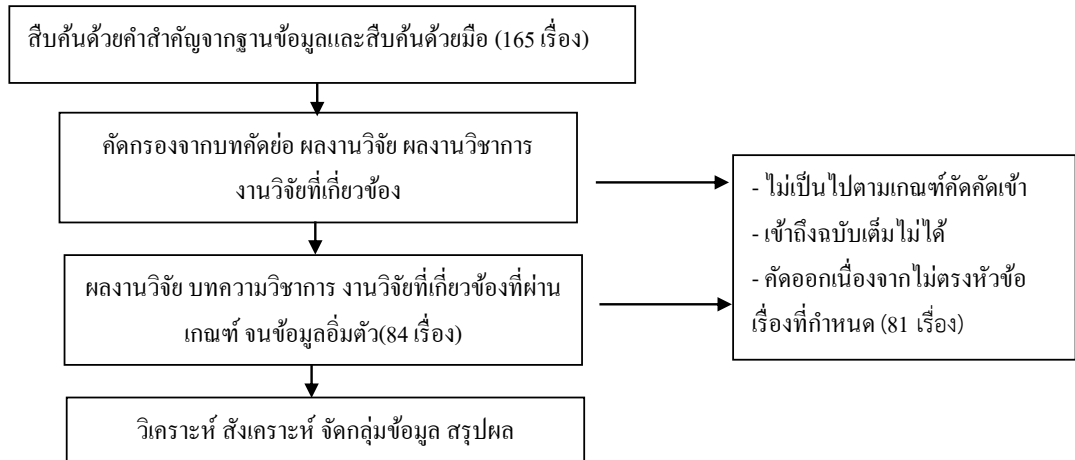
การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ สังเคราะห์โดยใช้เทคนิคการแจกแจงนับจำแนกข้อมูลตามกลุ่มและประเภทที่ศึกษาและวิเคราะห์จำนวนที่ค้นคว้าในแต่ละเรื่องโดยใช้ค่าสถิติความถี่และร้อยละ

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพสังเคราะห์ผลการวิจัยที่เป็นข้อค้นพบโดยใช้เทคนิคการแจกแจง

บทความวิจัยต้นฉบับ

และวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อสรุปขั้นตอนการคัดเลือก ในการทบทวนวรรณกรรม แสดงขั้นตอนการคัดเลือกงานวิจัย บทความวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เลือกงานวิจัย ดังภาพ 2



ภาพ 2 ขั้นตอนการคัดเลือกงานวิจัย

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้ขอจริยธรรมในมนุษย์ จาก วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เอกสารรับรองเลขที่ SCPHPL 1/2563-35 วันที่รับรอง 9 มกราคม 2563- 9 มกราคม 2565

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขไทย
จากการเก็บรวบรวมข้อมูลและสืบค้นจากงานเอกสาร บทความวิชาการ รายงานและงานวิจัย บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขไทย จัดแยกให้เป็นจำนวนเรื่อง เป็นประเภทเนื้อหาแสดงดังตาราง 1 – 4

ตาราง 1 แสดงการจัดแคตชื่อผู้แต่ง บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขไทย

ชื่อปีผู้แต่ง	บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขไทย									
	การรณรงค์/การ สร้างกระแส	ให้สูงศึกษา	แนะนำ/เผยแพร่/การให้ ความรู้/ถ่ายทอดความรู้	การเยี่ยมบ้าน	การดำเนินงาน เป็นทีม	การสร้าง เครือข่าย	การ วางแผน	การสำรวจค้นหา ปัญหา/วิเคราะห์ สาเหตุสุขภาพชุมชน		
ศิริญาและสมเดช ⁽⁵⁾							/	/		
ปรางค์ จักไชย ⁽⁶⁾	/	/	/					/		/
ดวงพร ⁽⁷⁾			/							
พิรพล ⁽⁸⁾	/	/	/				/			
สิทธิพร ⁽⁹⁾					/	/				
นาวรศ ⁽¹⁰⁾					/	/				
จงลักษณ์ ⁽¹¹⁾			/							
สุดปรีชา ⁽¹²⁾			/							
อริชนันท์ ⁽¹³⁾					/	/				
ประภาส ⁽¹⁴⁾		/					/			
สมยศ ⁽¹⁵⁾		/	/							
ปารมณี ⁽¹⁶⁾	/		/							/
ยุพิน ⁽¹⁷⁾	/									

ตาราง 1 แสดงการจัดแยก ชื่อผู้แต่ง บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขไทย (ต่อ)

ชื่อ ปี ผู้แต่ง	บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขไทย(ต่อ)							
	การรณรงค์/การ สร้างกระแส	ให้สุข ศึกษา	แนะนำ/เผยแพร่/การให้ ความรู้/ถ่ายทอดความรู้	การเยี่ยมบ้าน	การทำงาน เป็นทีม	การสร้าง เครือข่าย	การ วางแผน	การค้นหา ปัญหา
สุชาติ ^[18]	/							
สมจิตร ^[19]	/	/				/	/	/
กรมสนับสนุน ^[20]	/	/	/			/	/	/
กองสนับสนุนสุขภาพ ^[21]			/			/	/	/
กองสาธารณสุขและ สิ่งแวดล้อม ^[22]		/						
สำนักส่งเสริมสุขภาพ ^[23]			/			/	/	/
ฝ่ายพัฒนาสังคม ^[24]		/	/					
ราชกิจจานุเบกษา ^[25]		/	/					
รวม	6	9	11	2	3	3	6	7

ตาราง 2 แสดงการจัดแยก ชื่อผู้แต่ง บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขไทย

ชื่อผู้แต่ง	บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขไทย								
	การแก้ไข	สื่อสารข้อมูล	ให้	รวบรวม	สุขภาพจิต	ต้นแบบ/ แกนนำ	สำรวจ/เก็บ รวบรวมข้อมูล/ การสัมภาษณ์/การ เก็บแบบสอบถาม	จัดบันทึก ข้อมูล	สังเกต อาการ
ศิริญาและสมเดช ^[5]	/					สุขภาพ			
ปรางค์ จักไชย ^[6]	/	/	/	/					
ดวงพร ^[7]		/							
พิรพล ^[8]		/							
สิทธิพร ^[9]									
นวรรศ ^[10]									
จงลักษณ์ ^[11]									
สุดปรีชา ^[12]									
อริชฉินันท์ ^[13]		/							
ประภาส ^[14]									
สมยศ ^[15]				/				/	/
ปารมณี ^[16]									
ยุพิน ^[17]			/						

ตาราง 2 แสดงการจัดแยก ชื่อผู้แต่ง บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขไทย (ต่อ)

ชื่อ ผู้แต่ง	บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขไทย (ต่อ)								
	การแก้ไข ปัญหา สาธารณสุข	สื่อสารข้อมูล/ ข่าวสาร/ ประชาสัมพันธ์ ให้คำปรึกษา	ให้ คำแนะนำ/ ให้คำปรึกษา	รวบรวม รายงานผล	สุขภาพจิต ด้านสุขภาพ	ต้นแบบ/แกน นำด้านสุขภาพ	สำรวจ/เก็บรวบรวม ข้อมูล/การ สัมภาษณ์/การเก็บ แบบสอบถาม	จัด บันทึก ข้อมูล	สังเกต อาการ
สุชาติ ^[18]									
สนจิต ^[19]	/	/	/	/	/	/	/	/	/
กรมสนับสนุน ^[20]	/	/							
กองสนับสนุนสุขภาพ ^[21]			/		/	/	/		
กองสาธารณสุขและ สิ่งแวดล้อม ^[22]					/				
สำนักส่งเสริมสุขภาพ ^[23]					/				/
ฝ่ายพัฒนาสังคม ^[24]					/				
ราชกิจจานุเบกษา ^[25]					/				
รวม	4	6	4	3	7	5	3	1	1

ตาราง 3 แสดงการจัดแยก ชื่อผู้แต่ง บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขไทย

ชื่อผู้แต่ง	บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขไทย											
	การติดตาม/ให้กำลังใจ	ประสานกิจกรรมพัฒนา	การจัดกา รสังเกต	ติดตามการสร้าง	การช่วยเหลือ	การคุ้มครองผู้บริโภค	การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ	การใช้เวชภัณฑ์ตามขอบเขตกระทรวงสาธารณสุขกำหนด/คุ้มครองผู้บริโภค	ส่งเสริมภูมิคุ้มกัน	ปฐมพยาบาลขั้นต้น	คุ้มครองผู้บริโภค	
สิริณและสมเดช ^[5]	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ปรางค์ จักไชย ^[6]	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ดวงพร ^[7]	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
พิรพล ^[8]	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
สิทธิพร ^[9]	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
นวรรศ ^[10]	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
จงลักษณ์ ^[11]	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
สุดปรีชา ^[12]	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
อชิชนันท์ ^[13]	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ประกาศ ^[14]	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
สมยศ ^[15]	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ปารมภ์ ^[16]	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ยุพิน ^[17]	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

ตาราง 3 แสดงการจัดแค็ตชื่อผู้แต่ง บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขไทย (ต่อ)

ชื่อปีผู้แต่ง	บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขไทย(ต่อ)									
	การติดตาม/ให้กำลังใจ	ประสานกิจกรรมพัฒนา	การจัดกิจกรรม	ติดตามการสร้าง	การช่วยเหลือและปฐมพยาบาล	การ	การส่งต่อ	การใช้เวชภัณฑ์ตาม		
	คำสั่งใจ	งานสาธารณสุข	สิ่งแวดล้อม	ภูมิคุ้มกัน	ขั้นต้น	ผู้บริโภครอง	ผู้บริโภครอง	ขอพบแพทย์/		
			เอื้อต่อสุขภาพ			ผู้บริโภครอง	บริการ	สาธารณสุขกำหนด/		
								คุ้มครองผู้บริโภค		
สุชาติ ^[18]	/									
สมจิตร ^[19]	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
กรมสนับสนุน ^[20]	/		/		/					
กองสนับสนุนสุขภาพ ^[21]	/		/							
กองสาธารณสุขและ					/					
สิ่งแวดล้อม ^[22]										
สำนักส่งเสริมสุขภาพ ^[23]	/			/	/	/	/	/	/	
ฝ่ายพัฒนาสังคม ^[24]										
ราชกิจจานุเบกษา ^[25]	/		/	/	/	/	/	/	/	
รวม	10	7	7	4	6	4	4	4	4	

ตาราง 4 แสดงการจัดแยก ชื่อผู้แต่ง บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขไทย

ชื่อ ปี ผู้แต่ง	บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขไทย										
	จัด กิจกรรม ด้าน สุขภาพ	อนามย์ แม่และ เด็ก	คัดกรอง มะเร็งเต้านม เบาหวาน ความดัน	อุบัติเหตุ ป้องกัน และ ควบคุม	เฝ้าระวัง ป้องกัน และ ควบคุม	ประเมิน และ ตรวจสอบ	ฟื้นฟู สภาพ	โภชนาการ การเรียนรู้	สร้างเวที การเรียนรู้ ท้องถิ่น	แผนไทย/ ภูมิปัญญา ท้องถิ่น	ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม สุขภาพ
ศิริยาและสมเดช ^[5]				/							
ปรานต์ จักไชย ^[6]				/							/
ดวงพร ^[7]				/							
พิรพล ^[8]	/				/	/					/
สิทธิพร ^[9]						/					
นารศ ^[10]	/										
จงดลภรณ์ ^[11]				/							
สุดปรีชา ^[12]				/							/
อริชนันท์ ^[13]				/							
ประกาศ ^[14]	/				/						
สมยศ ^[15]				/							/
ปารุณี ^[16]				/							
ยุพิน ^[17]				/							/

ตาราง 4 แสดงการจัดแยก ชื่อผู้แต่ง บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขไทย (ต่อ)

ชื่อ ผู้แต่ง	บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขไทย									
	จัด กิจกรรม ด้าน สุขภาพ	ตรวจวัด ความดัน	คัดกรอง มะเร็งเต้านม เบาหวาน ความดัน	อุบัตินเหตุ ป้องกันและ ควบคุม ความดัน	เฝ้าระวัง ป้องกันและ ควบคุม ความดัน	ประเมิน และ ตรวจสอบ	ฟื้นฟู สภาพ	โภชนาการ การ เรียนรู้	สร้างเวที เรียนรู้	แผนไทย/ ภูมิปัญญา ท้องถิ่น
สมจิตร ^[9]	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
กรมสนับสนุน ^[20]					/					/
กองสนับสนุน สุขภาพ ^[21]	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ฝ่ายพัฒนาสังคม ^[24]	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
รวม	3	2	2	1	13	2	2	4	1	8

จากตาราง 1 – 4 พบว่า ภาพรวมเป็นการแนะนำ เผยแพร่ ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ รวมทั้งการให้การศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การดูแล ตลอดจนการติดตามช่วยเหลือแก้ไขปัญหาสาธารณสุข การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค

สรุปผลการวิจัย

จากการสังเคราะห์บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขไทย ด้านการส่งเสริมสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่มีบทบาทหน้าที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การสื่อสารข้อมูล ข่าวสาร ประชาสัมพันธ์ ต้นแบบแกนนำสุขภาพ การให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษา แนะนำ การเผยแพร่และการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ การให้สุขศึกษา การวางแผน การค้นหาปัญหา การรณรงค์ และการสร้างกระแสเกี่ยวกับการสุขภาพด้านการป้องกันโรค พบว่าส่วนใหญ่มีบทบาทหน้าที่การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเฝ้าระวังโรค การคุ้มครองผู้บริโภค การประสาน พัฒนางานสาธารณสุข การติดตาม และการสร้างภูมิคุ้มกันโรค ด้านการรักษา ส่วนใหญ่มีบทบาทหน้าที่ การช่วยเหลือและปฐมพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ ด้านการฟื้นฟูสภาพ ส่วนใหญ่มีบทบาทหน้าที่ การเยี่ยมบ้าน การฟื้นฟูสภาพและการติดตามให้กำลังใจ เป็นต้น

อภิปรายผลการวิจัย

จากการทบทวนเอกสาร งานวิจัย ผลงานวิชาการ เอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่า บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขไทย ภาพรวมด้านการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการแนะนำ เผยแพร่ ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ รวมทั้งการให้สุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การดูแล ตลอดจนการติดตาม ช่วยเหลือแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ด้านการป้องกันและควบคุมโรค ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบทบาทที่เน้นในการควบคุมป้องกัน และการเฝ้าระวัง การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และ

การคุ้มครองผู้บริโภค ด้านการรักษา เป็นการช่วยเหลือและปฐมพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อเพื่อรับบริการ ด้านการฟื้นฟูสภาพ เป็นการเยี่ยมบ้าน ให้ความรู้การฟื้นฟูสภาพเบื้องต้นและการติดตามให้กำลังใจ ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นับได้ว่ามีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (change agents) การสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลเบื้องต้น การใช้ยาเวชภัณฑ์ ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ สอดคล้องกับกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน^[1] ที่กล่าวถึงบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามนัยแห่งความหมายของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ การป้องกันโรค ได้แก่ การป้องกันโรคติดต่อ เช่น โรคไข้เลือดออก โรคอุจจาระร่วง โรคบิด โรคเอดส์ รวมถึงการป้องกันโรคที่ไม่ติดต่อ เช่น ป้องกันอุบัติเหตุ ค้นหาผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง การส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ งานบริการด้านอนามัยแม่และเด็ก งานวางแผนครอบครัว งานด้านสุขภาพจิต งานทันตกรรม และงานโภชนาการ ตลอดจนเป็นงานที่สมัครใจ ไม่ใช่ด้วยการถูกบังคับหรือเพราะเป็นหน้าที่ เป็นงานเพื่อประโยชน์แก่ประชาชนและสังคมหรือสาธารณประโยชน์ โดยไม่หวังค่าตอบแทนเป็นตัวเงิน เป็นการบำเพ็ญประโยชน์ต่อส่วนรวม

มิใช่ประโยชน์ส่วนตัว อย่างไรก็ตาม บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของอาสาสมัครที่สำคัญ ยังต้องมีการบริการที่ผสมผสาน 4 ด้าน ได้แก่ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยสามารถจำแนกออกเป็น 14 องค์ประกอบ^[26] ได้แก่ การให้สุศึกษา โภชนาการ อนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การควบคุมและป้องกัน การจัดหาหน้าสะอาดและกำจัดขยะมูลฝอยสิ่งปฏิกูล การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การจัดหายาที่จำเป็น การทันตสาธารณสุข สุขภาพจิตและยาเสพติด อุบัติเหตุ การคุ้มครองผู้บริโภค การป้องกันมลพิษสิ่งแวดล้อม และการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ดังนั้น อาสาสมัครสาธารณสุข จำเป็น ต้องมีความรู้ลึกซึ้งอิสระในการเป็นผู้เลือกงานอาสาสมัครที่ตนเองสนใจ เป็นบุคคลที่เพื่อนบ้านในละแวกคุ้มให้การยอมรับ และนับถือสมัครใจและเต็มใจช่วยเหลือชุมชนด้วยความเสียสละมีเวลาเพียงพอที่จะช่วยเหลือชุมชน เป็นตัวอย่างที่ดีในด้านการพัฒนาสุขภาพและการพัฒนาชุมชน

จากการสังเคราะห์บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขไทย จะเห็นได้ว่า มีบทบาทหน้าที่ที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ในส่วนของทางการจะพบว่าค่อนข้างมีบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน ในส่วนที่ไม่เป็นทางการจะเป็นลักษณะของการทำงานที่มีการบูรณาการกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการเกิดการระบาดของโรคอุบัติการณ์ที่แต่ละโรคจะมีการเกิดที่แตกต่างกันไปตามสถานการณ์ ยกตัวอย่าง การเกิดโรคโควิด 19 อาสาสมัครสาธารณสุขนับได้ว่ามีบทบาทสำคัญในการควบคุม ป้องกันและเฝ้าระวัง

โรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการคัดกรอง ติดตาม เฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดในชุมชน^[27] ซึ่งจากการปฏิบัติงานดังกล่าว ย่อมมีความเสี่ยงต่อการติดต่อดังนั้นรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข หรือหน่วยงานที่มีบทบาทเกี่ยวข้องให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างขวัญกำลังใจแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งในด้านสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล เงินค่าตอบแทน เกียรติบัตร โล่เชิดชูผู้ที่มีผลงานดีเด่น รวมถึงผู้ที่ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาาน เช่น 10 ปี 20 ปี 30 ปี มากกว่า 30 ปี เป็นต้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

1. จากผลการวิจัย พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขไทย มีบทบาทสำคัญในการช่วยปัญหาด้านสุขภาพของประเทศ โดยเฉพาะในชุมชน ซึ่งระบบสาธารณสุขของประเทศไทยยังเข้าไปไม่ถึง ดังนั้นจึงควรมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน ได้แก่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การให้สุศึกษา อบรมรณรงค์ การให้คำแนะนำ ปรีกษา และเป็นต้นแบบแกนนำสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค เน้นการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างภูมิคุ้มกันโรค การคุ้มครองผู้บริโภค ด้านการรักษา เน้นการให้สื่อสารข้อมูลสุขภาพ การฉายา การปฐมพยาบาลเบื้องต้นและด้านการฟื้นฟูสภาพ เน้นการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การเยี่ยมบ้าน ให้คำปรีกษา แนะนำการฟื้นฟูสภาพเบื้องต้น เป็นต้น เนื่องจากบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขไทย ยังคงมีบทบาทหน้าที่มากกว่าทำงานด้านสาธารณสุข เช่น การทำงานในบทบาทหน้าที่กับกระทรวงอื่นอีกหลายหน้าที่

เช่น กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงมหาดไทย เป็นต้น

2. จากผลการวิจัย พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขไทย มีหลายบทบาทหน้าที่ มีการทำงานประสานกับเครือข่ายในชุมชน สังคม จำนวนมาก ควรมีการจัดอบรมพัฒนาความรู้และทักษะด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสภาพ รวมถึงการให้คำตอบแทนที่เหมาะสมในการทำงานบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขไทยเพื่อสร้างความสุข ความภูมิใจที่ได้ปฏิบัติงานที่เป็นประโยชน์แก่ประชาชน สังคมและประเทศชาติ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขไทย เพื่อที่จะได้นำข้อมูลที่ได้สร้างความสัมพันธ์หรือเชื่อมโยงในการศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขไทย ไม่ว่าจะเป็นการศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก หรือกระบวนการกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง

2. ควรมีการศึกษาการพัฒนาบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขไทย เพื่อหาบทบาทอาสาสมัครไทยที่เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน และสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

[1] กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. หลักสูตรการอบรม อสม. เชี่ยวชาญ พ.ศ. 2555. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน.นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2555.

[2] กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. โครงการพัฒนาความเป็นเลิศและสร้างเสริมแรงจูงใจในการจัดการสุขภาพชุมชนของ อสม. ปีงบประมาณ 2564. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2563.

[3] กลุ่มแผนงาน.โครงการขับเคลื่อนนโยบายคนไทยทุกคนครอบครัวมีหมอประจำครอบครัว 3 คน ปีงบประมาณ 2563. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2563.

[4] Mogalakwe, M. 2006. The use of documentary research methods in social research. African sociological review. 10 (1): 221 – 30.

[5] ลีริญา ไผ่ป้องและสมเดช พิณจิตสุนทร. ความรู้และบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการวางแผนพัฒนาสาธารณสุขระดับชุมชนอำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี วารสารการพัฒนาศุภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2559; 4(2) เมษายน-มิถุนายน : 291 – 305.

[6] ปรารค์ จักรไชย อภิชัย คุณิพงษ์ และ วรเดช ช้างแก้ว. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อ.ส.ม.) ในทีมครอบครัวจังหวัดปทุมธานี. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2560; 31(1) มกราคม – เมษายน : 16 – 28.

[7] ดวงพร กัตัญญุตานนท์ อมลวรรณ อนุการ เบญจมาศ โนวัดณ์ และคณะ.

- ผลการปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสมุทรปราการ. วารสาร มฉก.วิชาการ 2561; 21(42) มกราคม – มิถุนายน : 1 – 12.
- [8] พีระพล ศิริไพบุลย์. แนวทางการพัฒนาบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขต่องานสาธารณสุขมูลฐานกรณีศึกษาเขตพญาไท. วารสารวิทยบริการ. 2553; 21(2) พฤษภาคม – สิงหาคม : 30 – 44.
- [9] สิทธิพร เกษจ้อย. บทบาทการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนท่อน อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. ใส่อีวารสารฯ 2560; 4(1) เมษายน – มิถุนายน 2560 : 163 – 73.
- [10] นวเรศ เหลืองใส และจิตชนก เรือนก้อน. ผลการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเรื่องร้านชำคุณภาพซึ่งปลอดภัยห้ามจำหน่าย. วารสารเกษตรกรรมไทย 2562; 11(3) กรกฎาคม – กันยายน : 638 – 47.
- [11] จงลักษณ์ งามนัยใจ. สมรรถนะแห่งตนต่อการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาหมื่น จังหวัดน่าน [การค้นคว้าแบบอิสระ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัย เชียงใหม่; 2550.
- [12] สูดปรีชา เตียติวิริยะกุล. การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี : มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น; 2559.
- [13] อธิชนันท์ บุญธรรม. แนวทางส่งเสริมการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอชาติระการ จังหวัดพิษณุโลก. การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 2 วันที่ 22 ธันวาคม 2558. กำแพงเพชร : มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร; 2558.
- [14] ประภาส อันตา และจรัญญู ทองอนง. ผลของการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านตำบลขาว อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น 2556; 20(1) ตุลาคม 2555 – มีนาคม 2556 : 1 – 8.
- [15] สมยศ ศิริศมี. บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด เอกสารประกอบการดำเนินงานการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหล่มเก่า เพชรบูรณ์; 2559.
- [16] ปารณัฐ สุขสุทธิ. อาสาสมัครสาธารณสุข : ศักยภาพและบทบาทในบริบทสังคมที่เปลี่ยนไปคลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพ. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2550.
- [17] ยูพิน หงส์วะชิน อำนวย ปาอ้าย เพ็ญนภา กุลนภาคล และคณะ.

- การพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงาน
สุขภาพจิตในชุมชน. วารสารพยาบาล
ตำรวจ 2556; 5(2) กรกฎาคม – ธันวาคม
: 61 – 78.
- [18] สุชาดา เทศดี. การพัฒนาชุดฝึกอบรม
ตามแนวคิดการเรียนรู้แบบกระตือรือร้น
หลักสูตรนั้กจัดการสุขภาพตามกลุ่มวัย
สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข [วิทยานิพนธ์
คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม] กรุงเทพฯ:
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
- [19] สมจิตร ฟุ้งทศธรรม. หน้าที่ความรับผิดชอบ
ของอาสาสมัครสาธารณสุข ศูนย์
ประสานงานหลักประกันสุขภาพ
ประชาชน. สงขลา: สำนักงานหลัก
ประกันสุขภาพประชาชน; 2551.
- [20] กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวง
สาธารณสุข. หลักสูตรฝึกอบรมอาสา
สมัครสาธารณสุขในเรือนจำ. นนทบุรี:
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวง
สาธารณสุข; 2561.
- [21] กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน.
คู่มือ อสม. นั้กจัดการสุขภาพชุมชน.
นนทบุรี : กองสนับสนุนสุขภาพภาค
ประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
- [22] กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม. การจั้ด
การความรู้ ้ประจำปีงบประมาณ 2562.
สงขลา : กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
เทศบาลสงขลา; 2562.
- [23] สำนักส่งเสริมสุขภาพ.บทบาท อสม. กั้บ
การดูแลผู้สูงอายุ.นนทบุรี : กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
- [24] ฝ่ายพัฒนาสังคม. คู่มือการประชาสัมพันธ์
กั้บการปฏิบัติงาน ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เอกสาร
แผ่นพับ อสม. นราธิวาส : สำนักปลัด
องค์การบริหารส่วนจังหวัดนราธิวาส
; 2559.
- [25] ราชกิจจานุเบกษา. ระเบียบกระทรวง
สาธารณสุข ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน 20 มีนาคม 2563
เล่มที่ 128 ตอนพิเศษ 33ง; 2563.
- [26] สุภัคชญา ภวังคะรัต. A Study of the
Capability of Village Health Volunteer
Leaders, jornal of human 2020;
10(2) : 1 – 20.
- [27] Van Lerberghe W.The world health
report: primary health care : now more
than ever. World Health Organization;
2008.

บทความวิจัยต้นฉบับ :
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19
ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนกาฬสินธุ์พิทยาสรรพ์
อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์
Factors related to Covid-19 Preventive Behavior among Secondary
Students Kalasinpittayasan School Muang District Kalasin Province

จินตภา เบลจามาศ* และนาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ**
Jintapa benchamas* and Natnapa Heebkaew Padchasuwan**
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น***
Faculty of Public Health KhonKaenUniversity.***

เบอร์โทรศัพท์ 09-0025-2264; E-mail: jintapaben@gmail.com*
วันที่รับ 17 พ.ค. 2564; วันที่แก้ไข 25 พ.ค. 2564; วันที่ตอบรับ 2 มิ.ย. 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย จำนวน 372 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) และสถิติการถดถอยพหุคูณโลจิสติก (multiple logistic regression)

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 59.41 อายุเฉลี่ย 15.59 ปี

กำลังศึกษา ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ระดับชั้นละ 62 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 ผลการเรียนเฉลี่ย (GPA) 3.51 จำนวนเงินที่ได้มาโรงเรียนมีความเพียงพอ ร้อยละ 86.02 แหล่งที่ได้รับข้อมูลมากที่สุดจากอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 91.67 ด้านความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 พบว่า อายุ (Adjust OR = 1.24; 95%CI: 1.07 – 1.43; p-value=0.004) ความเพียงพอของจำนวนเงินที่ได้มาโรงเรียน (Adjust OR = 2.18; 95%CI: 1.13 – 4.22; p-value=0.020) การประเมินข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 (Adjust OR = 2.04; 95%CI: 1.03 – 4.04; p-value=0.040) และการประยุกต์ใช้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 (Adjust OR = 1.95; 95%CI: 1.14 – 3.33; p-value=0.015) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ระดับดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปได้ว่า

การที่จะมีพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 ได้เหมาะสมนั้น ควรเน้นการส่งเสริมให้นักเรียน ได้รับการพัฒนาการประเมินข้อมูลและการประยุกต์ใช้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ผ่านกิจกรรม สื่อ หรือช่องทางต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้เกิดความตระหนักถึงการป้องกันโรคโควิด-19 ได้

คำสำคัญ: โรคโควิด-19; ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19

Abstract

This cross-sectional analytical research aimed to study the level of health literacy in the prevention of COVID-19, to study the level of behavior in the prevention of COVID-19 and to study the relationship between personal factors health literacy and behavior in the prevention of COVID-19 among secondary students. The participants were 372 junior and senior of high school. The instrument used in the research was a questionnaire consisting of general demographic data, health literacy about COVID-19 prevention behaviors, COVID-19 prevention behaviors. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple logistic regression.

The results showed that most of the samples were female 59%, the mean age was 15.59 years, studying at the secondary school level 1-6. 62 people per grade accounting for 16.67%, mean grades (GPA) was 3.51, The amount of money to come to the school was adequate to 86%, 92% received preven-

tion information from the internet. There were statistically significant relationships between factors and COVID-19 preventive behavior in good practice were age (Adjust OR = 1.24; 95%CI: 1.07 – 1.43; p-value=0.004), the sufficiency of the amount of money to come to the school (Adjust OR = 2.18; 95%CI: 1.13 – 4.22; p-value =0.020), appraise information relevant to COVID-19 prevention behaviors (Adjust OR = 2.04; 95%CI: 1.03 – 4.04; p-value=0.040), apply information relevant to COVID-19 prevention behaviors (Adjust OR = 1.95; 95%CI: 1.14 – 3.33; p-value=0.015) at $p < 0.05$. In conclusion, the good practice of prevention and control of COVID-19 disease should focus on encouraging students to develop appraise and apply information relevant to COVID-19 prevention behaviors through various media activities or channels. This will raise awareness of the prevention of the COVID-19 disease.

Keyword: Covid-19; Health literacy; Covid-19 Preventive Behavior

บทนำ

โรคโควิด-19 (Covid-19) หรือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ (emerging infectious diseases) ที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจซึ่งอยู่ในตระกูลเดียวกับไวรัสที่ทำให้เกิดโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (middle east respiratory syndrome, MERS) และโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันร้ายแรง (severe acute respiratory syndrome, SARS)

การติดเชื้อไวรัสชนิดนี้พบครั้งแรกในเดือน ธันวาคม ปี 2562 ที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน และได้มีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก และเมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 ได้รับการประกาศจากองค์การอนามัยโลก (world health organization : WHO) ว่าเป็นการระบาดใหญ่ระดับโลก (global pandemic) ซึ่งปัจจุบันมีหลายประเทศทั่วโลกที่กำลังเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการระบาดครั้งใหญ่ การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสทำให้มีผู้ป่วยติดเชื้อสะสมทั่วโลก 161,820,088 ราย เสียชีวิต 3,358,200 ราย ซึ่งประเทศสหรัฐอเมริกามีผู้ป่วยติดเชื้อสะสมมากที่สุด 33,626,097 ราย เสียชีวิต 598,540 ราย^[1] ประเทศไทยพบผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 รายแรกเมื่อวันที่ 13 มกราคม 2563 สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสในประเทศไทยขณะนี้ (14 พฤษภาคม 2564) มีผู้ป่วยติดเชื้อสะสม 96,050 ราย เสียชีวิต 548 ราย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบผู้ติดเชื้อโควิด-19 ทั้งหมด 4,056 ราย จังหวัดกาฬสินธุ์พบผู้ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 94 ราย ซึ่งติดอันดับ 1 ใน 10 ของจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัส^[2] จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสในปัจจุบันประเทศไทยและอีกหลายประเทศยังคงมี การตรวจพบผู้ติดเชื้อรายใหม่และมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นในทุกวัน

ปัจจัยที่ทำให้มีการพบผู้ติดเชื้อจากโรคโควิด-19 เป็นจำนวนมากเพิ่มขึ้นทุกวันที่สำคัญมาจากพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ไม่ล้างมือหลังหยิบจับสิ่งของต่าง ๆ ไม่สวมหน้ากากอนามัยเมื่อไอหรือจามไม่ใช้ทิชชู หรือผ้าปิดปาก ปิดจมูก ใช้สิ่งของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น (เช่น แก้วน้ำ ผ้าเช็ดตัว แก้วน้ำ ผ้าเช็ดหน้า) การร่วมวงสังสรรค์

การสูบบุหรี่มวนเดียวกัน การดื่มสุราแก้วเดียวกัน การรับประทานอาหารจานเดียวกันและไม่ใช้ช้อนตนเอง การอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อ ผู้ที่เดินทางกลับมาจากประเทศหรือพื้นที่เสี่ยงที่มี การระบาดของโรคโควิด-19 ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของมาตรการกระทรวงสาธารณสุข และสถานที่ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ได้แก่ สถานบันเทิง สนามมวย โรงภาพยนตร์ แหล่งชุมชนแออัด และที่สาธารณะ เป็นต้น^[3]

โรคโควิด-19 เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ส่งผลกระทบต่อทางด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อม การศึกษา เศรษฐกิจและสังคมของประชาชนเป็นอย่างมาก พฤติกรรมของคนในประเทศไทยส่วนใหญ่จะชอบอยู่ร่วมกัน ทำงานหรือทำกิจกรรมร่วมกัน จึงทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสจากคนสู่คนได้ง่าย องค์การอนามัยโลกได้มีมาตรการแนะนำการป้องกันตัวเองจากเชื้อไวรัสเบื้องต้น ได้แก่ ล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่หรือทำความสะอาดด้วยเจลแอลกอฮอล์เช็ดมือ หลีกเลี่ยงการสัมผัสใบหน้า ปิดปากและจมูกเมื่อไอหรือจาม หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ที่มีคนจำนวนมาก สวมหน้ากากอนามัย งดสูบบุหรี่หรือกิจกรรมที่ทำให้ปอดอ่อนแอ และหลีกเลี่ยงการใกล้ชิดหรือรักษาระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตร กับผู้ที่แสดงอาการของโรคทางเดินหายใจ เช่น ไอ และจาม^[4] สำหรับประเทศไทยการระบาดของไวรัสโควิด-19 ระลอก 3 ได้เริ่มให้สถานศึกษาทุกแห่งของรัฐและเอกชน ทั้งในระบบและนอกระบบ ซึ่งอยู่ในสังกัดของกระทรวงศึกษาธิการ เลื่อนเปิดเทอมด้วยเหตุพิเศษ โดยกระทรวงศึกษาธิการเลื่อนเปิดภาคเรียนที่ 1/2564 เป็นวันที่ 1 มิถุนายน 2564^[5] เพื่อเป็นการป้องกัน

การแพร่กระจายของเชื้อโรค ซึ่งโรงเรียนต่าง ๆ ได้มีการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันควบคุมโรคของกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้แก่ เตรียมอุปกรณ์สำหรับการล้างมือหรือจัดเตรียมแอลกอฮอล์เจลอย่างเพียงพอ กากจัดหาสื่อประชาสัมพันธ์เพื่อให้ความรู้ไว้ในสถานศึกษา จัดให้มีครูอนามัยหรือเจ้าหน้าที่เพื่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ และให้บริการในโรงพยาบาล จัดเตรียมห้องสำหรับแยกนักเรียนที่มีอาการทางเดินหายใจออกจากนักเรียนที่มีอาการป่วยอื่น ๆ และหากพบว่ามีนักเรียนป่วยหรือขาดเรียนจำนวนมากผิดปกติ ให้แจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ที่รับผิดชอบเพื่อสอบสวนหาสาเหตุ^[6] ทั้งนี้มาตรการดังกล่าวในทุกโรงเรียนได้มีการปฏิบัติและดำเนินการตามมาตรการต่าง ๆ มาเป็นระยะ ๆ และมีการสำรวจพฤติกรรมของประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 หลังการผ่อนปรนมาตรการควบคุมโรค พบภาพรวมอยู่ที่ร้อยละ 75.7 โดยพฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือการใส่หน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้าตลอดเวลา ร้อยละ 91.5 ล้างมือบ่อย ๆ ร้อยละ 83.9 กินอาหารร้อนและใช้ช้อนกลางของตนเอง ร้อยละ 83.7 การเว้นระยะห่าง ร้อยละ 66^[7]

ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นแนวคิดที่ใช้ทักษะเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น โดยมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล เข้าใจข้อมูล การประเมินข้อมูลสุขภาพที่ได้รับจากการเข้าถึง และการประยุกต์ข้อมูลเพื่อใช้ความสามารถในการสื่อสารและการใช้ข้อมูลในการตัดสินใจในการดูแลรักษาและส่งเสริมสุขภาพตนเอง^[8]

ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อช่วยให้คนมีพฤติกรรมในการดูแล รักษาและป้องกันสุขภาพของตนเองให้ห่างไกลจากโรคจากผลการศึกษาของพรพญา เตปิน และคณะ^[9] พบว่า พฤติกรรมในการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จังหวัดกาฬสินธุ์เป็นจังหวัดที่มีอาชีพเกษตรกรรมและค้าขายเป็นส่วนใหญ่ การค้าขายนั้นส่วนมากจะนำเอาสินค้าในพื้นที่ เช่น ผัก หรือพืชเกษตรไปขายที่ตลาดในจังหวัดใหญ่ แล้วนำสินค้าอื่น ๆ เช่น อาหารทะเล เกล็ด กลับมาขายที่จังหวัดของตัวเอง ซึ่งตลาดนั้นที่ผู้คนมาจากหลากหลายแหล่งมาอยู่รวมกัน อีกทั้งประชากรในจังหวัดกาฬสินธุ์เดินทางไปประกอบอาชีพในพื้นที่สีแดง ได้แก่ สมุทรสาคร กรุงเทพมหานคร นนทบุรี สมุทรปราการ เป็นต้น และได้กลับมาภูมิลำเนาของตนเองในวันหยุดเทศกาล ในรอบที่ผ่านมาผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในจังหวัดกาฬสินธุ์จำนวน 94 ราย ซึ่งในจำนวนนี้ติดเชื้อมาจากต่างพื้นที่^[10] จึงทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคได้ง่ายและอาจนำเชื้อเข้ามาสู่ครอบครัวได้ โรงเรียนกาฬสินธุ์พิทยาสรรพ์เป็นโรงเรียนประจำจังหวัดระดับชั้นมัธยมศึกษา ซึ่งนักเรียนที่เข้ามาศึกษาในสถานศึกษานั้นมาจากต่างสถานที่ต่างครอบครัว และต่างอำเภอ ครอบคลุมทุกอำเภอในจังหวัดกาฬสินธุ์ นักเรียนวัยนี้อยู่ในช่วงของวัยรุ่นและเป็นอีกกลุ่มเสี่ยงที่จะนำเชื้อเข้ามาสู่คนในครอบครัวได้ ด้วยเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านอารมณ์ จิตใจ ร่างกาย สังคม และสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมของเด็กนักเรียนจะชอบอยู่รวมกันและมักทำกิจกรรม

ร่วมกันเป็นส่วนใหญ่ มีความอยากรู้อยากเห็น มีความคิดเป็นของตัวเองแต่ยังอาจขาดความขี้คิด และไตร่ตรองให้รอบคอบและไม่ค่อยระวัง หรือป้องกันตัวเอง เมื่อเด็กมาอยู่รวมกันในสถานศึกษาเพื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน ทำให้นักเรียนมีโอกาสสัมผัสโรคหรือแพร่เชื้อได้ง่ายและเกิดโอกาสได้รับเชื้อสูงจึงทำให้วัยนี้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสจึงอาจจะเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะนำเชื้อของโรคโควิด-19 ไปสู่ผู้สูงอายุ เด็ก และคนในครอบครัวได้^[11] การมีพฤติกรรมกำบังตนเองที่นี้จะช่วยให้มีสุขภาพดีและติดเชื้อโรคได้ยาก ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีจะเป็นพื้นฐานสำคัญของการดำเนินชีวิตต่อไป

ดังนั้นผู้วิจัยได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังโรคโควิด-19 ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา เพื่อประโยชน์ในการวางแผนป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในกลุ่มนักเรียนและลดผลกระทบต่าง ๆ ที่ตามมา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านพื้นที่ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical research) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย โรงเรียนกาฬสินธุ์พิทยาสรรพ์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ภาคการศึกษาประจำปี 2563 จำนวน 3,537 คน

2. ขอบเขตด้านเนื้อหา การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังโรคโควิด-19 โดยหาปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Sorensen et al. ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังโรคโควิด-19

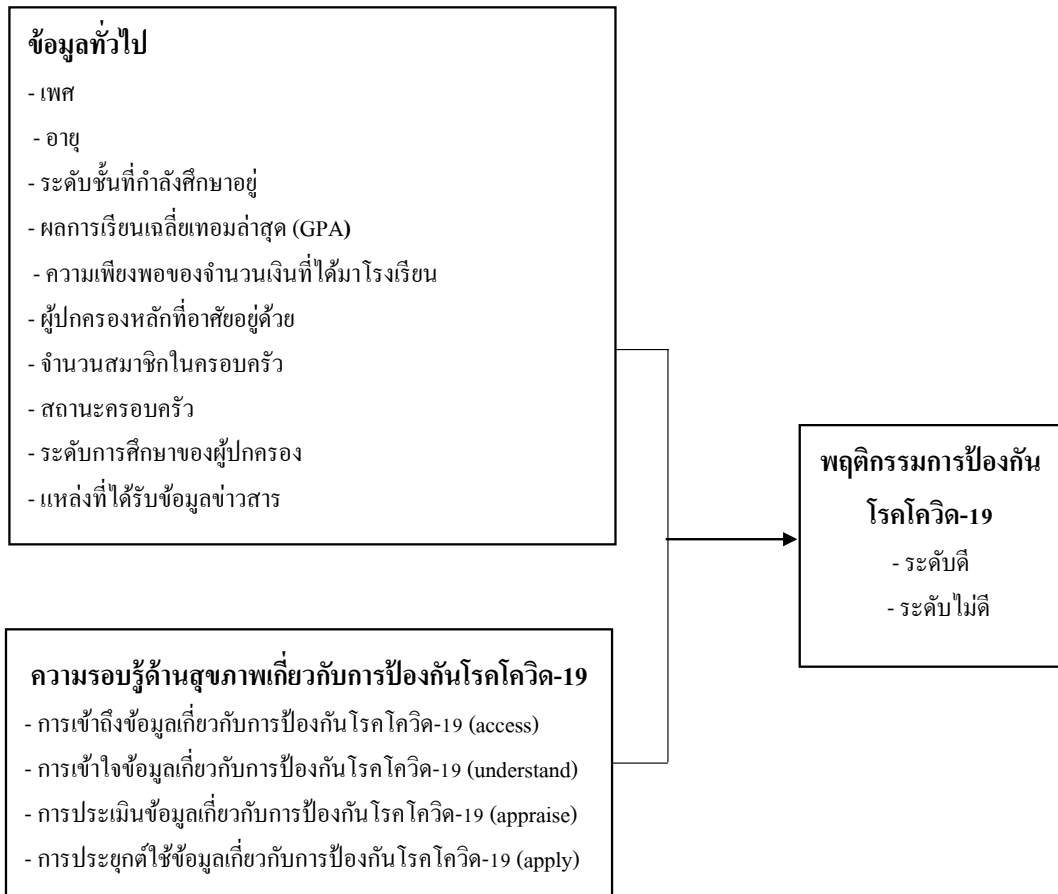
3. ขอบเขตด้านระยะเวลา ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 5 – 9 เมษายน 2564

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ ทฤษฎีของ Sorensen et al.^[12] มาเป็นกรอบแนวคิด ซึ่งเชื่อว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมใด ๆ ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นที่กำลังศึกษาอยู่ ผลการเรียนเฉลี่ยเทอมล่าสุด (GPA) ความเพียงพอของจำนวนเงินที่ได้มาโรงเรียน ผู้ปกครองหลักที่อาศัยอยู่ด้วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว สถานะครอบครัว ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง แหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร และความรู้ด้านสุขภาพ

ตัวแปรต้น (independent variable)

ตัวแปรตาม (dependent variable)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในงานวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย โรงเรียนกาฬสินธุ์พิทยาสรรพ์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ภาคการศึกษา ประจำปี 2563 จำนวน 3,537 คน

กลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรวิธีคำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สถิติ multiple logistic regression^[13] จากนั้นนำมาแทนค่าในสูตรเพื่อปรับอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยค่า variance Inflation Factor (VIF) จากการแทนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุ (multiple correlation) เพื่อปรับขนาดตัวอย่างให้เหมาะสม จึงเลือกใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุเท่ากับ 0.7 เมื่อกำหนดถึงระดับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันที่ไม่ควรมีค่าสูงเกินไป ประกอบกับความเป็นไปได้ในการทำวิจัย ได้แก่ งบประมาณ จึงได้ขนาดตัวอย่าง 335 คน และเพื่อป้องกันนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่อาจตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์หรือตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนในงานวิจัย ผู้วิจัยจึงได้ปรับขนาดตัวอย่างเพื่อสูญเสีย (drop out) ร้อยละ 5 จึงใช้สูตรเพื่อกำหนดขนาดตัวอย่างของอรุณ จิรวินน์กุล^[14] (2553) ดังนั้น ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลด้วยขนาดตัวอย่างที่ใช้จำนวน 372 คน วิธีการสุ่มตัวอย่างใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (the multi-stage random sampling) โดยมีขั้นตอนการสุ่ม ดังนี้

ขั้นที่ 1 ทำการแบ่งนักเรียนออกเป็นในแต่ละระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 6

ขั้นที่ 2 จับสลากเลือกห้อง 2 ห้อง ต่อ 1 ระดับชั้นเรียน

ขั้นที่ 3 ผู้วิจัยได้แจกแบบสอบถามให้

กับนักเรียนทุกคนในห้องที่สุ่มเลือกได้ นักเรียนที่สมัครใจและตอบแบบสอบถามครบเท่านั้นจึงจะเลือกเป็นนักเรียนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

ขั้นที่ 4 หากตัวอย่างมีจำนวนมากกว่าที่ต้องการ ผู้วิจัยจะทำการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยจับสลากที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจนครบจำนวน หากตอบรับไม่ครบจะขออนักเรียนที่ยินดีเข้าร่วมเพิ่มจนครบ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล โดยผู้วิจัยสร้างเอง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นที่กำลังศึกษาอยู่ ผลการเรียนเฉลี่ยเทอมล่าสุด (GPA) ความเพียงพอของจำนวนเงินที่ได้มาโรงเรียน ผู้ปกครองหลักที่อาศัยอยู่ด้วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว สถานะครอบครัว ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง และแหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสารมีจำนวนทั้งหมด 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 โดยสร้างคำถามประยุกต์ตามแบบ HLS-EU-47 แบ่งออกเป็น 4 หัวข้อหลัก คือ การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 การเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 การประเมินข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 และการประยุกต์ใช้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 รวมทั้งทั้งหมด 47 ข้อ มีการวัดระดับคะแนน 4 ระดับ คือ 1 คะแนน หมายถึง ยากมาก 2 คะแนน หมายถึง ยาก 3 คะแนน หมายถึง ง่าย และ 4 คะแนน หมายถึง ง่ายมาก การสรุปผลคะแนนแบ่งเป็น 4 ระดับ

คือ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ (0–25 คะแนน) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพมีปัญหา (>25–33 คะแนน) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ (>33–42 คะแนน) และความรู้ด้านสุขภาพดีเลิศ (>43–50 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ประยุกต์คำถามจาก ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ โดยใช้แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (likert's scale) เป็นแบบตัวเลือกให้เลือกตอบ เลือกตอบได้เพียงข้อเดียว ประกอบด้วย 5 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ค่อยได้ปฏิบัติ ไม่เคยปฏิบัติเลย การวิเคราะห์ระดับคะแนนโดยผู้วิจัยได้ประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการวัดประเมินของ Best^[15] ในการแบ่งระดับพฤติกรรมดังนี้ พฤติกรรมการป้องกันโรคระดับดีมีคะแนน 33.68 – 50.00 คะแนน พฤติกรรมการป้องกันโรคระดับไม่ดีมีคะแนน 1.00 – 33.67 คะแนน

8. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้หลังจากผู้วิจัยได้ตรวจสอบปรับปรุงและแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาตามขั้นตอนและเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยยื่นเสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
2. ผู้วิจัยทำหนังสือราชการจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ถึงผู้อำนวยการโรงเรียน เพื่อขอความอนุเมตติดำเนินการศึกษาในนักเรียน
3. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและอธิบาย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยแจกแบบสอบถามให้กับนักเรียนที่ได้จากการสุ่มอย่างง่าย
5. เก็บรวบรวมแบบสอบถาม ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูล
6. รวบรวมข้อมูลแล้วนำมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) เสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบ หลังจากนั้นนำไปทดสอบ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน นำมาตรวจสอบความเชื่อถือได้ (reliability) และปรับปรุงแก้ไขให้เครื่องมือมีคุณภาพ โดยได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefcient) ซึ่งได้แยกวิเคราะห์ในแต่ละหมวด ดังนี้

- 1) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่
 - 1.1) การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 เท่ากับ 0.92
 - 1.2) การเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 เท่ากับ 0.92
 - 1.3) การประเมินข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 เท่ากับ 0.94
 - 1.4) การประยุกต์ใช้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 เท่ากับ 0.92
- 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 เท่ากับ 0.71

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้

โปรแกรม STATA และใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล สำหรับข้อมูลที่แจกแจงแบบปกติ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) สำหรับข้อมูลที่แจกแจงแบบไม่ปกติ ได้แก่ ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด (min) และค่าสูงสุด (max)

สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) ใช้สถิติ multiple logistic regression ในการหาปัจจัยเสี่ยงหาความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระระหว่าง 2 ตัวแปร เพื่อหาขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามทีละคู่ (bivariate analysis) โดยพิจารณาค่า p-value ที่ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.25 นำเสนอค่า Crude OR พร้อมช่วงค่าความเชื่อมั่น (95%CI) และ p-value ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ก่อนทำการวิเคราะห์ครวหลาย ๆ ตัวแปร (multiple analysis) จากนั้นคัดเลือกตัวแปรอิสระเข้าสู่โมเดลการวิเคราะห์ multiple regression ด้วยวิธี backward elimination พิจารณาจากค่า p-value ที่ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05 เข้าในโมเดลสุดท้าย (nal model) แล้วนำเสนอค่า Adjusted OR พร้อมช่วงค่าความเชื่อมั่น (95%CI) และ p-value ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 59.41 อายุเฉลี่ย 15.59 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.74 กลุ่มตัวอย่างกำลังศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ระดับชั้นละ 62 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม

(GPA) 3.51 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.41 ความเพียงพอของจำนวนเงินที่ได้มาโรงเรียน ส่วนใหญ่เพียงพอร้อยละ 86.02 ผู้ปกครองหลักที่อาศัยอยู่ด้วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดา/มารดา ร้อยละ 83.06 จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 5 คน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.41 สถานะครอบครัวส่วนใหญ่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 72.85 ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 39.78 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ร้อยละ 100 แหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร ส่วนใหญ่ได้รับจากสื่อสังคมออนไลน์ ได้แก่ facebook line และ google ร้อยละ 91.67

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 พบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับการเข้าถึงข้อมูลเป็นเลิศมากที่สุด ร้อยละ 51.34 รองลงมาคือ ระดับการเข้าถึงข้อมูลเพียงพอ ร้อยละ 48.66 จำแนกตามรายชื่อ พบว่า 3 อันดับแรกที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบง่ายมากที่สุด ได้แก่ (1) ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ด้วยตนเองได้ ร้อยละ 70.70 (2) ค้นหาข้อมูลการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้ ร้อยละ 65.32 (3) ค้นหาข้อมูลหรือกิจกรรมจากอินเทอร์เน็ต เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ได้ ร้อยละ 61.29

ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 พบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับการเข้าใจข้อมูลเพียงพอ ร้อยละ 75.27 รองลงมาคือ ระดับการเข้าใจข้อมูลเป็นเลิศมากที่สุด ร้อยละ 24.73 จำแนกตามรายชื่อพบว่า 3 อันดับแรกที่กลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบง่ายมากที่สุดได้แก่ (1) เข้าใจว่าผู้ที่กลับมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 เป็นกลุ่มเสี่ยงทุกคนถึงแม้จะยังไม่มีอาการ ร้อยละ 56.45 (2) เข้าใจว่าการดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรง เช่น พักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกาย กินอาหารปรุงสุก สะอาด เป็นการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคและป้องกันโรคโควิด-19 ร้อยละ 55.38 (3) เข้าใจข้อมูลจากสื่อ (โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต หนังสือพิมพ์) เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ร้อยละ 50.54

ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการประเมินข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 พบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับการประเมินข้อมูลเพียงพอ มากที่สุด ร้อยละ 74.46 รองลงมาคือ ระดับการประเมินข้อมูลเป็นเลิศ ร้อยละ 25.54 จำแนกตามรายชื่อพบว่า 3 อันดับแรกที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบง่ายมากที่สุดได้แก่ (1) เมื่อผลตรวจว่าติดเชื้อจะรับการรักษาในทันที ร้อยละ 68.28 (2) ตัดสินใจปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 อย่างถูกต้อง ร้อยละ 60.48 (3) ตัดสินใจว่าการปฏิบัติตนป้องกันโรคโควิด-19 จะช่วยลดจำนวนผู้ติดเชื้อได้ ร้อยละ 60.48

ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 พบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับการประยุกต์ใช้ข้อมูลเพียงพอมากที่สุด ร้อยละ 55.65 รองลงมาคือ ระดับการประยุกต์ใช้ข้อมูลเป็นเลิศ ร้อยละ 44.35 จำแนกตามรายชื่อพบว่า 3 อันดับแรกที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบง่ายมากที่สุดได้แก่ (1) สามารถใส่หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยก่อนออกจากบ้านทุกครั้งเพื่อป้องกันเชื้อโรค ร้อยละ 64.78 (2) หากติดเชื้อจะทำตามคำแนะนำจาก

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 64.52 (3) ในช่วงที่มีการระบาดจะหลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น ร้อยละ 59.68

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19

จำแนกตามระดับการปฏิบัติ พบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับดีมากที่สุด ร้อยละ 74.19 คะแนนเฉลี่ย 36.09 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.71 รองลงมาคือ ระดับไม่ดี ร้อยละ 25.81 จำแนกตามรายชื่อของการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างพบว่า 3 อันดับแรกที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติทุกครั้งมากที่สุดได้แก่ (1) ใช้กระดาษชำระหรือทิชชูเมื่อไอหรือจามมากที่สุด ร้อยละ 23.12 (2) ไม่ใช้ของส่วนตัว เช่น จาน ช้อนส้อม แก้วน้ำ ผ้าเช็ดตัว โทรศัพท์ ฯลฯ ร่วมกับผู้อื่น ร้อยละ 22.04 (3) ออกกำลังกายเป็นประจำ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 วัน ๆ ละ อย่างน้อย 30 นาที ร้อยละ 9.14

4. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียว (simple logistic regression)

4.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบ bivariate ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ระดับดี (bivariate analysis) การศึกษา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ระดับดี ได้แก่ อายุ (Crude OR = 1.21; 95%CI: 1.05 -1.38; p-value=0.005) ระดับการศึกษา ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 (Crude OR = 0.75; 95%CI: 0.36 – 1.58; p-value=0.005) นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 (Crude OR = 1.79; 95%CI: 0.80 – 4.04; p-value=0.005) นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 (Crude OR = 1.26; 95%CI: 0.58 – 2.73; p-value=0.005) นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5

บทความวิจัยต้นฉบับ

(Crude OR = 2.80; 95%CI: 1.16 - 6.79; p-value=0.005) นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 (Crude OR = 1.98; 95%CI: 0.87 - 4.53; p-value=0.005) ผลการเรียนเฉลี่ยเทอมล่าสุด (GPA) (Crude OR = 0.55; 95%CI: 0.30 - 1.01; p-value=0.049) ความเพียงพอของจำนวนเงินที่ได้มาโรงเรียน นักเรียนที่ได้จำนวนเงินที่ได้มาโรงเรียนเพียงพอ (Crude OR = 1.85; 95%CI: 0.99 - 3.44; p-value=0.058) จำนวนสมาชิกในครอบครัว (Crude OR = 0.85; 95%CI: 0.72 - 0.99; p-value=0.045) ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดง Crude odd Ratio และค่า 95%CI ระหว่างข้อมูลทั่วไปที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกัน โควิด-19 ระดับดี (good practice) จากการวิเคราะห์ที่ละตัวแปร (n=372)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละของ พฤติกรรมที่ดี	Crude OR	95%CI ของค่า Crude OR	p-value
1. เพศ					0.389
ชาย	116	76.82	1		
หญิง	161	72.85	0.81	0.50 - 1.31	
2. อายุ (ปี)					0.005
			1.21	1.05 - 1.38	
3. ระดับชั้นที่กำลังศึกษาอยู่					0.022
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1	42	67.74	1		
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2	38	61.29	0.75	0.36 - 1.58	
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3	49	79.03	1.79	0.80 - 4.04	
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4	45	72.58	1.26	0.58 - 2.73	
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5	53	85.48	2.80	1.16 - 6.79	
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6	50	80.65	1.98	0.87 - 4.53	
4. ผลการเรียนเฉลี่ยเทอมล่าสุด (GPA)					0.049
			0.55	0.30 - 1.01	
5. ความเพียงพอของจำนวนเงินที่ได้มาโรงเรียน					0.058
ไม่เพียงพอ	33	63.46	1		
เพียงพอ	244	76.25	1.85	0.99 - 3.44	
6. ผู้ปกครองหลักที่อาศัยอยู่ด้วย					0.998
บิดา/มารดา	230	74.43	1		
ปู่ย่า/ตายาย	35	74.47	1.00	0.50 - 2.02	
ลุงป้า/น้าอ้า	12	75.00	1.03	0.32 - 3.29	

ตาราง 1 แสดง Crude odd Ratio และค่า 95%CI ระหว่างข้อมูลทั่วไปที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 ระดับดี (good practice) จากการวิเคราะห์ที่ละตัวแปร (n=372) (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละของ พฤติกรรมที่ดี	Crude OR	95%CI ของค่า Crude OR	p-value
7. จำนวนสมาชิกในครอบครัว					0.045
			0.85	0.72 – 0.99	
8. สถานะครอบครัว					0.972
บิดามารดาอยู่ด้วยกัน	202	74.54	1		
บิดามารดาแยกทางหรือ หย่าร้างกัน	62	73.81	0.96	0.55 – 1.68	
บิดามารดาคนใดคนหนึ่ง เสียชีวิตหรือเสียชีวิตทั้งคู่	13	76.47	1.11	0.35 – 3.52	
9. ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง					0.490
ไม่ได้รับการศึกษา	1	50.00	1		
ประถมศึกษา	24	80.00	4	0.22 – 73.62	
มัธยมศึกษาตอนต้น	33	78.57	3.67	0.22 – 64.55	
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช. หรือเทียบเท่า	84	76.36	3.23	0.20 – 53.47	
อนุปริญญา / ปวส. หรือ เทียบเท่า	25	62.50	1.67	0.10 - 28.66	
ปริญญาตรีขึ้นไป	110	74.32	2.89	0.18 - 47.42	
10. การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19					<0.001
เคย	277	74.46	1		

4.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบ bivariate ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ระดับดี การศึกษาพบว่า ตัวแปรความรอบรู้ด้าน สุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคโควิด-19 ระดับดี ได้แก่

การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรค โควิด-19 โดยนักเรียนที่มีการเข้าถึงข้อมูลเป็นเลิศ จะมีโอกาสมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุม โรคโควิด-19 ระดับดี เป็น 1.96 เท่า ของนักเรียน ที่มีการเข้าถึงข้อมูลเพียงพอ (Crude OR = 1.96; 95%CI: 1.22 – 3.16; p-value=0.005)

การเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 โดยนักเรียนที่มีการเข้าใจข้อมูลเป็นเลิศ จะมีโอกาสมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ระดับดี เป็น 2.52 เท่า ของนักเรียนที่มีการเข้าใจข้อมูลเพียงพอ (Crude OR = 2.52; 95%CI: 1.33 – 4.78; p-value=0.003)

การประเมินข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 โดยนักเรียนที่มีการประเมินข้อมูลเป็นเลิศจะมีโอกาสมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันและ

ควบคุมโรคโควิด-19 ระดับดี เป็น 2.65 เท่า ของนักเรียนที่มีการประเมินข้อมูลเพียงพอ (Crude OR = 2.65; 95%CI: 1.40 – 5.03; p-value=0.001)

การประยุกต์ใช้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 โดยนักเรียนที่มีการประยุกต์ใช้ข้อมูลเป็นเลิศจะมีโอกาสมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ระดับดี เป็น 2.34 เท่า ของนักเรียนที่มีการประยุกต์ใช้ข้อมูลเพียงพอ (Crude OR = 2.34; 95%CI: 1.42 - 3.86; p-value<0.001) ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดง Crude odd Ratio และค่า 95%CI ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 ระดับดี (good practice) จากการวิเคราะห์ที่ละตัวแปร

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละของพฤติกรรมที่ดี	Crude OR	95%CI ของค่า Crude OR	p-value
1. การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19					0.005
การเข้าถึงข้อมูลเพียงพอ	123	67.96	1		
การเข้าถึงข้อมูลเป็นเลิศ	154	80.63	1.96	1.22 – 3.16	
2. การเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19					0.003
การเข้าใจข้อมูลเพียงพอ	198	70.71	1		
การเข้าใจข้อมูลเป็นเลิศ	79	85.87	2.52	1.33 – 4.78	
3. การประเมินข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19					0.001
การประเมินข้อมูลเพียงพอ	195	70.40	1		
การประเมินข้อมูลเป็นเลิศ	82	86.32	2.65	1.40 – 5.03	
4. การประยุกต์ใช้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19					<0.001
การประยุกต์ใช้ข้อมูลเพียงพอ	140	67.63	1		
การประยุกต์ใช้ข้อมูลเป็นเลิศ	137	83.03	2.34	1.42 - 3.86	

5. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรพหุ (multiple logistic regression)
การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ระดับดี

เมื่อคำนึงถึงผลกระทบจากปัจจัยอื่นร่วมด้วย (multivariate analysis) ผลการศึกษาพบว่า การวิเคราะห์ผลจากหลายตัวแปร (multivariate) เพื่อหาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการ

ป้องกันโรคโควิด-19 ระดับดี เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นร่วมด้วย พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ความเพียงพอของจำนวนเงินที่ได้มาโรงเรียน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การประเมินข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 และการประยุกต์ใช้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ระดับดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อายุ เมื่ออายุเพิ่มขึ้นทุก 1 ปี โอกาสมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ระดับดีจะเพิ่มขึ้น 1.24 เท่า (Adjust OR = 1.24; 95%CI: 1.07 – 1.43; p-value=0.004)

ความเพียงพอของจำนวนเงินที่ได้มาโรงเรียน โดยนักเรียนที่ได้จำนวนเงินที่ได้มาโรงเรียนเพียงพอจะมีโอกาสมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ระดับดี เป็น

2.18 เท่า ของนักเรียนที่ได้จำนวนเงินที่ได้มาโรงเรียนไม่เพียงพอ (Adjust OR = 2.18; 95%CI: 1.13 – 4.22; p-value=0.020)

การประเมินข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 โดยนักเรียนที่มีการประเมินข้อมูลเป็นเลิศจะมีโอกาสมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ระดับดี เป็น 2.04 เท่า ของนักเรียนที่มีการประเมินข้อมูลเพียงพอ (Adjust OR = 2.04; 95%CI: 1.03 – 4.04; p-value=0.040)

การประยุกต์ใช้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 โดยนักเรียนที่มีการประยุกต์ใช้ข้อมูลเป็นเลิศจะมีโอกาสมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ระดับดี เป็น 1.95 เท่า ของนักเรียนที่มีการประเมินข้อมูลเพียงพอ (Adjust OR = 1.95; 95%CI: 1.14 – 3.33; p-value=0.015) ดังตาราง 3

ตาราง 3 แสดง Crude และ Adjusted odd Ratio และค่า 95%CI การวิเคราะห์โดยพิจารณาผลจากหลายตัวแปร (multivariate) เพื่อหาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ระดับดี เมื่อควบคุม ตัวแปรอื่นด้วย

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละของพฤติกรรมที่ดี	Crude OR	Adjust OR	95%CI ของค่า Adj.OR	p-value
1.อายุ (ปี)			1.21	1.24	1.07 – 1.43	0.004
2. ความเพียงพอของจำนวนเงินที่ได้มาโรงเรียน						0.020
ไม่เพียงพอ	33	63.46	1	1		
เพียงพอ	244	76.25	1.85	2.18	1.13 – 4.22	
3. การประเมินข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19						0.040
การประเมินข้อมูลเพียงพอ	195	70.40	1	1		
การประเมินข้อมูลเป็นเลิศ	82	86.32	2.65	2.04	1.03 – 4.04	

ตาราง 3 แสดง Crude และ Adjusted odd Ratio และค่า 95%CI การวิเคราะห์โดยพิจารณาผลจากหลายตัวแปร (multivariate) เพื่อหาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังกันโรคโควิด-19 ระดับดี เมื่อควบคุม ตัวแปรอื่นด้วย (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละของพฤติกรรมที่ดี	Crude OR	Adjust OR	95%CI ของค่า Adj.OR	p-value
การประยุกต์ข้อมูลเพียงพอ	140	67.63	1	1		
การประยุกต์ข้อมูลเป็นเลิศ	137	83.03	2.34	1.95	1.14 – 3.33	
4. การประยุกต์ใช้ข้อมูล						0.015
เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19						
การประยุกต์ข้อมูลเพียงพอ	140	67.63	1	1		
การประยุกต์ข้อมูลเป็นเลิศ	137	83.03	2.34	1.95	1.14 – 3.33	

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังกันโรคโควิด-19 ระดับดี เมื่อคำนึงถึงผลกระทบจากปัจจัยอื่นร่วมด้วย ประกอบด้วย

อายุ โดยเมื่ออายุเพิ่มขึ้นทุก 1 ปี โอกาสการมีพฤติกรรมกำบังกันโรคโควิด-19 ระดับดีจะเพิ่มขึ้น 1.24 เท่า (Adjust OR = 1.24; 95%CI: 1.07 – 1.43; p-value=0.004) สอดคล้องกับการศึกษาของกชกร สมมั่ง^[16] พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังกันโรคไข้หวัดใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) อธิบายได้ว่าโดยธรรมชาติเมื่อผู้ที่มีอายุมากขึ้นก็จะมีประสบการณ์ ความรู้ การตัดสินใจได้มากขึ้นจึงทำให้มีพฤติกรรมกำบังกันโรคโควิด-19 ได้ถูกต้องเหมาะสม

ความเพียงพอของจำนวนเงินที่ได้มาโรงเรียน โดยนักเรียนที่ได้จำนวนเงินที่ได้มา

โรงเรียนเพียงพอจะมีโอกาสมีพฤติกรรมกำบังกันโรคโควิด-19 ระดับดี เป็น 2.18 เท่าของนักเรียนที่ได้จำนวนเงินที่ได้มาโรงเรียนไม่เพียงพอ (Adjust OR = 2.18; 95%CI: 1.13 – 4.22; p-value=0.020) สอดคล้องกับการศึกษาของกชกร สมมั่ง^[16] พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกำบังกันโรคไข้หวัดใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) อธิบายได้ว่าผู้ที่มีรายได้หรือผู้ที่มีจำนวนเงินเพียงพอสามารถแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์และเอื้ออำนวยต่อการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ทำให้มีการเลือกซื้ออุปกรณ์เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 เช่น เจลล้างมือ หน้ากากอนามัย ฯลฯ ได้อย่างเหมาะสมและมากกว่าผู้ที่รายได้ต่ำหรือผู้ที่มีจำนวนเงินไม่เพียงพอ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการประเมินข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 โดยนักเรียนที่มีการประเมินข้อมูลเป็นเลิศจะมีโอกาส

มีพฤติกรรมกำบังและควบคุมโรคโควิด-19 ระดับดี เป็น 2.04 เท่า ของนักเรียนที่มีการประเมินข้อมูลเพียงพอ (Adjust OR = 2.04; 95%CI: 1.03 – 4.04; p-value=0.040) สอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล^[17] พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการตัดสินใจ และด้านการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคอ้วน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกำบังโรคอ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสอดคล้องกับการศึกษาของกรกนก ลัธธนันท์ และคณะ^[18] พบว่า ด้านการรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างสุขภาพของนักศึกษาแต่ละชั้นปีมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการประเมินข้อมูลในระดับดี โดยมีกระบวนการคิดเพื่อเลือกอย่างมีเหตุผลและคัดกรองข้อมูลที่ได้รับอย่างถูกต้องจากการที่รับข้อมูลเข้ามา ทำให้มีโอกาสมีพฤติกรรมกำบังโรคโควิด-19 ได้ดีกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการประเมินข้อมูลในระดับต่ำ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 โดยนักเรียนที่มีการประยุกต์ใช้ข้อมูลเป็นเลิศจะมีโอกาสมีพฤติกรรมกำบังโรคโควิด-19 ระดับดี เป็น 1.95 เท่า ของนักเรียนที่มีการประยุกต์ใช้ข้อมูลเพียงพอ (Adjust OR = 1.95; 95%CI: 1.14 – 3.33; p-value=0.015) สอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล^[17] พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเองในการป้องกันโรคอ้วน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกำบังโรคอ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อธิบายได้ว่า ผู้ที่มีความ

รอบรู้ด้านสุขภาพในการประยุกต์ใช้ข้อมูลในระดับดี โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการประเมินนำมาตัดสินใจในการดูแลสุขภาพทำให้มีโอกาสมีพฤติกรรมกำบังโรคโควิด-19 ได้ดีกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการประยุกต์ใช้ข้อมูลในระดับต่ำ

สรุป การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังโรคโควิด-19 ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนกาฬสินธุ์พิทยาสรรพ์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังโรคโควิด-19 ได้แก่ อายุ ความเพียงพอของจำนวนเงินที่ได้มาโรงเรียน การประเมินข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 และการประยุกต์ใช้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ส่งผลให้นักเรียนมีพฤติกรรมกำบังโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 ควรมีการส่งเสริมในด้านอุปกรณ์การป้องกันโรคโควิด-19 ให้มีจำนวนเพียงพอแก่นักเรียนในโรงเรียน เพื่อใช้ในการป้องกันโรคได้

1.2 ควรมีการส่งเสริมให้นักเรียนได้รับการพัฒนาการประเมินข้อมูลและการประยุกต์ใช้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ผ่านกิจกรรม สื่อต่าง ๆ หรือช่องทางต่าง ๆ เพื่อให้ให้นักเรียนมีพฤติกรรมกำบังโรคโควิด-19 ที่ดี

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำวิจัยส่งเสริมโดยการประยุกต์ใช้ความรอบรู้ด้านสุขภาพในเรื่องพฤติกรรมกำบังและควบคุมโรคโรคโควิด-19 มา

พัฒนาพฤติกรรมให้ถูกต้อง

2.2 เน้นโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคเพื่อให้มีพฤติกรรมและสุขภาพที่ดี

การปกป้องสิทธิ์กลุ่มเป้าหมาย

เนื่องจากการศึกษาในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ซึ่งเป็นบุคคลที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ทำให้ต้องคำนึงถึงจริยธรรมและสิทธิของผู้เข้าร่วมการศึกษา จึงมีการดำเนินตามขั้นตอนคือ ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น การพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2564 ตามเอกสารรับรองเลขที่ HE642046 ในการตอบแบบสอบถามเป็นการตอบแบบสมัครใจ และผู้วิจัยได้เคารพสิทธิมนุษยชน ทั้งนี้ข้อมูลจะเก็บเป็นความลับไม่มีการเปิดเผยข้อมูลหรือเชื่อมโยงถึงตัวตนของผู้ให้ข้อมูล โดยแสดงข้อมูลในภาพรวมเพื่อประโยชน์ต่อการศึกษาเท่านั้น

เอกสารอ้างอิง

- [1] กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั่วโลก. [ออนไลน์]. (2564). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 14 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก www.ddcprortal.ddc.moph.go.th.
- [2] กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย. [ออนไลน์]. (2564). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 14 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก www.ddc.moph.go.th.

- [3] คลังความรู้สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. สาเหตุของการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 อย่างรวดเร็ว. [ออนไลน์]. (2563). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 10 ธันวาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก [http://healthydee.moph.go.th/view_article .php](http://healthydee.moph.go.th/view_article.php).
- [4] World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) [Online]. (2020). [Retrieved August 11 2020]. from <http://www.who.int/health-topics/coronavirus>.
- [5] กระทรวงศึกษาธิการ. เลื่อนเปิดภาคเรียนที่ 1/2564 เป็นวันที่ 1 มิถุนายน นี้ วิกฤตโควิด-19. [ออนไลน์]. (2564). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 4 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://www.moe.go.th>
- [6] กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงเรียน สถานศึกษา. [ออนไลน์]. (2563). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 13 สิงหาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก [https://ddc.moph. go.th/viralpneumonia/le /introduction/introduction170563.pdf](https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/le /introduction/introduction170563.pdf)
- [7] กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ผลสำรวจพฤติกรรมคนไทยกับมาตรการ COVID-19. [ออนไลน์]. (2563). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 13 สิงหาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia /survey.php>.
- [8] Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, et al. Health literacy and public

- health: a systematic review and intergration of denitions and models. BMC Public Health 2012; 12: 80.
- [9] พรพญา เตปิ่น วราภรณ์ บุญเชียง และ ศิริตรี สุทธิจิต. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลเจริญเมือง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย. ลำปางเวชสาร 2561; 39(2): 72 – 8.
- [10] สำนักงานจังหวัดกาฬสินธุ์. ข้อมูลพื้นฐานจังหวัดกาฬสินธุ์. [ออนไลน์]. (2562). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 สิงหาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://www.kalasin.go.th>
- [11] อุดา แวะหะยี. การรับรู้ความรุนแรงและพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของวัยรุ่นในเขตตำบลสะเตง นอก อำเภอเมือง จังหวัดยะลา. [ออนไลน์]. (2563). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 10 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/247585/168178>.
- [12] Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., et al. Measuring health literacy in populations: illuminationg the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). BMC Public Health 2013; 13: 948.
- [13] Hsieh, F. Y., Bloch, D. A., & Larsen, M. D. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Statistics in Medicine 1998; 17: 1623-34.
- [14] อรุณ จิรวัดน์กุล. ชีวิตสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวิตสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
- [15] Best, J. W. Research in education. New jersey: Prentice-Hall; 1981.
- [16] กชกร สมมัง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้รับบริการงานผู้ปวยนอกโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. วารสารสุขศึกษา 2557; 37(126): 9 – 21.
- [17] ศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วนของนักศึกษาปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วารสารสหวิทยาการวิจัย 2561; 8(1): 116 – 23.
- [18] กรกนก ลัทธินันท์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ 2562; 35(1): 277 – 89.

บทความวิจัยต้นฉบับ :

ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรสวนยางพารา อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ

The Effectiveness of Health Belief Model and Health Literacy Application Program for Pesticides use Dangerous Preventing Behavior Promotion among Rubber Farmers in Muang Buengkan District, Buengkan Province.

นุสรุา หูไชสง* และนาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ์**

Nusara Hoothaisong* and Natnapa Heebkaew Padchasuwan**

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น* **

Faculty of Public Health Khon Kaen University* **

เบอร์โทรศัพท์ 08-0184-0991; E-mail : Nusara1911@hotmail.com*

วันที่รับ 26 มิ.ย. 2564; วันที่แก้ไข 8 ก.ค. 2564; วันที่ตอบรับ 6 ส.ค. 2564

บทคัดย่อ

ปัจจุบันเกษตรกรส่วนใหญ่นิยมใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกระบวนการผลิตยางพารา ตั้งแต่การปลูกยางพารา การกรีดยางพารา การทำยางแผ่น และการดูแลบำรุงรักษาด้านยางพาราเพื่อช่วยเพิ่มผลผลิตทางการเกษตรซึ่งไม่ได้ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรสวนยางพารา อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ กลุ่มตัวอย่างเป็นเกษตรกรสวนยางพารา อายุระหว่าง 18 – 59 ปี มีระดับ Cholinesterase enzyme

ในเลือดอยู่ระดับเสี่ยงหรือระดับไม่ปลอดภัย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 32 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มเปรียบเทียบดำเนินชีวิตตามปกติ ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามก่อนและหลังการทดลองวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Independent t – test ,Paired t – test และ McNemar’s Chi – Square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

จากการศึกษาวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับระดับ Cholinesterase enzyme ในเลือดเกษตรกรสวนยางพาราที่อยู่ในระดับปลอดภัยเพิ่มขึ้น ซึ่งโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถนำไปใช้ส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและลดระดับการทำงานของ Cholinesterase enzyme ในเลือดเกษตรกรสวนยางพาราให้อยู่ระดับปกติหรือระดับปลอดภัยเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพ; เกษตรกรสวนยางพารา; สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

Abstract

Nowadays, pesticides are still utilized by the majority of farmers throughout the rubber production process, including rubber plantation, rubber tapping, rubber sheet manufacturing, and rubber tree maintenance, since they are unaware of the health risks associated with pesticide use. This is a quasi - experimental research aimed at measuring the success of a program using health belief model and health literacy application program for pesticides use dangerous preventing behavior promotion among rubber farmers. Rubber farmers aged 18 to 59 years old with cholinesterase enzyme in blood risk level or insecure level were studied. There were 32 people in each of the two groups : an experimental group and a comparison group. The experimental group was given a program based on health literacy and health belief

model. The comparison group carried on with their everyday routines. The experimental process took 12 weeks to complete, with a two - group pre - test post-test design employing questionnaires. Examine the data. Inferential statistics such as independent t - test, paired t - test, and McNemar Chi - Square test were used to examine the data, with a statistical significance of 0.05.

According to the findings, the experimental group had a considerably higher mean score of health belief model and health literacy for behavior protection damage in rubber agriculturist pesticide usage than the control group and the experimental group ($p - value < 0.001$). These findings were in line with the results of a blood cholinesterase test rubber farmers, which showed that the safety level had increased. The health belief model and health literacy application program for pesticides use dangerous preventing behavior promotion among rubber farmers and reduce cholinesterase enzyme in blood of rubber farmers normal level or safety level had increased

Keyword : Program Health Belief Model and Health Literacy; Rubber Agriculturist; Pesticides

บทนำ

ประเทศไทย มีลักษณะภูมิศาสตร์เหมาะสมต่อการประกอบอาชีพเกษตรกรรม ยางพาราเป็นหนึ่งในผลิตผลทางการเกษตรส่งออกที่สำคัญ โดยมีพื้นที่เกษตรกรรมสวนยางพาราจำนวน

20,455,794 ไร่ มากเป็นอันดับ 2 ของโลก รองจาก ประเทศอินโดนีเซีย มีเกษตรกรจำนวน 1,809,127 ครัวเรือน ภาคใต้ มีพื้นที่สวนยางพารามากที่สุด รองลงมา คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 4,959,631 ไร่ และมีเกษตรกรจำนวน 382,494 ครัวเรือน จังหวัดบึงกาฬ มีพื้นที่สวนยางพารา เปิดกรีดมากที่สุด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 774,554 ไร่ หรือประมาณร้อยละ 16.90 มีเกษตรกรจำนวน 50,453 ครัวเรือน อำเภอเมือง บึงกาฬมีพื้นที่สวนยางพาราเปิดกรีดมากที่สุดใน จังหวัดบึงกาฬจำนวน 19,4674 ไร่ และมีเกษตรกร จำนวน 11,683 ครัวเรือน

ปัจจุบันการประกอบอาชีพเกษตรกรรม เกษตรกรส่วนใหญ่นิยมใช้สารเคมีอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปุ๋ยเคมีและสารเคมีกำจัดศัตรูพืช อาทิเช่น สารเคมีกำจัดแมลง สารเคมีกำจัดวัชพืช หรือโรคพืช รวมถึงฮอร์โมนพืช ตามท้องตลาด เนื่องจากมีราคาถูก ใช้งานง่าย สะดวก เห็นผล รวดเร็ว ต้นทุนต่ำแต่ให้ผลผลิตสูง จากรายงาน ข้อมูล การนำเข้าสารเคมีอันตรายเกษตรปี พ.ศ.2558 – พ.ศ.2562 พบว่า มีปริมาณการนำเข้าสารเคมีอันตรายเกษตร รวม 810,927 ตัน มูลค่ากว่า 125,332 ล้านบาท โดยมีปริมาณ การนำเข้าสารเคมีกำจัดวัชพืช สารเคมีกำจัดแมลง สารเคมีป้องกันและกำจัดเชื้อราหรือโรคพืชรวม 629,495 ตัน มูลค่ากว่า 111,160 ล้านบาท^[1]

การประเมินผลความเสี่ยงด้านสุขภาพ ของเกษตรกรจากโรงพยาบาลหลายแห่งทั่วประเทศ ทั้งในระดับอำเภอและระดับตำบลจำนวน 419,093 คน ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ร่วมกับการเจาะ เลือดตรวจระดับ Cholinesterase enzyme จากการ สัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่ม Organophosphate

และ Carbamate โดยใช้ Cholinesterase reactive paper พบว่า ผลอยู่ในระดับเสี่ยงหรือระดับไม่ปลอดภัยประมาณร้อยละ 28.18^[2] ในปีพ.ศ. 2561 - พ.ศ. 2562 ผลการตรวจระดับ Cholinesterase enzyme ของเกษตรกรจังหวัดบึงกาฬอยู่ในระดับเสี่ยงประมาณร้อยละ 35.42 และประมาณ ร้อยละ 22.76 ตามลำดับ เกษตรกรส่วนใหญ่ใช้สารเคมี กำจัดแมลงและศัตรูพืชร้อยละ 87.27 รองลงมาฉีด พ่นสารเคมีกำจัดวัชพืช ร้อยละ 83.64 กระบวนการ ผลิตยางพาราเริ่มตั้งแต่การปลูกลูกยางพารา การกรีดยางพารา การทำยางแผ่น และการดูแล บำรุงรักษาต้นยางพารา เกษตรกรสวนยางพารา ต้องสัมผัสกับสิ่งคุกคามสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านสารเคมี อาทิเช่น กรดฟอร์มิค ยาฆ่าหญ้า และยาป้องกันและกำจัดโรคแมลง^[3] ซึ่งพฤติกรรมขณะปฏิบัติงานของเกษตรกร ชาวสวนยางพาราอยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 53.20 และ ต้องสัมผัสกับสารเคมีเป็นเวลานาน ร้อยละ 25.30 การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายขณะทำงานมี การใช้กางเกงขายาวร้อยละ 95.20 และระดับ น้อยที่สุด ได้แก่ ผ้าปิดปาก ร้อยละ 51.60^[4] รวมถึงมีการใช้ผ้าปิดปากและถุงมืออย่างเป็นทางการ ส่งผลให้เกษตรกรสวนยางพารามีโอกาส สัมผัสกับปัจจัยอันตรายจากสภาพแวดล้อมในการทำงานเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพอนามัยและ ความเจ็บป่วย^[5] ซึ่งผลกระทบจากการใช้สารเคมี กำจัดศัตรูพืชพิษเฉียบพลันมักแสดงอาการทันที หลังจากได้รับพิษ ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ปวดคอกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อเกร็งหรือ กระตุก อาการท้องร่วง หายใจติดขัด ตาพร่า แสบตา เป็นต้น อาการตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงขั้นเสียชีวิต

ส่วนพืชเรื้อรังสาเหตุเกิดจากการสัมผัสสารเคมีผ่านทางผิวหนัง การสูดดมละอองสารเคมีที่ฟุ้งกระจายในอากาศ การรับประทานอาหารหรือการดื่มน้ำที่มี

การปนเปื้อนสารเคมีสะสมเป็นระยะเวลาอันยาวนานทำให้เกิดโรค เช่น โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคผิวหนังต่าง ๆ หมัน พิกัดตั้งแต่แรกเกิด สูญเสียการได้ยิน และเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ เป็นต้น อาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตสูงถึง 2,193 ราย เฉลี่ยปีละ 600 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 67.14 พบในเกษตรกรกลุ่มวัยทำงาน อายุระหว่าง 15 – 59 ปี^[2] จากรายงานข้อมูลการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า มีผู้ป่วยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช กลุ่ม Organophosphate และ Carbamate เฉลี่ยต่อปีมีจำนวนผู้ป่วยประมาณ 5,000 ราย และสูญเสียค่ารักษาพยาบาลกว่า 22 ล้านบาท^[6] นอกจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพยังส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ และระบบสิ่งแวดล้อมสร้างความเสียหายต่อระบบนิเวศ

จากการศึกษาของสุจิตรา ยอดจันทร์และคณะ^[7] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของชาวนาในจังหวัดพิษณุโลก พบว่า ชาวนามีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสูงขึ้นแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้มีผลต่อการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในทางที่ดีขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของพรทิศา ทบคลัง และพรธณี บัญชรหัตถกิจ^[8] ได้ศึกษาผลของโปรแกรม

การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรผู้ปลูกมันสำปะหลังอำเภอเสิงสาง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีผลการตรวจปริมาณเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดระดับที่ปลอดภัยเพิ่มขึ้น จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น จึงมีความสำคัญและความจำเป็นต้องส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และลดระดับการทำงานเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดให้อยู่ในระดับปลอดภัย จึงได้ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับความรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากในแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อและการปฏิบัติตนที่แตกต่างกัน จึงจำเป็นต้องส่งเสริมให้มีการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารการป้องกันอันตรายและการบริการด้านสุขภาพเพื่อให้บุคคลเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์หรือโทษจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เกิดแรงจูงใจในการป้องกันตนเอง และสามารถสื่อสารความรู้เกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและวิธีการจัดการตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชไปยังบุคคลอื่นจนเกิดทักษะการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติตนที่เหมาะสมในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้อย่างถูกต้อง รวมถึงการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพในยุคปัจจุบันร่วมกับการตรวจหา ระดับ Cholinesterase enzyme ในเลือดเกษตรกรสวนยางพารา โดยใช้ Cholinesterase reactive paper ในการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อ

ส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรสวนยางพาราอำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ จนเกิดเป็นโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และลดระดับการทำงานของ Cholinesterase enzyme ในเลือด เกษตรกรสวนยางพาราให้อยู่ระดับปกติหรือระดับปลอดภัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรสวนยางพาราอำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

4. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าสัดส่วนเกษตรกรที่มีระดับ Cholinesterase enzyme ในเลือดอยู่ระดับปลอดภัย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

5. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าสัดส่วนเกษตรกรที่มีระดับ Cholinesterase enzyme ในเลือดอยู่ระดับปลอดภัย ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนการทดลอง

3. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีสัดส่วนเกษตรกรที่มีระดับ Cholinesterase enzyme ในเลือดอยู่ระดับปลอดภัยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนการทดลอง

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) ในเกษตรกรสวนยางพาราที่มีระดับ Cholinesterase enzyme ในเลือดอยู่ระดับเสี่ยงหรือระดับไม่ปลอดภัย อายุระหว่าง 18 – 59 ปี แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (comparison group) ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

โปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช
2. การรับรู้ถึงความรุนแรงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช
3. การรับรู้ถึงประโยชน์ในการมีพฤติกรรมจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้อง
4. การรับรู้ถึงอุปสรรคในการมีพฤติกรรมจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้อง
5. การเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารการป้องกันอันตรายและการบริการสุขภาพจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช
6. ความรู้ ความเข้าใจ ข้อมูลการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้อง
7. การสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช
8. การจัดการตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้อง
9. การตัดสินใจใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้อย่างถูกต้อง
10. การรู้เท่าทันสื่อสุขภาพในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ตัวแปรตาม

พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในเรื่องดังต่อไปนี้

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช
2. การรับรู้ถึงความรุนแรงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช
3. การรับรู้ถึงประโยชน์ในการมีพฤติกรรมจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้อง
4. การรับรู้ถึงอุปสรรคในการมีพฤติกรรมจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้อง
5. การเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารการป้องกันอันตรายและการบริการสุขภาพจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช
6. ความรู้ความเข้าใจการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้อง
7. การสื่อสารการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช
8. การจัดการตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้อง
9. การตัดสินใจและเลือกใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้อย่างถูกต้อง
10. การรู้เท่าทันสื่อการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช
11. พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ระดับ Cholinesterase enzyme ในเลือด

ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เกษตรกรสวนยางพาราที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้
 เกณฑ์การคัดเลือก
 1. มีอายุระหว่าง 18 – 59 ปี
 2. ประกอบอาชีพเกษตรกรรมสวนยางพารา และใช้สารเคมีกำจัดศัตรูในกลุ่ม Organophosphate และ Carbamates อย่างน้อย

1 ปีขึ้นไป

3. สามารถอ่านออก เขียนและเข้าใจภาษาไทย ไม่มีปัญหาการได้ยิน
 4. สมักครใจ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย
 5. ผลการตรวจระดับ Cholinesterase enzyme ในเลือดอยู่ในระดับเสี่ยงหรือระดับไม่ปลอดภัย
 เกณฑ์การคัดออก
 1. มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคต่อหิน โรคกล้ามเนื้ออ่อนแอ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน

โรคอัลไซเมอร์ โรคตับ รวมถึงมีไข้ โรคปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคที่เกี่ยวข้องกับการแข็งตัวของเลือด

2. รับประทานยาแก้แสบ ยาแก้ปวด ยาลดไข้ ยารักษาโรคอัลไซเมอร์ ยารักษาอาการข้างเคียงโรคอัลไซเมอร์ ยารักษาการบาดเจ็บในสมอง ยารักษาโรคต่อหิน ยารักษาโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง ยารักษาโรคเบาหวาน หรือการรับเคมีบำบัด การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่างจากการศึกษาวิจัยใกล้เคียงของพรทิwa ทบคลังและพรณิบัญญัติหัตถกิจ^[8] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อการใช้

สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผู้ปลูกมันสำปะหลังอำเภอเสิงสาง จังหวัดนครราชสีมา เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 68 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 34 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 34 ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช 104.59 คะแนน (SD = 7.92) และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช 94.88 คะแนน (SD = 11.85) ซึ่งข้อมูลดังกล่าวนำมาใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันของ อรุณ จิรวัดน์กุล^[9] ดังนี้

$$\text{สูตรที่ใช้คำนวณ } n/\text{group} = \frac{2 (Z_\alpha + Z_\beta)^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

$$\text{แทนค่าในสูตร } n/\text{group} = \frac{2 (Z_\alpha + Z_\beta)^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

$$n/\text{group} = \frac{2 (1.64 + 1.28)^2 (101.57)^2}{(104.59 - 94.88)^2}$$

$$n/\text{group} = 22.62$$

$$n/\text{group} = 23 \text{ คน}$$

ปรับขนาดตัวอย่างที่คาดว่าจะสูญหาย ร้อยละ 1 เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการ

โดยไม่ตัด ผู้ที่สูญหายจากการติดตามออกจากการวิเคราะห์ตามสูตรคำนวณของอรุณ จิรวัดน์กุล^[9] ดังนี้

สูตรที่ใช้คำนวณ

$$n_{adj} = \frac{n}{(1 - R)^2}$$

แทนค่าในสูตร

$$n_{adj} = \frac{n}{(1 - R)^2}$$

$$n_{adj} = \frac{23}{(1 - 0.15)^2}$$

$$n_{adj} = 31.83$$

$$n_{adj} = 32$$

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้มีความเหมาะสมกับกิจกรรมจึงแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองจำนวน 32 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 32 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 64 คน การสุ่มตัวอย่าง

1. คัดเลือกพื้นที่อำเภอเมืองบึงกาฬจากทั้งหมด 8 อำเภอในจังหวัดบึงกาฬด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (sample random sampling) จับสลากตำบล ประกอบอาชีพเกษตรกรรมสวนยางพาราในอำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ จนครบขนาดตัวอย่างตามต้องการศึกษาจำนวน 2 ตำบลจากจำนวน 12 ตำบล ดำเนินการสุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 ได้ตำบลชัยพรให้เป็นกลุ่มทดลองและสุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 ได้ตำบลโนนสมบูรณ์ให้เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

2. คัดเลือกเกษตรกรสวนยางพาราที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 32 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 32 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถาม เรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรสวนยางพารา อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ประกอบด้วย 4 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 11 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้าน

สุขภาพ จำนวน 20 ข้อ และส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 14 ข้อ

2. แบบบันทึกระดับ Cholinesterase enzyme ในเลือดเกษตรกรสวนยางพารากลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ประกอบด้วย ชุดตรวจ Cholinesterase enzyme เครื่องปั่น Hematocrit เอกสารประกอบการบรรยาย เรื่อง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชนวัตกรรม “วงล้อความเสี่ยง เคมีศัตรูพืช” วิทยุทัศน์ “อันตรายจากการใช้วัตถุอันตราย ความเป็นพิษต่อร่างกายและสุขภาพ” สื่อความรู้ “ข้อควรปฏิบัติการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช” และใบงานสถานการณ์สมมุติเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

วิธีการดำเนินการวิจัย

กิจกรรมครั้งที่ 1 กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงจากการได้รับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตรวจระดับ Cholinesterase enzyme ในเลือด กิจกรรมส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชด้วย การบรรยายพร้อมแลกเปลี่ยนและกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ถึงความรุนแรงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชด้วยการบรรยายภาพตัวอย่างผลกระทบจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และรับชมวิทยุทัศน์

กิจกรรมครั้งที่ 2 กิจกรรมส่งเสริมให้เข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารการป้องกันอันตรายและการบริการสุขภาพ ด้วยการบรรยาย และกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยน และกิจกรรมส่งเสริมทักษะการติดต่อสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สารเคมี

กำจัดศัตรูพืชด้วยวิธีการอภิปรายกลุ่มสถานการณ์สมมุติ

กิจกรรมครั้งที่ 3 กิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชด้วยกิจกรรมกลุ่มสถานการณ์ตัวอย่าง และวิธีการจัดการความเสี่ยง กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์การมีพฤติกรรมจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ด้วยกิจกรรมกลุ่มการสวมอุปกรณ์ป้องกันตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 4 กิจกรรมส่งเสริมการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชด้วยการแจกใบงานผลิตภัณฑ์ตัวอย่างจากสื่อโฆษณาชวนเชื่อ 1 ผลิตภัณฑ์และวิเคราะห์ข้อมูลผลิตภัณฑ์

กิจกรรมครั้งที่ 5 กิจกรรมส่งเสริมการตัดสินใจใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ถึงอุปสรรคของพฤติกรรมจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชแจกใบงานสถานการณ์ตัวอย่างจากสื่อโฆษณา สื่อหนังสือพิมพ์ หรือสื่ออื่น ๆ ที่พบเห็นโดยเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสีย ปัญหาและอุปสรรค จากการเลือกใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

กิจกรรมครั้งที่ 6 กิจกรรมส่งเสริมการจัดการความเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชแจกใบงานสถานการณ์ตัวอย่างความเสี่ยงที่พบขณะปฏิบัติงานและวิธีการจัดการความเสี่ยง สื่อความรู้ และนวัตกรรม “วงล้อความเสี่ยง เคมีศัตรูพืช ”

กิจกรรมครั้งที่ 7 – 8 – 9 การติดตามกิจกรรมครั้งที่ 4 – 5 – 6 ด้วยวิธีกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนข้อมูล เรียนรู้ร่วมกันระหว่างกลุ่มทดลอง

กิจกรรมครั้งที่ 10 กิจกรรมกลุ่มค้นหา

เกษตรกรต้นแบบด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชพร้อมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

กิจกรรมครั้งที่ 11 การติดตามพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

กิจกรรมครั้งที่ 12 กิจกรรมประเมินผลหลังการอบรมด้วยการตรวจ Cholinesterase enzyme ในเลือดกลุ่มทดลองพร้อมแจ้งระดับความเสี่ยงรายบุคคลเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการทดลอง รวมถึงการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชตลอดระยะเวลา 11 สัปดาห์เปิดโอกาสซักถามและตอบประเด็นสงสัยเพิ่มเติม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive Statistics) ใช้สำหรับอธิบายลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (frequency) และร้อยละ (percent) การวัดเชิงปริมาณ ค่าเฉลี่ย (mean) ค่าต่ำสุด (minimum) ค่าสูงสุด (maximum) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t – test, Independent t – test และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าสัดส่วนด้วยสถิติ McNemar Chi – square test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง พบว่า เกษตรกรสวนยางพาราส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.8 อายุระหว่าง 50 – 59 ปี ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 71.9 ประกอบอาชีพเกษตรกรสวนยางพาราของตนเองมากที่สุด ร้อยละ 56.3 มีพื้นที่ปลูกยางพารามากกว่า 10 ไร่ ส่วนใหญ่มีหน้าที่ในการผสมและฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 43.8 ความถี่การใช้ประมาณ 3 – 4 วันต่อสัปดาห์ และมีระยะเวลาการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชประมาณ 1 – 5 ปี และมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 43.8

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า เกษตรกรสวนยางพาราส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.8 อายุระหว่าง 50 – 59 ปี ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 71.9 ประกอบอาชีพเกษตรกรสวนยางพาราของตนเองมากที่สุด ร้อยละ 56.3 มีพื้นที่ปลูกยางพารามากกว่า 10 ไร่ ส่วนใหญ่มีหน้าที่ในการผสมและฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 43.8 ความถี่การใช้ประมาณ 3 – 4 วันต่อสัปดาห์ และมีระยะเวลาการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชประมาณ 1 – 5 ปี และมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 43.8

จากตาราง 1 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.001$) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้น 4.81 คะแนน การรับรู้ถึงความรุนแรงเพิ่มขึ้น 3.56 คะแนน การรับรู้ถึงประโยชน์เพิ่มขึ้น 3.47 คะแนน และการรับรู้ถึงอุปสรรคเพิ่มขึ้น 7.94 คะแนน

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง

ความเชื่อด้านสุขภาพ		ก่อนทดลอง (n = 32)		หลังทดลอง (n = 32)		P - value
		\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง	กลุ่มทดลอง	18.47	2.91	23.28	1.51	< 0.001 *
	กลุ่มเปรียบเทียบ	18.69	4.20	18.84	4.47	< 0.001 **
การรับรู้ถึงความรุนแรง	กลุ่มทดลอง	18.44	3.82	22.00	2.17	< 0.001 *
	กลุ่มเปรียบเทียบ	18.78	4.70	18.81	3.64	< 0.001 **
การรับรู้ถึงประโยชน์	กลุ่มทดลอง	17.97	4.19	21.44	2.11	< 0.001 *
	กลุ่มเปรียบเทียบ	18.09	4.39	18.91	3.51	< 0.001 **
การรับรู้ถึงอุปสรรค	กลุ่มทดลอง	14.22	1.04	22.16	2.10	< 0.001 *
	กลุ่มเปรียบเทียบ	18.97	4.31	19.06	2.49	< 0.001 **

* เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภายในกลุ่ม (paired t – test)

** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่ม (independent t – test)

จากตาราง 2 พบว่า หลังการทดลอง ข้อมูลข่าวสารเพิ่มขึ้น 2 คะแนน ความรู้ความเข้าใจสุขภาพเพิ่มขึ้น 1.59 คะแนน การสื่อสารสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p – value < 0.001) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเข้าถึงแหล่งข้อมูลเพิ่มขึ้น 1.38 คะแนน การจัดการตนเองเพิ่มขึ้น 1.16 คะแนน การตัดสินใจเพิ่มขึ้น 2.44 คะแนน และการรู้เท่าทันสื่อเพิ่มขึ้น 1.25 คะแนน

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง

ความเชื่อด้านสุขภาพ		ก่อนทดลอง (n = 32)		หลังทดลอง (n = 32)		P -value
		\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร	กลุ่มทดลอง	6.75	2.19	8.75	1.16	< 0.001 *
	กลุ่มเปรียบเทียบ	6.81	1.86	6.84	2.29	< 0.001 **
ความรู้ความเข้าใจสุขภาพ	กลุ่มทดลอง	4.03	0.70	5.63	0.55	< 0.001 *
	กลุ่มเปรียบเทียบ	4.06	1.46	4.13	1.43	< 0.001 **
การสื่อสารข้อมูล	กลุ่มทดลอง	7.09	2.07	8.47	1.05	< 0.001 *
	กลุ่มเปรียบเทียบ	7.06	2.21	7.09	2.32	0.003 **
การจัดการตนเอง	กลุ่มทดลอง	13.06	1.81	14.22	1.04	< 0.001 *
	กลุ่มเปรียบเทียบ	12.94	2.87	12.81	2.02	< 0.001 **

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง (ต่อ)

ความเชื่อด้านสุขภาพ		ก่อนทดลอง (n = 32)		หลังทดลอง (n = 32)		P -value
		\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
การตัดสินใจ	กลุ่มทดลอง	15.31	2.71	17.75	1.52	< 0.001 *
	กลุ่มเปรียบเทียบ	15.25	2.58	15.28	3.30	< 0.001 **
การรู้เท่าทันสื่อ	กลุ่มกลุ่มทดลอง	11.16	2.38	12.41	1.41	0.005 *
	กลุ่มเปรียบเทียบ	11.19	2.60	10.94	2.76	0.009 **

* เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภายในกลุ่ม (Paired t – test)

** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่ม (Independent t – test)

จากตาราง 3 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสูงกว่าก่อนการทดลองเพิ่มขึ้น 9.06 คะแนน และมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.001$) โดย

มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสูงกว่าก่อนการทดลองเพิ่มขึ้น 9.06 คะแนน และมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเพิ่มขึ้น 8.97 คะแนน

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	n	\bar{X}	S.D	Mean Difference		95%CI	p-value
				df	t		
กลุ่มทดลอง							
ก่อนการทดลอง	32	55.50	6.98	9.06	31	6.66 ถึง 11.47	< 0.001
หลังการทดลอง	32	64.56	2.69				
กลุ่มเปรียบเทียบ							
ก่อนการทดลอง	32	55.75	8.06	0.16	31	-2.03 ถึง 1.72	0.866
หลังการทดลอง	32	55.59	8.74				

จากตาราง 4 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความแตกต่างสัดส่วนเกษตรกรที่มีระดับ Cholinesterase enzyme ในเลือดอยู่ระดับปลอดภัยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ไม่แตกต่างกัน

($p - value = 0.074$) และสูงกว่าก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกัน ($p - value = 0.108$) โดยมีระดับ Cholinesterase enzyme ในเลือดอยู่ระดับปลอดภัย ร้อยละ 87.5 และอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 12.5

ตาราง 4 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าสัดส่วนเกษตรกรที่มีระดับ Cholinesterase enzyme ในเลือด อยู่ระดับปลอดภัยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง

ระดับ Cholinesterase enzyme ในเลือด เกษตรกรสวนยางพารา	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		p - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
กลุ่มทดลอง					
ปกติ	0	0.0	4	12.5	0.108
ปลอดภัย	0	0.0	28	87.5	
เสี่ยง	19	59.4	0	0.00	
ไม่ปลอดภัย	13	40.6	0	0.00	
กลุ่มเปรียบเทียบ					
เสี่ยง	13	40.6	16	50.0	0.074
ไม่ปลอดภัย	19	59.4	16	50.0	

อภิปรายผล

ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรสวนยางพารา อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ พบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนุชนาฏ สรตะเดช และคณะ^[10] ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรอาชีพทำนาหมู่ที่ 10 ตำบลหนองบัว อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมี

กำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร มีประสิทธิภาพสามารถเพิ่มระดับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรอาชีพทำนาสูงขึ้น หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรทิศา ทบคลัง และพรรณนิ บัญชรหัตถกิจ[8] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรผู้ปลูกมันสำปะหลัง อำเภอเสิงสาง จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรผู้ปลูกมันสำปะหลัง

สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและเปรียบเทียบพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - \text{value} < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนุกุล หนูสุข^[11] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของผู้สูงอายุ ตำบลเสริมซ้าย อำเภอสว่างงามจังหวัดลำปาง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชหลังทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและคะแนนของพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และหลังการทดลอง มีค่าสัดส่วนเกษตรกรที่มีระดับ Cholinesterase enzyme ในเลือดอยู่ในระดับปลอดภัยเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพุทธมาศ ส่งคืนและคณะ^[12] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรปลูกข้าวนาปรัง ตำบลเพ็ชราม อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ ผลการศึกษา พบว่า

หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเปลี่ยนแปลงไปทางที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการทดลองและเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - \text{value} < 0.05$) กลุ่มทดลองมีค่าระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของเกษตรกรมีผลทำให้เกษตรกรปลูกข้าวนาปรังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงดีขึ้นโดยมีหลักการสำคัญคือ บทบาทแกนนำชุมชนเป็นผู้ขับเคลื่อนดำเนินการแก้ไขปัญหา โดยใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้
 - 1.1 การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรสวนยางพารา อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬมีประสิทธิภาพเพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ซึ่งมีผลต่อระดับ Cholinesterase enzyme ในเลือดอยู่ในระดับปลอดภัยเพิ่มขึ้น โดยจากการจัดกิจกรรมด้วยวิธีการแจกใบงานสถานการณ์ตัวอย่างจากสื่อโฆษณา สื่อหนังสือพิมพ์ หรือสื่ออื่น ๆ วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค พร้อมนำเสนอแลกเปลี่ยนกับเพื่อนเกษตรกรสวนยางพารา สามารถส่งเสริมการรับรู้ถึงอุปสรรคของพฤติกรรมจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มมากขึ้น

1.2 การจัดกิจกรรมกลุ่มร่วมกับกิจกรรมวิเคราะห์สถานการณ์ตัวอย่าง กิจกรรมใบงานช่วยส่งเสริมให้เกษตรกรเกิดการความรู้เกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช สามารถแสดงออกทางความคิดเห็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชซึ่งกันและกัน

2. ข้อเสนอแนะการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการติดตามระยะยาวเพื่อติดตามการตรวจคัดกรองระดับ Cholinesterase enzyme ในเลือดเกษตรกร และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพื่อเกิดความยั่งยืนต่อไป

2.2 ควรศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มผู้นำชุมชนหรือกลุ่มตัวแทนเกษตรกร เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างยั่งยืนร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมเข้ามามีส่วนช่วยสนับสนุน ส่งเสริมให้เกิดความเชื่อการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย

การปกป้องสิทธิ์กลุ่มเป้าหมาย

ผู้วิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE642003 ลงวันที่ 4 มีนาคม 2564

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุนอุดหนุนและส่งเสริมการทำวิทยานิพนธ์จากศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประจำปี 2564 อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ นายแพทย์

สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ สาธารณสุขอำเภอเมืองบึงกาฬ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชัยพรและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสมบูรณ์ และกลุ่มวิจัยเกษตรกรสวนยางทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- [1] กรมส่งเสริมการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. รายงานข้อมูลการผลิตพืชชนิดยางพารา. [ออนไลน์]. (2563). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 20 สิงหาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก [https://production.doae.go.th/service /site/ login](https://production.doae.go.th/service/site/login)
- [2] กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมปี 2561. [ออนไลน์]. (2561). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://envocc.moph.go.th>
- [3] ยศ บริสุทธิ์ และคณะ. เรามีกความเข้าใจปัญหาของเกษตรกรผู้ปลูกยางพาราย่อยในพื้นที่ส่งเสริมใหม่ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนจริงหรือ?. วารสารเกษตรศาสตร์ (สังคม) 2555; 35 : 235 – 48.
- [4] กษิณีเดช วิจิตรานนท์ และคณะ. ภาวะสุขภาพและปัจจัยคุกคามสุขภาพของเกษตรกรชาวสวนยางพารา กรณีศึกษาดำบลละอุ่นใต้ อำเภอละอุ่น จังหวัดระนอง. การประชุมวิชาการระดับชาติ การเรียนรู้เชิงรุก ครั้งที่ 6 “Active Learning

- ตอบโจทย์ Thailand 4.0 อย่างไร” มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์; 2561.
- [5] สมปอง พรหมพลจร และปิยธิดา คุหิรัญญรัตน์. ภาวะสุขภาพของผู้กรีดยางพาราในอำเภอบ้านฝ้อ จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2559; 4 (2) : 225 – 40.
- [6] สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. การเข้ารับบริการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.[ออนไลน์]. (2561). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 8 กันยายน 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://www.nhso.go.th>
- [7] สุจิตรา ยอดจันทร์และคณะ. ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของชาวนา. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2554; 5(2) : 45-6
- [8] พรทิวา ทบคลังและพรรณิ บัญชรหัตถกิจ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรผู้ปลูกมันสำปะหลังอำเภอเสิงสาง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสุขศึกษา 2562; 42(1) : 80 – 92 .
- [9] อรุณ จิรวัดน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ : วิทยพัฒน์; 2552.
- [10] นุชนาฏ ศรีทะเล และคณะ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร. วารสารควบคุมโรค 2559; 42(2): 108– 13. นุกูล หนูสุข. ผลของโปรแกรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของผู้สูงอายุ โดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในพื้นที่ตำบลเสริมชัย อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 พิษณุโลก 2561; 5(2) : 1 – 3 .
- [12] พุทธมาศ ส่งกิน และคณะ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรปลูกข้าวนาปรัง ตำบลเพี้ยราม อำเภอเมืองจังหวัดสุรินทร์. วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา 2561; 12(2) : 82 – 93.

บทความวิจัยต้นฉบับ :
สถานการณ์การรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลจังหวัดนครราชสีมา
The Situation of Medical Treatment for Chronic Kidney Disease in
Hospital, Nakhon Ratchasima Province

วัลลภา คงจันทร์มีตรกุล* และทัศนีย์ กาวกระโทก**

Wallapa Kongchanmitkul* and Tassanee Kawkratoke**

โรงพยาบาลโนนสูง*

NonSung Hospital*

โรงพยาบาลโชคชัย**

Chok Chai Hospital**

เบอร์โทรศัพท์ 08-1955-6107; E-mail: ry628@yahoo.com

วันที่รับ 8 ส.ค. 2564; วันที่แก้ไข 15 ต.ค. 2564; วันที่ตอบรับ 30 พ.ย. 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในสังกัดโรงพยาบาลจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 33 แห่งในเชิงกระบวนการดูแลรักษาและผลลัพธ์การให้บริการตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขระดับจังหวัด วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ย้อนหลัง 2 ปี ตั้งแต่ปี 2562 – 2563 ในประเด็นเป้าหมายผลงานตามตัวชี้วัดสาขาไต (1) การควบคุมโรคปัจจัยเสี่ยง (2) การได้รับยาที่เหมาะสมเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และการใช้ยาที่มีผลกระทบต่อไต และ (3) การติดตามภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังไม่สามารถควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงให้บรรลุตามเป้าหมายได้ทั้งโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับยา RAAS blockade เพื่อชะลอการเสื่อมของไต และมีแนวโน้มการสั่งจ่ายากลุ่มดังกล่าวร่วมกัน

ลดลง พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับยา statins มากกว่าร้อยละ 60 สำหรับการสั่งจ่าย NSAIDs พบปัญหาน้อยมากส่วนใหญ่บรรลุตามเป้าหมาย นอกจากนี้ยังพบแนวโน้มการสั่งจ่าย metformin ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4 ขึ้นไปลดลง การติดตามภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่ไม่บรรลุตามเป้าหมายและไม่พบการรายงานข้อมูล ในปี 2563 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3-4 ที่มีค่าอัตราการกรองของไต < 5 ml/min/1.73m² ต่อปีพบร้อยละ 66.93 และมีแนวโน้มโรงพยาบาลที่บรรลุตามเป้าหมายเพิ่มขึ้น รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงระยะของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่คงที่ร้อยละ 74.44 และ 75.96 ตามลำดับ การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรสอดคล้องกับแนวทางมาตรฐานและตอบสนองต่อตัวชี้วัดฯ เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เหมาะสม ปลอดภัย รวมทั้งมีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล การบริหารทางเภสัชกรรมมีบทบาทสำคัญในการช่วยค้นหาและแก้ไขปัญหากจากการใช้ยาที่มีผลกระทบต่อการทำงานของไต เพื่อช่วยชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระยะ

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง; ตัวชี้วัดสาขาไต; การบริหารทางเภสัชกรรม; การให้ยาสมเหตุผล

Abstract

This retrospective study aimed to survey the situation of medical treatment for chronic kidney disease (CKD) in 33 hospitals at Nakhon Ratchasima province. Data were retrieved from electronic database (Health data center) between 2018 – 2019 scal year. Three key performance indicator (KPI) of renal service plan were used as indicators of this study, ie (1) risk factor control (2) rational use of drug for prevent progression of renal failure (3) complication of chronic kidney disease. Descriptive statistic were used.

Mostly, CKD patients with risk factor were uncontrolled in hospitals. Most of patients did not receive RAAS blockade to slow progression of CKD. Patients who received two RAAS blocked were still found with decreased tendency. Statins were used in patients with CKD more than 60% for prevention of cardiovascular progression. NSAIDs were slightly used in patients with CKD. In addition, metformin were used in patients with CKD stage 4 with decreased tendency. Principally, laboratory examination for follow up system were not done and no report. In 2020, 66.93% of patients with CKD stage 3 and 4 with eGFR decline not more than 5 ml/min/1.73m²per year were found. Mostly, stage of patients with CKD

were remained stable at 74.44% and 75.96%, (stage 3 and stage 4) respectively. Clinical practice for CKD patients should be corresponding with clinical practice guideline and ministry of public health indicators in order to provide accuracy, and safety for patients. Intentionally, rational use of drug for patients with CKD should be concerned. Pharmaceutical care should be participated and integrated into treatment of patients with CKD to decreased drug related problems.

Key word: Chronic Kidney Disease; Service Plan of CKD; Pharmaceutical Care; Rational Drug use

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรัง (chronic kidney disease: CKD) เป็นปัญหาสุขภาพของประชากรทั่วโลกรวมทั้งระบบสาธารณสุขของประเทศไทย ปัจจุบันพบความชุกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยประมาณ 9 ล้านคน จากการศึกษาเพื่อสำรวจความชุกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป ของ Thai SEEK study ปี พ.ศ. 2550 - 2552 โดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พบความชุกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1 ถึง 4 ร้อยละ 17.50^[1] นอกจากนี้ยังพบว่ามีเพียงร้อยละ 1.9 เท่านั้นที่ตระหนักถึงโรคไตเรื้อรัง เนื่องจากในระยะแรกมักไม่แสดงอาการผิดปกติ ทำให้เสียโอกาสการรักษา โดยจะตรวจพบเมื่อการดำเนินโรคมามากขึ้นหรือเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายแล้ว จากข้อมูลของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 พบความชุก

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต 151,343 ราย รวมทั้งพบจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ 22,525 ราย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี^[2] รัฐบาลต้องมีค่าใช้จ่ายในการให้บริการด้วยวิธีการบำบัดทดแทนไตเฉลี่ยประมาณ 24,000 บาทต่อคนต่อปี หรือประมาณ 6 พันล้านบาทต่อปี^[3] ซึ่งยังไม่รวมค่าใช้จ่ายทางอ้อมต่าง ๆ

โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานร้อยละ 15.40 และ 7.20 ตามลำดับ^[4] และนอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคไตวายเรื้อรัง ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ อายุมากกว่า 60 ปี ประวัติครอบครัวเป็นโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมการบริโภคเค็ม การรับประทานยาสมุนไพร/ยาลูกกลอน/ยาชุด ยารักษาโรคประจำตัว เป็นต้น^[5]

โรคไตวายเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้จำเป็นต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง ผลกระทบต่อจิตใจ รวมทั้งมีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงมาก ได้แก่ ค่าใช้จ่ายสำหรับการฟอกไต การปลูกถ่ายไต ยากดภูมิคุ้มกัน รวมไปถึงค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิต ค่ารถ ค่าเดินทาง บุคลากรทางการแพทย์ต้องวางแผนการจัดการที่เหมาะสมผ่านการประเมินทางคลินิกและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมเพื่อควบคุมปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้การดำเนินโรคแย่ง รวมไปถึงส่งเสริมความร่วมมือของผู้ป่วยในการใช้ยาที่เหมาะสมตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันหรือชะลอการเสื่อมของไตไม่ให้เข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายหรือได้รับการบำบัดทดแทนไต^[3]

จากแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) กระทรวงสาธารณสุข สาขาไต ปี 2561 – 2565 มุ่งเน้นการพัฒนาเป้าหมายเพื่อชะลอการเสื่อมของไตและการบำบัดทดแทนไต เป้าหมายเพื่อการจัดตั้งคลินิกชะลอไตเสื่อมโดยสหวิชาชีพ มีบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีบริการฟอกไตทางช่องท้องแบบถาวร^[6] ข้อมูลการคัดกรองของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อค้นหาโรคไตเรื้อรังของจังหวัดนครราชสีมาพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 ขึ้นไป ในปี 2561, 2562 และ 2563 เท่ากับ 22,660, 22,823 และ 21,251 ราย ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 เท่ากับ 13,947, 14,226 และ 13,772 ราย ตามลำดับ สอดคล้องกับปัญหาของจังหวัดนครราชสีมา พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องฟอกไตทางช่องท้องแบบถาวร มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นปีละ 3,010, 3,465 และ 3,792 ราย ตามลำดับ และพบว่าแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตยังไม่ชัดเจน ซึ่งถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย รวมถึงการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และมีการติดตามการเปลี่ยนแปลงผลทางห้องปฏิบัติการ เพื่อเฝ้าระวังการทำงานของไต จะมีส่วนสำคัญในการชะลอ การเสื่อมของไตหรือการเปลี่ยนแปลงระยะของไตที่แย่ง การศึกษาครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาสถานการณ์ การติดตามรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โดยวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังของผลการดำเนินงานเพื่อตอบสนองตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขในสาขาไต และเชื่อมโยงผลลัพธ์การใช้จ่ายในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

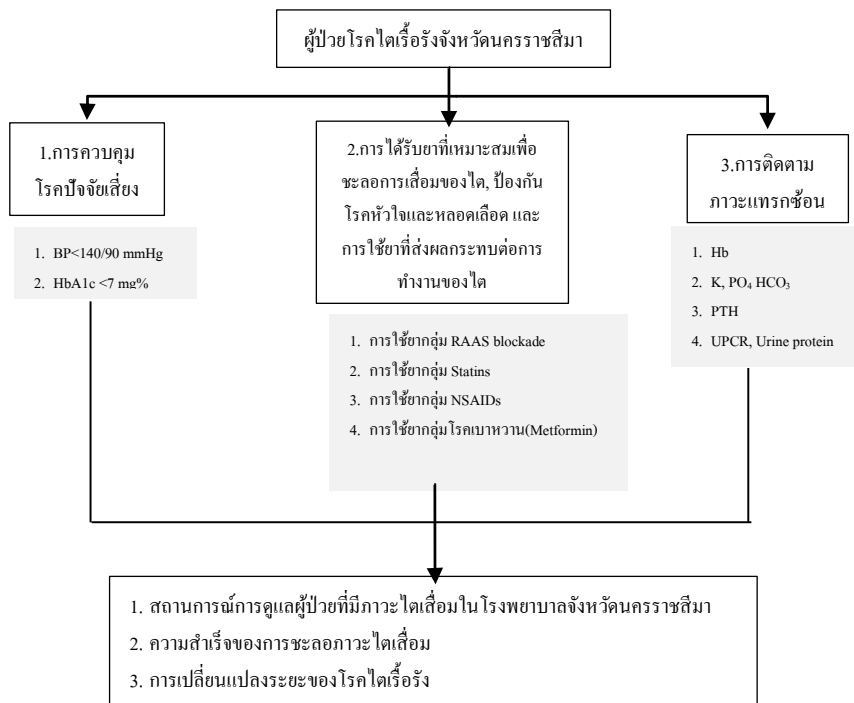
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การติดตามรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในประเด็นการใช้จ่ายผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลในสังกัดจังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การให้บริการตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขระดับจังหวัดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
3. เพื่อศึกษาการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการดำเนินโรคไตเรื้อรัง

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยการวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ โรงพยาบาลในสังกัดจังหวัดนครราชสีมา ย้อนหลัง 2 ปี ตั้งแต่ปี 2562 (13 พ.ย. 2561 ถึง 8 พ.ย. 2562) และ 2563 (9 พ.ย. 2562 ถึง 17 พ.ย. 2563) ประกอบด้วยข้อมูล ดังนี้ (1) ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข (health data center; HDC) ตัวชี้วัด service plan สาขาไต (2) ข้อมูลจากแบบรายงานสถานการณ์การดำเนินงานพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล (service plan RDU) ในประเด็นเป้าหมายตัวชี้วัดการใช้จ่ายที่มีผลทำให้เกิดผลกระทบต่อการทำงานของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

รวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลในสังกัดจังหวัดนครราชสีมา และนำข้อมูลมาวิเคราะห์สถานการณ์เชื่อมโยงให้เห็นกระบวนการดูแลและผลลัพธ์ที่สำคัญของการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขสาขาไต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-4 ที่รับบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 33 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลขนาด A จำนวน 1 แห่ง, M1-2 จำนวน 7 แห่ง, F1-3 จำนวน 25 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอข้อมูลเป็นความถี่และร้อยละ รายละเอียดการเก็บข้อมูลดังนี้ (1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 – 5 (2) ตัวชี้วัด service plan สาขาไต มีข้อมูลเพื่อตอบสนองตัวชี้วัดของความสำเร็จในการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 10 ตัวชี้วัด (3) ข้อมูลจากรายงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลใน ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของไต จำนวน 5 ตัวชี้วัด (4) ร้อยละผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงระยะของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 1 ตัวชี้วัด (5) ร้อยละความสำเร็จของการชะลอการเสื่อมของไต (ผู้ป่วยมีค่าอัตราการกรองของไตลดลงต่อปีน้อยกว่า 5 ml/min/1.73m² เป้าหมายของคลินิกชะลอไตเสื่อม

ร้อยละ 66) จำนวน 1 ตัวชี้วัด

ผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลย้อนหลัง 2 ปี ตั้งแต่ปี 2562 และ 2563 จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1 ถึง 4 มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 87.77 เป็น 89.23 ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 ร้อยละ 44.75 และ 46.82 ตามลำดับ สถานการณ์การติดตามรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสามารถสรุปตามเป้าหมายแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข สาขาไต 3 ข้อ ดังนี้

ข้อ 1 การควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1 – 4 ควบคุมความดันโลหิตได้ร้อยละ 70.53 และ 69.78 มีโรงพยาบาลบรรลุตามเป้าหมายเพียงร้อยละ 18.18 และ 9.09 ตามลำดับ และพบว่ายังไม่มีโรงพยาบาลแห่งใดที่มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมให้บรรลุตามเป้าหมาย

ข้อ 2 การใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพื่อช่วยชะลอการเสื่อมของไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1 – 4 ที่มีโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวานร่วมด้วย พบว่า (1) มีการใช้ยากลุ่ม Renin-angiotensin-aldosterone system (RAAS) blockade ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 46.71 และ 45.96 ตามลำดับ และมีจำนวนโรงพยาบาลบรรลุตามเป้าหมายเพียงแห่งเดียวเท่านั้น (ขนาด F3) (2) การสั่งใช้ยา กลุ่ม RAAS blockade ร่วมกัน 2 ชนิดขึ้นไป มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 36.36 เป็น 27.27 และมี

จำนวนโรงพยาบาลบรรลุตามเป้าหมายเพิ่มมากขึ้น จากร้อยละ 63.64 เป็น 72.73 (3) การได้รับยา กลุ่ม statins เพื่อการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 – 4 ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 64.59 เป็น 65.85 มีจำนวนโรงพยาบาลบรรลุตามเป้าหมายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60.61 เป็น 75.76 (4) มีการสั่งจ่ายยาแก้ปวดกลุ่ม Non-steroid anti-inflammatory agents (NSAIDs) ให้แก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 ขึ้นไปลดลงและบรรลุตามเป้าหมายทุกแห่ง (5) ผู้ป่วยนอกที่มีการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs

ซ้ำซ้อน บรรลุตามเป้าหมาย 32 แห่งคิดเป็นร้อยละ 96.97 พบการจ่ายซ้ำซ้อนเพียงร้อยละ 0.41 และ 0.16 ตามลำดับ (6) การจ่ายยา glibenclamide ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุมากกว่า 65 ปี และโรคไตเรื้อรังระยะ 3 ขึ้นไป พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีการจ่ายดังกล่าว และมีโรงพยาบาลที่ยังมีการจ่ายดังกล่าวลดลงจาก 5 แห่ง เป็น 2 แห่ง (7) จากการศึกษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4 ขึ้นไป และได้รับยา metformin ยังพบการสั่งใช้แต่น้อยมาก และมีแนวโน้มการจ่ายลดลงจากร้อยละ 0.006 เป็น 0.005 มีโรงพยาบาลไม่บรรลุตามเป้าหมาย 10 และ 12 แห่ง ตามลำดับ

ตาราง 1 แสดงผลการรักษาเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ของโรงพยาบาลในสังกัดจังหวัด นครราชสีมา*

ตัวชี้วัดแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาไต	ค่าเป้าหมาย(ร้อยละ)	ปี 2562	ปี 2563
การควบคุมโรคปัจจัยเสี่ยง			
- Blood pressure <140/90 mmHg (n,%)	>80	17,754(70.53)	17,805(69.78)
- HbA1C 6.5%-7.5% (n,%)	>40	2,693(19.90)	2,693(19.81)
การได้รับยาที่เหมาะสมเพื่อชะลอการเสื่อมของไตและยาที่มีผลกระทบต่อการทำงานของไต			
- RAAS blockade			
- ข้อมูลการจ่ายชะลอการเสื่อมของไต (n,%)	>60	11,758(46.71)	11,726(45.96)
- การใช้ร่วมกัน 2 ชนิด(n,%)	≤0	122(36.36)	141(27.27)
- Statins (n,%)	>60	12,069(64.59)	12,510(65.85)
- NSAIDs (n,%)			
- ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับยากกลุ่ม NSAIDs(n,%)	≤10	325(1.62)	285(1.42)
- ผู้ป่วยที่มีการใช้ยากกลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน (n,%)	≤5	1,076(0.41)	417(0.16)
- Glibenclamide (n,%)	≤5	11(6.55)	0(0.00)
- Metformin (n,%)	≤0	55(0.006)	42(0.005)

หมายเหตุ: *โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 33 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลขนาด A จำนวน 1 แห่ง, M1-2 จำนวน 7 แห่ง, F1-3 จำนวน 25 แห่ง

ข้อ 3 การได้รับการติดตามการรักษา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-4 ที่มารับบริการได้รับการตรวจและมีระดับ Hb หรือ Hct ปกติ พบว่ามีจำนวนโรงพยาบาลบรรลุตามเป้าหมายเพียง 2 แห่ง เท่านั้น และมีแนวโน้มการได้รับการตรวจเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 29.03 เป็น 36.29 ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ serum K และมีค่าผลการตรวจปกติไม่พบการรายงานข้อมูล 3 แห่ง และพบว่าโรงพยาบาลที่มีผลงานบรรลุตามเป้าหมายร้อยละ 97.45 และ 97.84 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 – 4 ได้รับการตรวจ serum HCO₃ และมีค่าผลการตรวจปกติ พบว่าไม่มีการรายงานข้อมูล 6 และ 2 แห่ง ตามลำดับ และบรรลุตามเป้าหมายลดลงจากร้อยละ 97.45 เป็น 77.94 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ

3 – 4 ได้รับการตรวจ Serum PO₄ และมีค่าผลการตรวจปกติ ส่วนใหญ่ไม่พบการรายงานข้อมูล มีโรงพยาบาลที่ได้รับการตรวจเพียง 12 และ 9 แห่ง ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3b-4 ได้รับการตรวจ Serum PTH และมีค่าผลการตรวจปกติ ส่วนใหญ่ไม่พบการรายงานข้อมูล มีเพียง 3 แห่งเท่านั้นที่พบข้อมูลและมีผลงานบรรลุตามเป้าหมายทุกแห่ง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1 – 4 ได้รับการตรวจ urine protein พบว่ามีโรงพยาบาลบรรลุตามเป้าหมายเพียง 4 และ 5 แห่ง ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1 – 4 ได้รับการประเมิน UPCR หรือ ACR อย่างน้อย 1 ครั้ง ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการตรวจ มีโรงพยาบาลที่ได้รับการตรวจเพียง 3 และ 6 แห่ง ตามลำดับ และบรรลุตามเป้าหมายในปี 2563 เพียงแห่งเดียว เท่านั้น

ตาราง 2 แสดงผลการติดตามเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในการชะลอการเสื่อมของไตของโรงพยาบาลในสังกัดจังหวัดนครราชสีมา

ตัวชี้วัดแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาไต	ค่าเป้าหมาย (ร้อยละ)	ปี 2562	ปี 2563
การได้รับการติดตามการรักษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน			
- Hemoglobin (Hb)>10gm/dl หรือ Hematocrit (Hct)>30% (n,%) [*]	>60	7,309(29.03)	9,259(36.29)
- Serum K(Potassium)<5.5 mEq/L (n,%)	>80	44,609(97.45)	43,670(97.84)
- Serum HCO ₃ (Bicarbonate)>22 mEq/L (n,%) ^{**}	>80	9,434(80.61)	9,648(77.94)
- Serum PO ₄ (Phosphate)≤4.6mg% (n,%) ^{**}	>50	2,134(93.68)	1,693(92.56)
- PTH (Parathyroid hormone) <500 pg/ml(n,%) ^{***}	>50	129(98.47)	172(99.42)
- Urine protein (n,%) [*]	>80	14,514(57.65)	13,821(54.17)
- UPCR (urine protein creatinine ratio)or ACR(albumin: creatinine ratio) (n,%) [*]	>40	323(1.28)	652(2.56)

หมายเหตุ : * ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-4, ** ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3-4, *** ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3b-4

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 – 4 ของโรงพยาบาลในสังกัดจังหวัดนครราชสีมาที่ได้รับการตรวจค่าการทำงานของไตย้อนหลัง 1 ปี มีค่าเป้าหมายความสำเร็จของคลินิกชะลอการเสื่อมของไต ผู้ป่วยที่มีค่าอัตราการกรองของไตลดลงน้อยกว่า 5 ml/min/1.73m² ต่อปี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 66 ในปี 2562 และ 2563 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการติดตามการ

ทำงานของไตทุกปีมีจำนวน 11,904 และ 18,033 ราย ตามลำดับ โดยภาพรวมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 – 4 มีค่าอัตราการกรองของไตลดลงต่อปีน้อยกว่า 5 ml/min/1.73m² มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 57.92 เป็น 66.93 และยังคงพบว่ามีจำนวนโรงพยาบาลในสังกัดจังหวัดนครราชสีมาที่บรรลุตามเป้าหมายเพิ่มขึ้นจาก 7 แห่ง เป็น 17 แห่ง

ตาราง 3 แสดงค่าอัตราการกรองของไตที่ลดลงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3-4 ของโรงพยาบาลในสังกัดจังหวัดนครราชสีมา

ผลลัพธ์	2562*	2563
จำนวนผู้ป่วยมีค่า eGFR <5 ml/min/1.73m ² /ปี(n,%)*	6,895(57.92)	12,069(66.93)
จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์(n,%)**	7(21.21)	17(51.52)

หมายเหตุ *Service plan สาขาไต ปี 2561-2562 ค่าเป้าหมาย eGFR <4 ml/min/1.73m²/ปี, **ค่าเป้าหมายมากกว่าร้อยละ 66.00

ในปี 2562 และ 2563 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไตเรื้อรังระยะ 1 – 4 หรือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่มีค่าประมาณอัตราการกรองของไตมากกว่าหรือเท่ากับ 15 ml/min/1.73m² พบว่าส่วนใหญ่

มีการเปลี่ยนแปลงระยะโรคไตเรื้อรัง (stage change) คงที่ร้อยละ 74.44 และ 75.96 ตามลำดับ มีการเปลี่ยนแปลงระยะโรคไตเรื้อรังดีขึ้นจากร้อยละ 16.74 เป็น 15.95 และมีการเปลี่ยนแปลงระยะโรคไตเรื้อรังแย่ลงจากร้อยละ 8.86 เป็น 8.09 ตามลำดับ

ตาราง 4 แสดงผลการเปลี่ยนแปลงระยะโรคไตเรื้อรัง ของโรงพยาบาลในสังกัดจังหวัดนครราชสีมา

การเปลี่ยนแปลงระยะโรคไตเรื้อรัง	ปี 2562	ปี 2563
	N=25,156	N=27,511
การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น(n,%)		
CKD stage 1 up	624(2.27)	655(2.60)
CKD stage 2 up	1,701(6.18)	1,447(5.75)
CKD stage 3 up	1,605(5.83)	1,360(5.41)
CKD stage 4 up	666(2.42)	551(2.19)
รวม การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น	4,596(16.74)	4,013(15.95)
การเปลี่ยนแปลงคงที่(n,%)		
CKD stage 1 คงที่	2,117(7.70)	1,788(7.11)
CKD stage 2 คงที่	3,164(11.5)	2,999(11.92)
CKD stage 3 คงที่	10,339(37.58)	10,133(40.28)

ตาราง 4 แสดงผลการเปลี่ยนแปลงระยะโรคไตเรื้อรัง ของโรงพยาบาลในสังกัดจังหวัดนครราชสีมา (ต่อ)

การเปลี่ยนแปลงระยะโรคไตเรื้อรัง	ปี 2562	ปี 2563
	N=25,156	N=27,511
CKD stage 4 คงที่	2,557(9.29)	2,422(9.63)
CKD stage 5 คงที่	2,301(8.36)	1,767(7.02)
รวม การเปลี่ยนแปลงคงที่	20,478(74.44)	19,109(75.96)
การเปลี่ยนแปลงลดลง(n,%)		
CKD stage Down --->2	4753(22.34)	272(15.21)
CKD stage Down --->3	1,125(35.56)	927(30.91)
CKD stage Down --->4	647(6.26)	675(6.66)
CKD stage Down --->5	192(7.51)	160(6.61)
รวม การเปลี่ยนแปลงลดลง	2,437(8.86)	2,034(8.09)

อภิปรายผลการวิจัย

สถานการณ์การติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสามารถสรุปตามเป้าหมายแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข สาขาไตได้ 3 ข้อ ดังนี้

1. การควบคุมภาวะโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ซึ่งมีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะ 3 ขึ้นไป ประมาณ 1.6 และ 1.9 เท่าตามลำดับ^[3] จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-4 ยังไม่สามารถควบคุมภาวะโรคได้ตามเป้าหมายทั้ง 2 กลุ่มโรค โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังมีการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมไม่ได้ตามค่าเป้าหมาย ซึ่งต้องอาศัยกลยุทธ์การดำเนินการตามบริบทของพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของประภารัตน์และคณะ เรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลชัยภูมิ ซึ่งพบว่าเมื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแล้ว ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 30 ราย สามารถควบคุม

ความดันโลหิตได้ดีขึ้นจากร้อยละ 40.30 เป็น 75.90 และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมได้ดีขึ้นจากร้อยละ 30.78 เป็น 82.05^[7] สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวลักษณ์ ชาวโพนทอง พบว่าผลการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยทีมสหวิชาชีพในคลินิกโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยากับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกโรคเบาหวานแบบเดิม ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจากร้อยละ 51.56 เป็น 60.48 ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมได้ดีกว่า จากค่า 8.822.22 mg% เป็น 6.9113.40^[8] ดังนั้นการควบคุมภาวะโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานให้อยู่ในระดับปกติเป็นเรื่องสำคัญที่สามารถช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้ อาจต้องมีการศึกษาเชิงลึกในแต่ละหน่วยบริการเพื่อค้นหาปัจจัยความสำเร็จเพื่อนำมาพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของจังหวัดต่อไป

2. การได้รับยาที่สมเหตุผลเพื่อช่วยชะลอการเสื่อมของไต พบว่ามีการสั่งใช้ยากลุ่ม

RAAS blockade ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-4 ไม่ถึงเกณฑ์เป้าหมาย ซึ่งไม่ได้กล่าวถึงผู้ป่วยที่มีข้อห้ามใช้ เช่น ผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เป็นโรคเบาหวาน แต่ไม่พบการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะและไม่ได้มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ผู้ป่วยตั้งครรภ์ ผู้ป่วยที่มีค่าครีเอตินินเพิ่มขึ้นจากค่าตั้งต้นมากกว่าร้อยละ 30 และผู้ป่วยมีระดับโปแทสเซียมในเลือดมากกว่า 5.5 mmol/L^[3,5] สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวลักษณ์ ชาวโพหนอง ในปี 2558 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับยากลุ่ม RAAS blockade ในคลินิกโรคไตเรื้อรังมากกว่าในคลินิกโรคเบาหวานแบบเดิมร้อยละ 78.74 และ 72.50 ตามลำดับ^[8] แต่อย่างไรก็ตาม ต้องคำนึงถึงข้อห้ามใช้ในผู้ป่วยแต่ละรายเป็นสำคัญด้วย ยาดังกล่าวมีกลไกยับยั้งการสร้าง angiotensin II ส่งผลให้หลอดเลือดแดงขาออกจากหน่วยไตขยายตัว จึงเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะไตทำงานบกพร่องจากการลดแรงดันใน glomerular และทำให้อัตราการกรองของไตลดลง^[9] ดังนั้นการได้รับยายังกล่าวควรได้รับการติดตามการทำงานของไตอย่างน้อยทุกปี เพื่อเฝ้าระวังการทำงานของไตที่ลดลงอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะในช่วงแรกของการได้รับยา^[3] การได้รับยากลุ่ม statins เพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 – 4 ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป โดยไม่จำเป็นต้องติดตามระดับไขมันในเลือด จากการศึกษาพบว่าบรรลุตามเป้าหมายทั้ง 2 ปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 64.59 เป็น 65.85 ซึ่งยังมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังบางส่วนไม่ได้รับยาดังกล่าว โดยเฉพาะโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งพบข้อมูลจากการศึกษาว่า

มีโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดถึง 3.4 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (HR, 95%CI 3.1-3.8) และมีโอกาสเสียชีวิตถึง 5.29 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (HR, 95%CI 5.4-6.5)^[10] ตามแนวทางผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอายุระหว่าง 18 – 49 ปี ควรได้รับยากลุ่ม statins เช่นกัน ถ้ามีภาวะอย่างใดอย่างหนึ่งร่วมกับ ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด หรือมีค่าประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจหลอดเลือดในระยะ 10 ปีมากกว่าร้อยละ 10^[5] ดังนั้นควรมีการปรับแนวทางเวชปฏิบัติของโรงพยาบาลให้มีความสอดคล้องกับแนวทางมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต่อไป จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 ขึ้นไปที่มีการส่งยากลุ่ม NSAIDs น้อยมากและผ่านเกณฑ์ค่าเป้าหมายทั้งหมด รวมทั้งผู้ป่วยนอกที่มีการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน พบการสั่งใช้น้อยมากเช่นกัน ยาในกลุ่มดังกล่าวมีกลไกยับยั้งการสร้าง prostaglandin I₂ และ prostaglandin E₂ ส่งผลให้หลอดเลือดแดงขาเข้าหน่วยไตหดตัว จึงเพิ่มความเสี่ยงทำให้เกิดการทำงานของไตบกพร่อง^[9] ซึ่งข้อมูลยังไม่รวมการได้รับยาจากแหล่งอื่น ๆ เช่น ร้านขายยา คลินิก ยาชุดจากร้านค้า เป็นต้น ดังนั้นการบริหารทางเภสัชกรรม การเยี่ยมบ้านเชิงลึกโดยเภสัชกรมีบทบาทสำคัญในการค้นหาและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา สอดคล้องกับการศึกษาของบุญรักษ์ ฉัตรรัตนกุลชัย ในปี 2562 ได้ทำการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่บ้านโดยเภสัชกรครอบครัว เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเก้าเลี้ยว ค้นพบปัญหาจากการซื้อยาใช้เอง (ยาชุด สมุนไพร ยาลูกกลอน ยาแผนปัจจุบัน) ร้อยละ 66.70 และยังช่วยแก้ไขปัญหามาจาก

การให้ยาให้ผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 93.20^[11] นอกจากนี้ยังพบว่ามีความโน้มเอียงการใช้ยา metformin ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4 ขึ้นไปลดลงจากร้อยละ 0.006 เป็น 0.005 เนื่องจากยา metformin เป็นยาที่ถูกแนะนำให้ใช้สำหรับรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นลำดับแรก ถ้าไม่มีข้อห้ามใช้ Metformin-associated Lactic Acidosis: MALA เป็นอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่พบน้อย แต่มีอาการรุนแรง โดยมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 30 – 50 ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดได้กับผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรังระดับปานกลางถึงรุนแรง^[9] ซึ่งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4 ขึ้นไปไม่แนะนำให้ใช้ยาดังกล่าว^[5] ดังนั้นเภสัชกรจึงมีบทบาทสำคัญในการบริหารทางเภสัชกรรมเพื่อช่วยป้องกันการเกิด MALA เช่น การคัดกรองใบสั่งยาเพื่อปรับขนาดยาให้เหมาะสมกับการทำงานของไต การทบทวนรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ (medication reconciliation) และหลีกเลี่ยงการใช้ยาในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิด MALA ให้คำแนะนำที่เหมาะสมในการเลือกซื้อยาจากแหล่งอื่น ๆ

3. การติดตามการรักษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เช่น ภาวะซีด สมดุลเกลือแร่และกระดูก สมดุลกรดต่างในเลือด ซึ่งยังไม่รวมถึงจำนวนการติดตามการทำงานของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแต่ละระยะ ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง KDIGO ปี 2012 แนะนำให้ติดตามการทำงานของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3a, 3b และ 4 จำนวน 1, 2 และ 3 ครั้งต่อปีตามลำดับ^[12] อาจจะเป็นข้อแนะนำในอนาคตเพื่อการดูแลผู้ป่วยในคลินิกโรคไตเรื้อรังต่อไป จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ serum K และมีค่าผลการตรวจปกติ ผ่านเกณฑ์ค่า

เป้าหมายทุกแห่ง แต่ข้อมูลไม่ได้จำเพาะกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หรือผู้ป่วยที่มีการใช้ยาในกลุ่ม RAAS blockade การรายงานผลทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เช่น Serum PO4, Serum PTH, urine protein และ UPCR หรือ ACR พบว่ามีการรายงานน้อยมาก ดังนั้นควรพัฒนาแนวทางการติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการค้นหาและแก้ไขปัญหามาจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ตามแนวทางมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของ KDIGO ปี 2012 ได้นิยามการทำงานของไตที่ลดลงอย่างรวดเร็ว (rapid progression) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีค่าเฉลี่ยของค่าอัตราการกรองของไตลดลงมากกว่า 5 มล/นาที่/1.73 ตร.ม.ต่อปี จากการศึกษาของ Aly และคณะพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีค่าเฉลี่ยของค่าอัตราการกรองของไตลดลงมากกว่า 4 มล/นาที่/ 1.73 ตร.ม.ต่อปี มีโอกาสเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ 1.54 เท่า^[13] จากการศึกษาของ Rifkin และคณะพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีค่าเฉลี่ยของค่าประมาณอัตราการกรองของไตลดลงมากกว่า 3 มล/นาที่/ 1.73 ตร.ม.ต่อปี มีโอกาสเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ 1.70 เท่า^[14] จากการศึกษาสถานการณ์การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อมในโรงพยาบาลจังหวัดนครราชสีมา พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีค่าอัตราการกรองของไตลดลงน้อยกว่า 5 มล/นาที่/ 1.73 ตร.ม.ต่อปีร้อยละ 57.96 และ 66.93 ตามลำดับ ซึ่งผลงานในปี 2563 บรรลุตามเป้าหมายตัวชี้วัด service plan สาขาไต และจำนวนโรงพยาบาลในสังกัดจังหวัดนครราชสีมา มีผลงานบรรลุตามเป้าหมายเพิ่มขึ้นจาก 7 แห่ง เป็น 17 แห่ง

นอกจากนี้ยังพบว่า การเปลี่ยนแปลงระยะของโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่คงที่ รองลงมาคือขึ้นและแย่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวลักษณ์ ชาวโพหนอง ได้ศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยทีมสหวิชาชีพในคลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พบว่าผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองของไตลดลงน้อยกว่า 4 มล/นาที/1.73 ตร.ม.ต่อปีร้อยละ 85.33 ส่งผลให้ผ่านตัวชี้วัดของระบบบริการสุขภาพในปี 2558 (ค่าเป้าหมายมากกว่าร้อยละ 50)^[8] การศึกษาของ จันทร์เพ็ญและคณะ ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรังในอำเภอบ้านธิจังหวัดลำพูน พบว่ามีผลต่อการชะลอการเสื่อมของไต โดยมีค่าเฉลี่ยของค่าประมาณอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 4 มล/นาที/1.73 ตร.ม.ต่อปีร้อยละ 94.44^[15] สอดคล้องกับการศึกษาผลการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 และ 4 ในคลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลตากฟ้า พบว่าผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตลดลงน้อยกว่า 4 มล/นาที/1.73 ตร.ม.ต่อปีร้อยละ 84.40 และระยะของโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่คงที่ รองลงมาคือขึ้นและแย่งร้อยละ 89.80, 8.30 และ 1.90 ตามลำดับ^[16] ดังนั้นเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังไม่ให้มีค่าอัตราการกรองของไตลดลงรวดเร็วจะช่วยชะลอการเสื่อมของไตและลดโอกาสการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ ซึ่งถ้านำแนวทางนี้มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยคลินิกโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่มีการทำงานของไตเสื่อมระยะต้น จะช่วยชะลอการเสื่อมของไตไม่ให้เข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายหรือการบำบัดทดแทนไตในอนาคตได้

จากการศึกษาครั้งนี้ถึงแม้จะพบว่า

โรงพยาบาลของจังหวัดนครราชสีมา มีผลงานผ่านตัวชี้วัด service plan สาขาไต แต่ยังพบจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีการทำงานของไตลดลงจำนวนมาก ซึ่งอาจจะมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความซับซ้อนและมีหลากหลายมิติ ไม่ว่าจะเป็นการดูแลเรื่องโรคประจำตัว อายุ อาหารเค็ม การดื่มน้ำยา การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ จิตสังคม เป็นต้น ซึ่งต้องอาศัยกระบวนการดูแลผู้ป่วยโดยสหวิชาชีพ ดังเช่นการศึกษาของ Wang และคณะ ในปี 2015 ได้ทำการศึกษาวิเคราะห์อภิมานและปริทัศน์แบบทั้งระบบของการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยสหวิชาชีพ พบว่าการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยสหวิชาชีพมีโอกาสเสียชีวิตจากทุกสาเหตุและการได้รับการบำบัดทดแทนไตน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติร้อยละ 38 (OR=0.62, p=0.01) และ 41 (OR=0.59, p=0.02) ตามลำดับ^[17] สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยและพัฒนารูปแบบการป้องกันและชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร โดยจัดตั้งคลินิกบูรณาการ (integrated care model) ให้การดูแลโดยสหวิชาชีพ พบว่าสามารถชะลอการเสื่อมของไตโดยมีค่าอัตราการกรองของไตแตกต่างกันเฉลี่ย 2.74 มล/นาที/1.73ตร.ม. ต่อ 2 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05)^[18] นอกจากการดูแลผู้ป่วยโดยสหวิชาชีพแล้ว การมีแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามแนวทางมาตรฐานที่สอดคล้องกับตัวชี้วัดจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลรักษาที่ถูกต้อง มีการใช้ยาที่สมเหตุผลเพื่อชะลอการเสื่อมของไต และได้รับการติดตามการทำงานของไตตามมาตรฐาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรออกแบบการศึกษาแบบไปข้างหน้า เพื่อเก็บข้อมูลที่สมบูรณ์และครบถ้วนมาวิเคราะห์การแก้ไขปัญหาต่อไป

2. ควรทำการศึกษาเชิงลึกเพื่อค้นหาปัญหาจากการใช้ยาอื่นๆในชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรครอบครัว การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติงาน/ผู้ป่วย

3. ทำการศึกษาเพื่อติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีการทำงานของไตลดลงอย่างรวดเร็วให้ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการชะลอการเสื่อมของไตตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

การปกป้องสิทธิกลุ่มเป้าหมาย

เนื่องจากการเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ใช้ข้อมูลผู้ป่วยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ไม่ได้ทำการศึกษาในมนุษย์ ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2564 ตามเอกสารที่รับรองเลขที่ NRPH 034

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก นพ.นรินทร์ รัชต์ พิษณุคามินทร์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา นางสุทธีณี เรืองสุพันธ์ุ เภสัชกรชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข นายปกรณ์ ริมประณาม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้างานข้อมูลข่าวสารและพัฒนา

ระบบสารสนเทศ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ที่ให้โอกาสได้ทำการศึกษาวิจัยและเสียสละเวลาในการให้คำปรึกษา แนะนำ ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ของการทำวิจัยจนเสร็จสมบูรณ์ จึงขอขอบคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

- [1] Ingsathit A, Thakkinstian A, Chairprasert A, et al. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. *Nephrol Dial Transplant* 2009; 25(5): 1567 – 75.
- [2] คณะอนุกรรมการการลงทะเบียนการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. ข้อมูลการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย พ.ศ. 2559 – 2562. กรุงเทพฯ; 2562.
- [3] ชิดรัตน์ อภิญญา. คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
- [4] Tonghong A, Thapsitha K, Jongpiriya A. Chronic Diseases Surveillance Report, 2012. Bureau of epidemiology, Thailand. 2012; 129(88): 1 – 113.
- [5] สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรค

- ไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย; 2558.
- [6] กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาไต. กรุงเทพมหานคร: สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2561.
- [7] ประภารัตน์ ประยูรพรหม จุฑารัตน์ บางแสน สมควร พิรุณทอง และคณะ. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลชัยภูมิ. วารสารกองการพยาบาล 2559; 43(1): 12 – 33.
- [8] เสาวลักษณ์ ชาวโพหนอง. ผลการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2558; 5(3): 197 – 206.
- [9] วันทนี อภิชนางษ์. บทความรายงานผู้ป่วย (case report) กรณีศึกษา metformin-associated lactic acidosis. สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) 2563; 30(1): 26 – 33.
- [10] Go AS, Chertow GM, Fan D et al. Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization. N Engl J Med 2004; 351(13): 1296 – 305.
- [11] บุญรักษ์ ฉัตรรัตนกุลชัย. การบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่บ้านโดยเภสัชกรครอบครัวเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร 2562; 16(3): 87 – 95.
- [12] National Kidney Foundation. KDIGO 2012 Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. Kidney International Supplements 2012; 3(1): 1–150.
- [13] Al-Aly Z, Zeringue A, Fu J, et al. Rate of kidney function decline associates with mortality. J Am Soc Nephro 2010; 21(11): 1961 – 9.
- [14] Rifkin DE, Shlipak MG, Katz R, et al. Rapid kidney function decline and mortality risk in older adults. Archives of internal medicine 2008; 168 (20): 2212 – 8.
- [15] จันทร์เพ็ญ ประโยชน์ กชกร พุชา และวินัย กล่อมแก้ว. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรังในอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563; 29(6): 1035 – 43.
- [16] วสันต์ พนธรา. ผลการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ในคลินิกโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลตากฟ้า. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร 2563; 17(2): 44 – 51.
- [17] Wang SM, Hsiao LC, Ting IW, et al. Multidisciplinary care in patients with chronic kidney disease: A systematic

- review and meta-analysis. European journal of internal medicine 2015; 26(8): 640 – 5.
- [18] Jiamjariyaporn T, Ingsathit A, Tungsanga K, et al. Effectiveness of integrated care on delaying chronic kidney disease progression in rural communities of Thailand (ESCORT study): a cluster randomized controlled trial. BMC Nephrology 2017; 18(1): 1 – 10.

บทความวิจัยต้นฉบับ :
การพัฒนามาตรฐานกระบวนการผลิตอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาลสิคิ้ว
จังหวัดนครราชสีมา
Development of Food Safety Standard in Sikhiu Hospital, Nakhon
Ratchasima Province.

วัลัญชัชชา เขตบำรุง* มะลิ โปธิพิม** พงศภัทร ภิญโญ*** ธมณ กลิ่งทะเล****
Valanchaya Ketbumroong* Mali Photipim** Phongphat Phinyo*** Tamon Klingtalae****
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล***

Vongchavalitkul University***

โรงพยาบาลสิคิ้ว***

Sikhiu - Hospital***

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา****

Nakhonratchasima Health Provincial Ofce****

เบอร์โทรศัพท์ 09-3356-2992; E-mail : Valanchaya_ket@vu.ac.th*

วันที่รับ 4 พ.ย. 2564; วันที่แก้ไข 1 ธ.ค. 2564; วันที่ตอบรับ 24 ธ.ค. 2564

บทคัดย่อ

การศึกษากครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมและสารเคมีปนเปื้อนในผลผลิต พัฒนารูปแบบการจัดการโซ่อุปทานสินค้าเกษตรตามมาตรฐานอาหารปลอดภัย และพัฒนาระบบตรวจสอบมาตรฐานอาหารปลอดภัยที่ได้รับจากเครือข่ายเกษตรกรผู้โรงพยาบาลสิคิ้ว กลุ่มผู้ให้ข้อมูล จำนวน 30 คน โดยการเลือกแบบเจาะจงเกี่ยวข้องกับกระบวนการผลิตอาหารปลอดภัย ได้แก่ กลุ่มงานโภชนาการศาสตร์เกษตรกร นักวิชาการเกษตร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอผู้ป่วย พระสงฆ์ และประชาชน เครื่องมือที่ใช้คือแบบคำถามสนทนากลุ่มย่อย เก็บรวบรวมข้อมูลเดือน เมษายน 2562 ถึง มีนาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ และเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพสิ่งแวดล้อม

ในพื้นที่ผลิตวัตถุดิบอาหารปลอดภัยตามดัชนีบ่งชี้คุณภาพน้ำทางกายภาพและทางเคมีอยู่ในคุณภาพดี ดินมีความเป็นกรดเล็กน้อย ผัก ผลไม้มีสารเคมีปนเปื้อนในระดับปลอดภัย (ร้อยละ 77.3) รูปแบบโซ่อุปทานแบบใหม่ เพื่อส่งสินค้าเกษตรตามมาตรฐานอาหารปลอดภัย เข้าสู่โรงพยาบาลสิคิ้ว มีกระบวนการหลัก 9 กิจกรรม ได้แก่ (1) การวางแผนตารางการเพาะปลูก (2) การจัดหาวัตถุดิบในการเพาะปลูก (3) การจัดหาลูกไร่ (4) การเพาะปลูก เก็บเกี่ยวผลผลิต และสุ่มตรวจสอบสารเคมี (5) การจัดส่งผลผลิตจากเกษตรกรไปยังกลุ่ม (6) การรวบรวมโดยกลุ่ม (7) การจัดส่งผลผลิตไปยังโรงพยาบาล (8) การวางแผนการสั่งซื้อผลผลิตของโรงพยาบาล (9) การสั่งซื้อผลผลิตจากเกษตรกร การพัฒนาระบบตรวจสอบมาตรฐานอาหารปลอดภัยจากเครือข่ายเกษตรกรผู้โรงพยาบาลสิคิ้ว มี 27 ข้อ แบ่งเป็น 3 หมวด ได้แก่

บทความวิจัยต้นฉบับ

หมวดผู้ผลิต หมวดจำหน่ายผลผลิต และหมวดผู้บริโภค ดังนั้น เพื่อให้โรงพยาบาลดำเนินงานตามนโยบายให้มีประสิทธิภาพ ควรมีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การพัฒนามาตรฐานกระบวนการผลิต; อาหารปลอดภัย

Abstract

This research is Participatory Action Research-PAR. aimed at studying Environmental quality and chemical contaminants in products of food safety production areas. Development of Supply Chain Management of Agricultural According to the Food Safety Hospital Standard of Sikhui hospitals and Food safety monitoring system received from the farmer's network to Sikhui hospital. The informant group Patients 30 people. selectively selecting from sectors involved in the manufacturing process and food safety policies in hospitals. Were Nutrition Science Group, farmer representative, agricultural scholar, District and provincial public health ofces, representatives of patients, monks and the general public. Tools used is consists of question form workshop small group. Data were collected between April 2019 and March 2020. Explain the data with descriptive statistics, i.e. number, percentage.

The results, Environmental quality in the production area of food safety ingredients found good quality of water, soil with slightly mild acid ph. The result from checking insecticides in vegetables and fruit (77.3%). New management of supply chain model which were composed of (1) Planning for planting; (2) Finding materials used in planting; (3) recruiting personnel, (4) planting, harvesting, and randomly selected the products to be checked for insecticide residual; (5) Taking the products from the producers to the group; (6) Collecting and preparing the products to be ready for being sent to; (7) Sending correspondingly appropriate amount ordered to purchasing customers; (8) Creating hospital plan for purchasing the products; (9) The hospital purchasing the products. The guideline consisted 27 items divided into 3 main categories, firstly, producers whom Secondly, produce, and thirdly, consumers. Therefore, in order for the hospital to operate according to the food safety hospital policy to be effective. should be a systematic and continuous operation.

Key words : Development of Production Process Standards; Food Safety.

บทนำ

อาหารปลอดภัยมีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิตในสถานการณ์ปัจจุบันเป็นอย่างมาก เนื่องจากปัจจุบันการบริโภคอาหารที่ปนเปื้อนสารเคมียาปฏิชีวนะและจุลินทรีย์ก่อโรคเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากร 3 ล้านคนทั่วโลกต่อปี และเกิดโรคอาหารเป็นพิษประมาณ 1.5 ล้านคนทั่วโลกต่อปี^[1] กระทรวงสาธารณสุขเห็นความสำคัญของการบริโภค

อาหารที่สะอาดปลอดภัย จึงกำหนดนโยบาย ส่งเสริมสนับสนุนให้โรงพยาบาลทุกแห่งเป็น “โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย”^[2] เพื่อสนับสนุน การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2560 – 2579 แผนงานที่ 3^[3] ภายใต้ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน โรคเป็นเลิศและถือเป็นการพัฒนาระบบบริการ สุขภาพของโรงพยาบาลตามแผนพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ ในปี 2561 เป็นปีการรณรงค์การ บริโภคผัก ผลไม้ปลอดภัยในโรงพยาบาล ปี 2562 กำหนดให้โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย เป็นตัวชี้วัด สำคัญปรากฏในเกณฑ์ลำดับที่ 15 ระดับดีมากของ การประเมิน Green & Clean Hospital ในปี 2563 เป็นปีแห่งอาหารปลอดภัย คนไทยปลอดโรคนโยบายให้กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงาน ในสังกัดเป็นเขตปลอดสารพิษ

กรมควบคุมโรค^[4] ได้รายงานสถานการณ์ การดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและ ภัยสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบประจำปี พ.ศ. 2563 ในพื้นที่ 76 จังหวัด พบผู้ป่วยด้วยโรค พิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในปี 2560 มีอัตราป่วย 16.81 ต่อประชากรแสนราย ซึ่งมีจำนวน เพิ่มขึ้น 1,117 ราย เทียบจากปี 2559 (อัตราป่วย 14.47 ต่อประชากรแสนราย) อีกทั้งยังพบผู้ป่วยสัมผัส สารกำจัดวัชพืชพาราควอต จำนวน 502 ราย ตั้งแต่ พ.ศ. 2556 – 2560 โดยได้รับสารแบบไม่ได้ตั้งใจ และมีแนวโน้มสูงขึ้น ทั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ อยู่ในกลุ่มอายุ 15 – 59 ปี นอกจากนี้สารเคมีเหล่านี้ยังส่งผลกระทบต่อสมาชิกภายในครัวเรือน โดยมีอาการผิดปกติหรือเจ็บป่วยที่อาจเกิดจาก การสัมผัสสารเคมีอันตราย 3 ชนิด ชนิดใดชนิดหนึ่ง หรือหลายชนิด ได้แก่ มือสัมผัสร่วมกับดินเซ 12,554 คน

ชาปลายมือ ปลายเท้า 79,645 คน ผิวหนังอักเสบ 22,569 คน เนื้อเน่า 641 คน ต้องทำการฟอกไต เป็นประจำ 2,349 คน มะเร็งเม็ดเลือดขาว 370 คน มะเร็งต่อมน้ำเหลือง 922 คน และปัญญาอ่อน 1,132 คน และมีอีกอย่างที่น่ากังวลคือ สารเคมี เกิดการตกค้างในผลผลิตผักที่วางจำหน่ายและ ประกอบปรุงให้ประชาชนในประเทศไทยได้รับ ประทานทุกวัน ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเครือข่าย เตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช^[5] พบว่าผลการตรวจ วิเคราะห์ มีผักและผลไม้มากถึง 58.7% ที่พบสาร พิษตกค้างเกินมาตรฐาน ทั้งนี้ผักที่พบการตกค้าง เกินมาตรฐานมากที่สุด คือ มะเขือเทศ พริกชี้หนู พริกแดง ขึ้นฉ่าย คะน้า มีการตกค้างเกินมาตรฐาน ทั้งหมดทุกตัวอย่าง (100%) จากที่เก็บมาชนิดละ 16 ตัวอย่าง

จากข้อมูลดังกล่าวจึงทำให้นานาประเทศ จัดตั้งภาคีพันธมิตรที่ให้ความร่วมมือกัน เพื่อที่จะ ยกระดับการทำงานความปลอดภัยด้านอาหาร (food safety) เพื่อที่จะลดความเจ็บป่วยที่ได้รับจาก การแพร่ระบาดของอาหาร (food safety research consortium) อย่างต่อเนื่อง^[6] การดำเนินนโยบาย อาหารปลอดภัยในโรงพยาบาลจึงมีเป้าหมายสำคัญ ในการดำเนินงาน 3 เรื่องหลัก ได้แก่ (1) การเผยแพร่ ความรู้และสื่อสารให้ประชาชนปรับพฤติกรรม เสี่ยง โดยเลือกซื้อ และบริโภคอาหารที่มีความสะอาด และปลอดภัย มีคุณค่าต่อการส่งเสริมสุขภาพ (2) การพัฒนาองค์กรที่มีหน้าที่รับผิดชอบ ทั้ง ภาครัฐ เอกชนและชุมชน การตรวจ วิเคราะห์ และควบคุมคุณภาพ เพื่อยกมาตรฐานการผลิต การจำหน่ายอาหาร เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค (3) ปรับปรุงกฎหมาย กฎ ระเบียบ และมาตรการ ในการกำกับดูแล ในปี พ.ศ. 2542 มีการจัดตั้ง

“ระบบความปลอดภัยด้านอาหารแห่งชาติ” (national food safety program) ซึ่งได้กำหนด ยุทธศาสตร์ไว้ 3 ประการ ได้แก่ (1) การพัฒนา โครงสร้างระบบบริหารและระบบข้อมูลด้านความปลอดภัยของอาหาร (2) การพัฒนาระบบกำกับดูแลการตรวจสอบและเฝ้าระวังด้านความปลอดภัยของอาหาร (3) การพัฒนาองค์ความรู้ พฤติกรรมเกี่ยวกับความปลอดภัยของอาหาร ทั้งนี้ เพื่อ กำหนดระบบความปลอดภัยด้านอาหารของประเทศ ผลักดันให้เกิดแผนงานโครงการต่าง ๆ การปรับปรุงกฎหมาย การติดตามควบคุมตลอดห่วงโซ่อาหาร โดยกำหนดเป้าหมายการพัฒนา “อาหารที่ผลิต แปรรูป จำหน่าย ไปจนถึง จัดเตรียม ขึ้นโต๊ะจะต้องเป็นอาหารที่บริโภคได้อย่างปลอดภัย” จึงมีการกำหนดยุทธศาสตร์ เพื่อให้ เกิดความปลอดภัยด้านอาหารไว้ 5 ด้าน ดังนี้ (1) การพัฒนามาตรฐานกฎหมายให้เป็นสากล (2) การพัฒนาความเข้มแข็งในการกำกับดูแลให้อาหารปลอดภัย (3) การพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค (4) การพัฒนาบุคลากรและกระบวนการ (5) การพัฒนาศักยภาพห้องปฏิบัติการ โดยองค์การอนามัยโลกได้มองเห็นว่านโยบายโรงพยาบาล อาหารปลอดภัย จะช่วยสร้างประชาชนทุกคน ให้มีความสุขที่ดี จึงได้มีการนำกฎบัตรออตตาวา (ottawa charter) มาประยุกต์เป็นแนวคิดหลัก เพื่อให้เกิดการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ ที่มุ่งเน้นให้เป็นศูนย์กลางของการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีของบุคคลและชุมชน ที่เป็นจุดเชื่อมโยงให้เกิดอาหารที่ปลอดภัยและโรงพยาบาลมีความเหมาะสมที่จะดำเนินการพัฒนาอาหารปลอดภัยแก่ผู้บริโภค^[7] เนื่องจากโรงพยาบาลสามารถเป็นจุดเชื่อมต่อระหว่าง

ผู้ป่วยและสภาพแวดล้อมทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของชุมชนได้ และมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนานโยบายสาธารณะในระดับพื้นที่ท้องถิ่น ภูมิภาค ในการเสนอกะบวนทัศน์ใหม่ทางสุขภาพที่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพ โดยไม่มองระบบสุขภาพแบบแยกส่วนออกจากสิ่งแวดล้อม และสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในลักษณะที่ทำให้พื้นที่นั้นน่าอยู่หรือมีสุขภาพดี (healthy setting approach) โดยมีโรงพยาบาลเป็นพื้นที่ที่มีความเหมาะสมอย่างยิ่ง ที่จะดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพแบบครบวงจร โดยการขยายเครือข่ายและการเรียนรู้ร่วมกันกับชุมชนในพื้นที่ตั้งของโรงพยาบาล^[6]

โรงพยาบาลสีคิ้วเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง จัดบริการอาหารผู้ป่วยเฉลี่ย 100 คน/วัน มีการตรวจพบสารเคมีปนเปื้อนในวัตถุดิบผักที่ส่งเข้าโรงพยาบาลจึงมีความกังวลถึงอาหารที่จัดทำให้ผู้ป่วย ในปี 2561 ได้รับนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ตามแนวทางการดำเนินงานที่กระทรวงสาธารณสุข มาสู่การปฏิบัติในโรงพยาบาลสีคิ้ว^[7] เพื่อให้สอดคล้องกับ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายสนับสนุนให้โรงพยาบาลในสังกัดทุกแห่งเป็นโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยให้ครบ 960 แห่งภายในปี 2562 ซึ่งโรงพยาบาลสีคิ้วเป็นหนึ่งในพื้นที่นำร่องในจังหวัดนครราชสีมาที่ดำเนินการในเขตสุขภาพที่ 9 ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์ มีโรงพยาบาลในพื้นที่รวม 92 แห่ง ได้ดำเนินการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยครบทุกแห่ง โดยรับซื้อวัตถุดิบที่ผ่านมาตรฐานที่ผ่านการตรวจวิเคราะห์สารปนเปื้อน อาทิ ยาฆ่า

แมลง บอแรกซ์ ฟอร์มาลิน สารกันรา สารฟอกขาว จากวิสาหกิจชุมชน 768 แห่ง พืชผักที่ผ่านมาตรฐาน (good agricultural practice : GAP) 2,901 แห่ง ประมง ที่ผ่าน GAP 195 แห่ง เนื้อสัตว์ที่ผ่าน GAP 623 แห่ง นอกจากนี้วัตถุดิบในการประกอบที่อาหารที่ปลอดภัย โรงครัวประกอบอาหารได้ผ่านมาตรฐานอาหารสะอาด รสชาติอร่อย (clean food good Taste : CFGT) ร้อยละ 91.56 และร้านอาหารในโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานอาหารสะอาด รสชาติอร่อย CFGT ร้อยละ 84.3 นอกจากนี้เขตสุขภาพที่ 9 ได้จัดตลาดนัดสีเขียว (green market) จำหน่ายพืชผักปลอดสารพิษ อาหารแปรรูปของเกษตรกรในชุมชน ในโรงพยาบาลจำนวน 68 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 73.9 สำหรับจังหวัดบุรีรัมย์มีตลาดนัดสีเขียวในโรงพยาบาลครบ 100% แต่ทั้งนี้ผลจากการพัฒนาการดำเนินงานที่ผ่านมา ยังดำเนินการไม่เป็นระบบและมาตรฐานที่ถูกกำหนดให้เป็นมาตรฐาน จึงทำให้เกษตรกรหลายรายมองว่าเป็นเรื่องยาก และมีขั้นตอนที่มากมายในการยื่นขอรับรอง จึงทำให้ประสบปัญหาในการจัดวัตถุดิบมาใช้ในการประกอบอาหารที่ขาดความต่อเนื่องและไม่เพียงพอกับการประกอบอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับการผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เกษตรอินทรีย์มีน้อย หายาก ราคาแพงกว่าปกติมาก และที่สำคัญการบริหารจัดการแต่ละโรงพยาบาลมีความแตกต่างกัน และบางโรงพยาบาลการบริหารจัดการอาจไม่เอื้อต่อการดำเนินโครงการนี้ จากการสำรวจมีโรงพยาบาล 626 แห่ง พบว่าร้อยละ 55 โรงพยาบาลเป็นผู้ผลิตอาหารให้ผู้ป่วยเอง ร้อยละ 24.6 ใช้วิธีจ้างเหมาบริการ และ ร้อยละ 63.2 โรงพยาบาลมีความต้องการในการพัฒนาความปลอดภัยของอาหาร

ในโรงพยาบาล^[8] จากข้อมูลดังกล่าวโรงพยาบาลสี่กั๊กมีความต้องการพัฒนามาตรฐานกระบวนการผลิตอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาลสี่กั๊กที่เกิดการดำเนินงานที่สอดคล้องกับปัญหาสถานการณ์ การปนเปื้อนของอาหาร ผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม มีกระบวนการผลิตที่ยังไม่ได้มาตรฐาน และเกี่ยวข้องกับบทบาทภารกิจความรับผิดชอบต่อสังคมของโรงพยาบาลที่ต้องมีต่อสังคม (social responsibility) คือการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันการเกิดโรค และการพัฒนาคุณภาพบริการอาหารที่สะอาดปลอดภัยและถูกหลักโภชนาการสำหรับผู้บริโภค และในการนำนโยบายอาหารปลอดภัยไปสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาล จะต้องได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ตั้งแต่การสนับสนุนของผู้บริหารโรงพยาบาล นโยบายที่มีความชัดเจน การสื่อสารทำความเข้าใจในนโยบายระหว่างผู้บริหารและปฏิบัติ โครงสร้างและการมอบหมายงานที่ชัดเจน การสนับสนุนทรัพยากรในด้านต่าง ๆ การบริหารจัดการตามมาตรฐานอาหารปลอดภัย การมีระบบควบคุมกำกับติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และการได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงาน ภายในและภายนอกโรงพยาบาล การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้การนำนโยบายอาหารปลอดภัยของโรงพยาบาล มีโอกาสที่จะประสบผลสำเร็จ การพัฒนานโยบายอาหารปลอดภัยของโรงพยาบาลและการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ นอกจากจะเป็นการตอบสนองต่อนโยบายอาหารปลอดภัยของกระทรวงสาธารณสุขและยังเป็นการช่วยสร้างความมั่นใจให้กับประชาชนผู้มารับบริการที่จะได้รับบริการอาหารที่มีความสะอาด

บทความวิจัยต้นฉบับ

และปลอดภัย และเป็นรูปแบบให้กับพื้นที่อื่นในการนำไปประยุกต์ใช้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

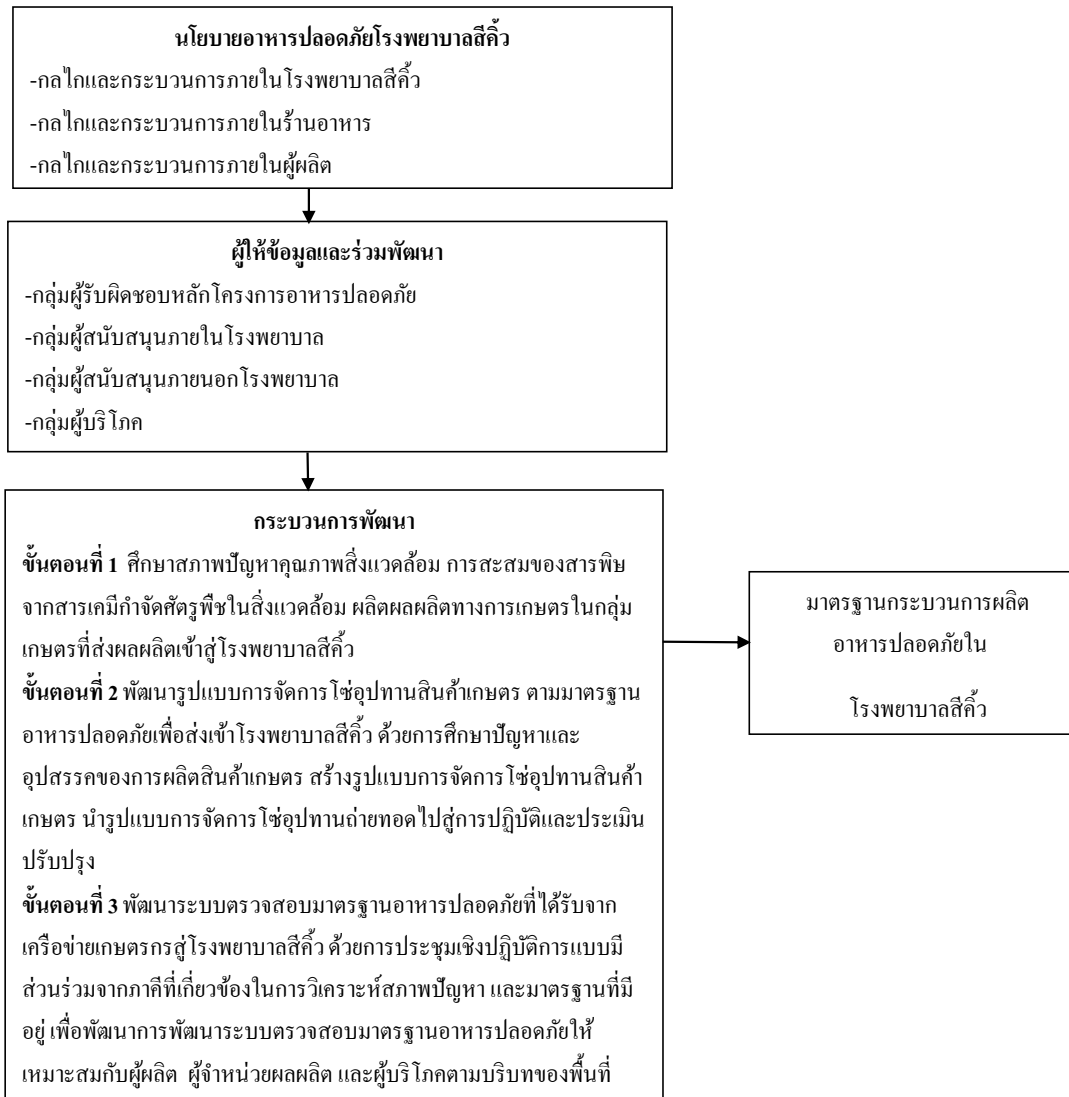
1. เพื่อศึกษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมและสารเคมีปนเปื้อนในผลผลิตของพื้นที่แหล่งผลิตอาหารปลอดภัย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการโซ่อุปทานสินค้าเกษตรตามมาตรฐานอาหารปลอดภัยสำหรับส่งเข้าสู่โรงพยาบาลสีแก้ว
3. เพื่อพัฒนาระบบตรวจสอบมาตรฐานอาหารปลอดภัยที่ได้รับจากเครือข่ายเกษตรกรสู่โรงพยาบาลสีแก้ว

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม สำหรับการพัฒนามาตรฐานกระบวนการผลิตอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาลสีแก้ว จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างเดือน มิถุนายน 2562 ถึง มีนาคม 2563 ดำเนิน

การในพื้นที่อำเภอสีแก้ว กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ใช้การสุ่มแบบเจาะจง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความเกี่ยวข้องโดยตรง แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้รับผิดชอบหลักโครงการ ได้แก่ นักโภชนาการ นักวิชาการ และพยาบาลที่รับผิดชอบโครงการอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล กลุ่มผู้สนับสนุนภายในโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ผู้ประกอบการร้านค้าและร้านค้าสวัสดิการในโรงพยาบาล กลุ่มผู้สนับสนุนภายนอกโรงพยาบาล ได้แก่ กลุ่มเกษตรกร ผู้ประสานงานเครือข่ายเกษตรกร ผู้ประกอบการที่จัดส่งวัตถุดิบและอาหาร เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานเกษตรอำเภอ เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัด อำเภอ และตำบล และเครือข่ายอาหารปลอดภัย กลุ่มผู้บริโภค ได้แก่ ผู้ป่วยญาติผู้ป่วย ผู้บริโภคที่มาซื้อผักผลไม้ในตลาดนัดของโรงพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนามาตรฐานกระบวนการผลิตอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล สีกี้ว มีรายละเอียด ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 30 คน ใช้การสุ่มแบบเจาะจง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความเกี่ยวข้องโดยตรง แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มผู้รับผิดชอบหลักโครงการ ได้แก่ นักโภชนาการ นักวิชาการ และพยาบาลที่รับผิดชอบโครงการอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล จำนวน 3 คน

2. กลุ่มผู้สนับสนุนภายในโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ผู้ประกอบการร้านค้าและร้านค้าสวัสดิการในโรงพยาบาล จำนวน 4 คน

3. กลุ่มผู้สนับสนุนภายนอกโรงพยาบาล ได้แก่ กลุ่มเกษตรกร ผู้ประสานงานเครือข่ายเกษตรกร ผู้ประกอบการที่จัดส่งวัตถุดิบและอาหาร เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานเกษตรอำเภอ เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัด อำเภอ และตำบล และเครือข่ายอาหารปลอดภัย จำนวน 17 คน

4. กลุ่มผู้บริโภค ได้แก่ ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ผู้บริโภคที่มาซื้อผัก ผลไม้ในตลาดนัดของโรงพยาบาล จำนวน 6 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างจำนวน 3 ข้อ โดยผ่านการพิจารณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัยร่วมกับ

ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ อยู่ในเกณฑ์ใช้ได้ทุกข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 โดยใช้กระบวนการการสนทนากลุ่มย่อยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1) ประเด็นสำหรับสนทนากลุ่มย่อยคำถามมี 3 ข้อใหญ่ ได้แก่ (1) สภาพปัญหาคุณภาพสิ่งแวดล้อม การสะสมของสารพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในสิ่งแวดล้อม และความเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในการทำเกษตร ผลิตผลผลิตทางการเกษตร (2) ปัญหาและอุปสรรคของการผลิตสินค้าเกษตรส่งเข้าโรงพยาบาลและรูปแบบที่ดำเนินการอยู่ (3) ปัญหาและมาตรฐานที่มีอยู่ และระบบอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล

2.2) ประเด็นสำหรับจัดประชุมเชิงปฏิบัติการคือ การวิเคราะห์และพัฒนารูปแบบการจัดการโซ่อุปทานสินค้าเกษตร ตามมาตรฐานอาหารปลอดภัยเพื่อส่งเข้าโรงพยาบาล สีกี้ว และการพัฒนาระบบตรวจสอบมาตรฐานอาหารปลอดภัยที่ได้รับจากเครือข่ายเกษตรกรสู่โรงพยาบาล

3. วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยการสรุปเนื้อหาเชิงพรรณนาแบบบรรยายใช้การวิเคราะห์แบบ Content Analysis เพื่อสังเคราะห์ตั้งแต่ กลไกและกระบวนการพัฒนา และผลที่เกิดจากการพัฒนาที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์

การสนทนากลุ่ม การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมและเอกสารต่าง ๆ เพื่อร่วมกันอธิบายปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าสถิติ ร้อยละ การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้

คณะผู้วิจัยดำเนินงาน จากกลุ่มที่เกี่ยวข้องโดยตรง 4 กลุ่มหลักได้แก่ กลุ่มผู้รับผิดชอบหลักโครงการอาหารปลอดภัย กลุ่มผู้สนับสนุนภายในโรงพยาบาล กลุ่มผู้สนับสนุนภายนอกโรงพยาบาล และกลุ่มผู้บริโภค จำนวน 30 คน มีกระบวนการดำเนินงาน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาคุณภาพสิ่งแวดล้อม การสะสมของสารพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในสิ่งแวดล้อม ผลผลิตผลิตทางการเกษตรในกลุ่มเกษตรกรที่ส่งผลผลิตเข้าสู่โรงพยาบาลสี่คิ้ว

(1) ลงพื้นที่สำรวจผู้ผลิต/จำหน่ายวัตถุดิบปลอดภัย ในพื้นที่ 10 ตำบล ได้แก่

(1.1) ตำบลวังโรงใหญ่ ได้แก่ ฝรั่ง ผัก

(1.2) ตำบลหนองบัวน้อย ได้แก่ แดงกวา ข้าวโพด ผักทั่วไป

(1.3) ตำบลหนองหญ้าขาว ได้แก่ ข้าวไรซ์เบอร์รี่ ข้าวหอมมะลิ ผัก

(1.4) ตำบลสี่คิ้ว ได้แก่ ผักบุ้ง กระน้ำ กวางตุ้ง ผักชี ผักพื้นบ้าน

(1.5) ตำบลมิตรภาพ ได้แก่ ไข่ไก่ หน่อไม้ฝรั่ง หน่อไม้ ผักหวานป่า

(1.6) ตำบลลาดบัวขาว ได้แก่ บวบ กระน้ำ กวางตุ้ง มะเขือ พริก ผักชีข้าวโพด

(1.7) ตำบลคลองไผ่ ได้แก่ อุ่น กระน้ำ กวางตุ้ง แดงกวา

(1.8) ตำบลหนองน้ำใส ได้แก่ หน่อไม้ กระน้ำ กวางตุ้ง พริก

(1.9) ตำบลดอนเมือง ได้แก่ มะเขือพริก

(1.10) ตำบลกฤษณา คือ ข้าวหอมมะลิ

(2) เก็บตัวอย่างสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ดิน และน้ำ จำนวน 10 จุด แบ่งเป็น

(2.1) การวิเคราะห์คุณภาพน้ำผิวดิน อุปกรณ์ที่ใช้ ได้แก่

(2.1.1) pH Meter เครื่องมือวิเคราะห์ค่าความเป็นกรด-เป็นด่าง ของน้ำ

(2.1.2) Dissolved Oxygen Meter รุ่น HI9147 เครื่องวัดปริมาณออกซิเจนในน้ำ

(2.1.3) Oakton Multi-parameter เครื่องวัดความนำไฟฟ้า (electrical conductivity) การวิเคราะห์ใช้เกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำในแหล่งน้ำผิวดิน ๕ เป็นไปตามธรรมชาติ (น้ำประเภที่ 1 ของกรมควบคุมมลพิษ 2537

(2.2) การวิเคราะห์คุณภาพดิน อุปกรณ์ที่ใช้ เครื่องวัดพีเอชในดิน ด้วยการใช้กระดาษทดสอบ - ต่าง (pH) ใช้เกณฑ์มาตรฐานของกรมพัฒนาที่ดิน ปี 2553

(3) วิเคราะห์ผลผลิตทางการเกษตร ผักผลไม้ จำนวน 60 ตัวอย่าง โดยใช้ชุดทดสอบเอ็มเจ พี เค ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ตรวจสอบการตกค้างของสารเคมีฆ่าแมลงในกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตในผัก ผลไม้

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดการโซ่อุปทานสินค้าเกษตร ตามมาตรฐานอาหารปลอดภัยเพื่อส่งเข้าโรงพยาบาลสี่คิ้ว ได้แก่ (1) ศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการผลิตสินค้าเกษตร และส่งเข้าสู่โรงพยาบาลสี่คิ้ว (2) สร้างรูปแบบการจัดการโซ่อุปทานสินค้าเกษตร เพื่อส่งเข้าสู่โรงพยาบาลสี่คิ้ว (3) นำรูปแบบการจัดการโซ่อุปทานถ่ายทอดไปสู่การปฏิบัติในโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาระบบตรวจสอบมาตรฐานอาหารปลอดภัยที่ได้รับจากเครือข่าย

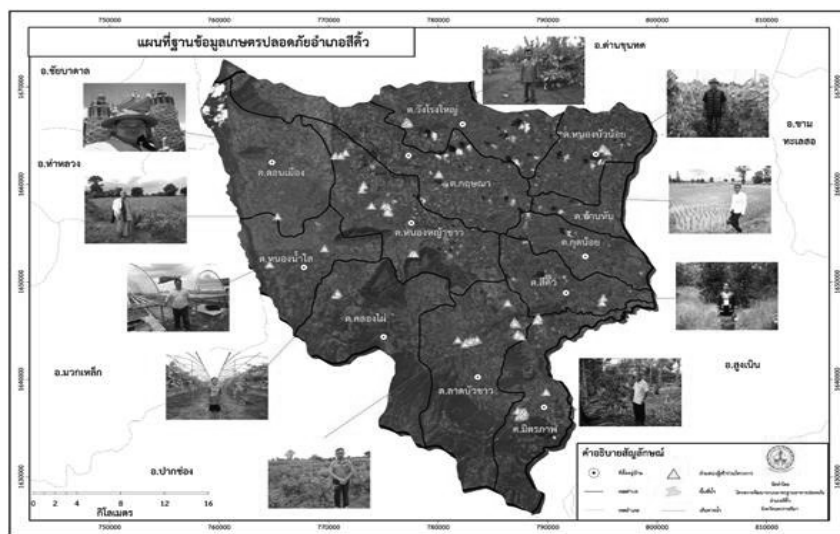
เกษตรกรผู้โรงพยาบาลสีคิ้ว ได้แก่ (1) จัดประชุม เพื่อชี้แจงแนวทางการดำเนินงานรับทราบปัญหา และแนวทางการดำเนินร่วมกันกับกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้าร่วมโครงการวิจัย (2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติพัฒนาร่างระบบตรวจสอบมาตรฐานอาหารปลอดภัยที่ได้รับจากเครือข่ายเกษตรกรผู้โรงพยาบาล เพื่อกำหนดมาตรฐานตรวจสอบโดยกำหนดเป็น 3 กลุ่มหลัก คือ ผู้ผลิต ผู้จำหน่าย และผู้บริโภค ภายใต้กระบวนการร่วมพัฒนา มาตรฐานที่กำหนดขึ้นในระดับพื้นที่โดยมุ่งเน้น ให้มีความเชื่อมโยงกับมาตรฐานอาหารปลอดภัย ในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นมาตรฐานที่กลุ่มผู้ผลิต ผู้จำหน่าย ผู้บริโภคและโรงพยาบาลสามารถเข้าถึง และสามารถนำมาปฏิบัติได้จริง

(1) นำเสนอมาตรฐานอาหารปลอดภัยต่อกลุ่มเป้าหมาย 4 กลุ่มหลัก เพื่อทบทวนความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ

(2) ทบทวนมาตรฐานอาหารปลอดภัยต่อกลุ่มเป้าหมายหลัก และสรุปความคิดเห็นต่อมาตรฐานอาหารปลอดภัย ทำการปรับปรุงและนำไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ และโรงพยาบาลสีคิ้ว

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาปัญหาคุณภาพสิ่งแวดล้อม การสะสมของสารพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในสิ่งแวดล้อม ผลผลิตผลผลิตทางการเกษตรในกลุ่มเกษตรกรที่ส่งผลผลิตเข้าสู่โรงพยาบาลสีคิ้ว พบว่า มีการรวมกลุ่มสมาชิกเพื่อจัดส่งและขายผลผลิตทางการเกษตรในตลาดนัดสีเขียวของโรงพยาบาลสีคิ้ว และส่งเข้าโรงครัวโรงพยาบาล มีสมาชิกเครือข่ายกระจายตัวอยู่ในพื้นที่ 10 ตำบล ในอำเภอสีคิ้วผลผลิตทางการเกษตรที่สามารถผลิตสู่ตลาด ตลอดทั้งปี ได้แก่ ข้าว พริก มะเขือยาว และผัก ผลไม้ตามฤดูกาล เป็นต้น ดังภาพ 1



ภาพ 1 แผนที่ฐานข้อมูลเครือข่ายเกษตรปลอดภัยอำเภอสีคิ้ว

ผลการศึกษาคูณภาพสิ่งแวดล้อมตามดัชนีบ่งชี้คุณภาพน้ำมีคุณภาพทางกายภาพและทางเคมีในพื้นที่ปลูกอยู่ในเกณฑ์แหล่งน้ำประเภทที่ 1 พบว่ามีคุณภาพน้ำ “ดี” ลักษณะเนื้อดินเป็นดินร่วนปนทราย สภาพกรด - ด่าง (pH) ในดิน พบว่าความเป็นกรดเล็กน้อย โดยมีค่าความเป็นกรด-ด่างเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 5.4-6.6 หน่วย บริเวณพื้นที่ที่มีความเป็นกรด-ด่างสูงสุดอยู่ที่จุดที่ 5 มีค่า 6.6 หน่วย และบริเวณที่มีค่าความเป็นกรด-ด่าง เฉลี่ยต่ำสุด คือ บริเวณจุดที่ 4 มีค่า 5.4 หน่วย ผลการตรวจวิเคราะห์สารเคมีกำจัดแมลงในผัก ผลไม้ พบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปลอดภัยร้อยละ 73.33 มีเพียง 5 ชนิดในระดับไม่ปลอดภัยร้อยละ 26.67 ได้แก่ รหัส ก003 ก005 ก006 ก007 และ ก008

2. การพัฒนารูปแบบการจัดการโซ่อุปทาน สินค้าเกษตร ตามมาตรฐานอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาลสีคิ้ว พบว่า รูปแบบเดิมกระบวนการหลักในการจัดหาวัตถุดิบ ได้แก่ (1) ด้านการวางแผนตารางการเพาะปลูก เกษตรกรไม่มีระบบหรือการกำหนดตารางการเพาะปลูกที่ตรงตามความต้องการของทางโรงพยาบาล (2) การจัดหาวัตถุดิบในการดำเนินการ เช่น เมล็ดพันธุ์ หรือ ชีวพันธุ์เกษตรกรส่วนใหญ่ยังไม่สามารถผลิตชีวพันธุ์ไว้ใช้เองได้ (3) การเพาะปลูก การเก็บเกี่ยวผลผลิต (4) การสุ่มตรวจสอบสารเคมีไม่มีการนำข้อมูลความต้องการของโรงพยาบาลมาพิจารณาในการเลือกชนิดของพืชที่จะทำการเพาะปลูก การตรวจสอบสารเคมีตกค้างจากผลผลิตในแต่ละชนิด ไม่ทำการตรวจสอบทุกครั้ง (5) การจัดส่งผลผลิต ไม่มีตัวแทนในการรวบรวมและจัดส่งผลผลิต (6) การวางแผนการสั่งซื้อผลผลิตของทางโรงพยาบาล ไม่ได้ผลผลิตตามที่วางแผนไว้

จึงต้องจัดหาเพิ่มเติมจากแหล่งอื่น การสั่งซื้อผลผลิตจากเกษตรกรไม่มีการสั่งซื้อล่วงหน้าเป็นเวลานาน เพื่อให้เกษตรกรได้วางแผนการเพาะปลูก กระบวนการเสริมการเข้าร่วมกลุ่ม ไม่มีรูปแบบการคัดกรองที่ชัดเจน และการตลาดและการบริการลูกค้าไม่มีการเก็บข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับผลผลิต หรือความพึงพอใจของผู้ใช้

จากการพัฒนารูปแบบการจัดการโซ่อุปทานขึ้นมาใหม่และนำไปสู่การปฏิบัติ พบว่ามีการจัดตั้งกลุ่มหรือรวมกลุ่มกันเป็นรูปธรรมมากขึ้น เพื่อเป็นตัวแทนในกระบวนการกลางที่ทำหน้าที่ประสานงาน รวบรวมและกระจายผลผลิต และข้อมูล ซึ่งมีลักษณะการดำเนินงานตามรูปแบบโซ่อุปทานใหม่ ประกอบด้วยกิจกรรมในกระบวนการหลัก จำนวน 9 กิจกรรม ได้แก่ (1) การวางแผนตารางการเพาะปลูก (2) การจัดหาวัตถุดิบในการเพาะปลูก (3) การจัดหาลูกไร่ (4) การเพาะปลูก การเก็บเกี่ยวผลผลิต และการสุ่มตรวจสอบสารเคมี (5) การจัดส่งผลผลิตจากเกษตรกรไปยังกลุ่ม (6) การรวบรวมโดยกลุ่ม (7) การจัดส่งผลผลิตไปยังโรงพยาบาล (8) การวางแผนการสั่งซื้อผลผลิตของทางโรงพยาบาล และ (9) การสั่งซื้อผลผลิตจากเกษตรกร กิจกรรมในกระบวนการเสริม มีจำนวน 2 กิจกรรม ได้แก่ (1) การเข้าร่วมกลุ่ม และ (2) การตลาดและการบริการลูกค้า

3. การพัฒนาระบบตรวจสอบมาตรฐานอาหารปลอดภัยที่ได้รับจากเครือข่ายเกษตรกรสู่โรงพยาบาลสีคิ้ว พบว่า ระบบตรวจสอบมาตรฐานอาหารปลอดภัยจากเครือข่ายเกษตรกรสู่โรงพยาบาล ที่ได้ร่วมกันพัฒนาขึ้นมา ซึ่งได้มีการนำหลักการบริหารจัดการอาหารให้มี

ความสะอาดและปลอดภัยตามนโยบายมาตรฐานอาหารปลอดภัยมาประยุกต์ใช้ ประกอบด้วยหลักการ 3 ประการ ได้แก่ (1) การควบคุมและป้องกันอาหารจากเชื้อจุลินทรีย์ สารเคมี และสิ่งแปลกปลอมต่าง ๆ (2) การควบคุมกระบวนการผลิตที่ทำให้อาหารมีความสะอาดปลอดภัยสำหรับผู้บริโภค (3) การควบคุมคุณภาพและระบบตรวจสอบความปลอดภัยของอาหาร ซึ่งการดำเนินการในครั้งนี มีจำนวน 27 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 หมวดใหญ่ คือ (1) หมวดผู้ผลิต แบ่งเป็น 2 หมวดย่อยคือ (1.1) การรวมกลุ่มเกษตรกรผู้ผลิตผลผลิตทางการเกษตร (พืชผัก ผลไม้ ปศุสัตว์ ประมง อื่น ๆ) มีข้อปฏิบัติจำนวน 13 ข้อ (1.2) ปัจจัยการผลิตและอื่น ๆ จำนวน 3 ข้อ (2) หมวดการจำหน่ายผลผลิต มีข้อปฏิบัติจำนวน 7 ข้อ และ (3) หมวดผู้บริโภค จำนวน 4 ข้อ มีรายละเอียดดังนี้

1. หมวดผู้ผลิต ได้แก่ (1) การรวมกลุ่มเกษตรกรผู้ผลิตผลผลิตทางการเกษตร (พืชผัก ผลไม้ ปศุสัตว์ ประมง อื่น ๆ) ได้แก่

1.1) สร้างความรู้ความเข้าใจ เรื่องการผลิตอาหารปลอดภัย (พืชผักผลไม้ปศุสัตว์ประมงอื่น ๆ) โดยภูมิปัญญาปราชญ์ชาวบ้าน สถานองค์กรชุมชน ตำบล หน่วยงานราชการระดับท้องถิ่น ระดับอำเภอ วิทยาลัยเกษตรและเทคโนโลยีนครราชสีมา ศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย กรมวิชาการเกษตร กรมส่งเสริมการเกษตร กรมปศุสัตว์ กรมประมง สาธารณสุขอำเภอสีคิ้ว และโรงพยาบาลสีคิ้ว สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครราชสีมาเขต 4 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานพัฒนาชุมชน ฝ่ายปกครองและกำนันผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครพิทักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

หมู่บ้าน โรงเรียนระดับมัธยมทุกสังกัด ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์สาขาสีคิ้ว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชมรมเพื่อนผู้บริโภค สีคิ้ว สภาเกษตรกรสีคิ้ว ศูนย์ประสานงานภาคีการพัฒนาอำเภอสีคิ้ว จิตอาสาประชารัฐอำเภอสีคิ้ว ฯลฯ

1.2) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา อุปสรรคหาแนวทางแก้ไข ติดตามอย่างต่อเนื่อง

1.3) ส่งเสริมศักยภาพผู้ผลิตพืชผัก ผลไม้ปศุสัตว์ ประมง อื่น ๆ

1.4) ส่งเสริมจริยธรรมสำหรับผู้ผลิตให้มีใจรัก ซื่อสัตย์ต่อตนเอง ลูกค้า สังคม และคำนึงถึงสิ่งแวดล้อม

1.5) สร้างความเข้าใจในนิยามของคำว่าเกษตรปลอดภัย เกษตรปลอดภัย เกษตรอินทรีย์ ให้กับผู้ผลิต และผู้บริโภค

1.6) ให้มีการตรวจสอบสุขภาพทั่วไป และตรวจสอบสารเคมีตกค้างในเลือด กับกลุ่มผู้ผลิตอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

1.7) สร้างกลุ่ม เพื่อนช่วยเพื่อน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ให้มีกระบวนการรับรองระดับอำเภอ จากกลุ่มเกษตรปลอดภัย เกษตรปลอดภัย เกษตรอินทรีย์ เกี่ยวกับผลผลิตทางการเกษตร

1.8) หน่วยงานภาครัฐสนับสนุนการตรวจรับรองมาตรฐานสินค้าเกษตรปลอดภัยอำเภอสีคิ้ว โดยมาตรฐานระดับสากล และระดับพื้นที่

1.9) สร้างกลุ่มเครือข่ายเกษตรกรรายใหม่ กลุ่มยุวเกษตรปลอดภัยในโรงเรียน และกลุ่ม Young smart farmers ต่อยอดให้ทำการเกษตรเข้าสู่เกษตรปลอดภัย เกษตรปลอดภัย

เกษตรอินทรีย์ โดยประสานงานกับเกษตรตำบล และเกษตรอำเภอ

1.10) พระภิกษุ และ/หรือคณะทำงาน แต่ละชุมชนทำหน้าที่ให้คำแนะนำ ส่งเสริมการใช้ ปุ๋ยหมัก ปุ๋ยอินทรีย์พืชสมุนไพร พร้อมทั้งสารชีวภัณฑ์อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ

1.11) สร้างความยั่งยืนของผลผลิต โดยการวางแผนการผลิตของสมาชิกแต่ละกลุ่ม ให้สอดคล้องกับความต้องการของตลาด

1.12) นำผลผลิตจากกลุ่มส่งเข้าขายที่ โรงพยาบาล โรงเรียน และตลาดชุมชน

1.13) สร้างความเข้าใจกลุ่มผู้ผลิตในการใช้สารเคมีอย่างถูกต้อง และปลอดภัย

2) ปัจจัยการผลิต และอื่น ๆ ได้แก่

2.1) ให้ท้องถิ่นอำเภอ และคณะกรรมการ จัดทำแผนการจัดการน้ำเพื่อการเกษตรระดับ หมู่บ้านได้แก่ ธนาคารน้ำใต้ดิน น้ำบาดาล ฝ่ายมีชีวิต และอื่นๆ

2.2) หน่วยงานภาครัฐ สนับสนุนแหล่ง น้ำขนาดเล็กในไร่นาเพื่อการผลิต

2.3) กลุ่มผู้ผลิตมีการบันทึกข้อมูลแปลง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน โดยมีหน่วยงานภาครัฐ เช่น เกษตรอำเภอ เกษตรตำบลเป็นพี่เลี้ยง และผู้ประสานงาน พร้อมทั้งรวบรวมข้อมูล

2. การจำหน่ายผลผลิต ได้แก่ (1) กลุ่มผู้ผลิตมีฐานข้อมูลปริมาณผลผลิต เพื่อประสานกับตลาดรับซื้อ เช่น โรงเรียน โรงพยาบาล ร้านอาหาร โรงแรม รีสอร์ท และตลาดชุมชน (2) จัดหาตลาดกลางรับซื้อและจำหน่ายผลผลิตทางการเกษตรระดับอำเภอ (3) มีจุดจำหน่ายสินค้า และอาหารปลอดภัย ในพื้นที่ส่วนงานอำเภอ โรงพยาบาลและชุมชน ได้แก่ หน้าที่ว่าการอำเภอ

ทุกวันจันทร์ ตลาดสีเขียวที่โรงพยาบาลสีแก้วทุกวัน พุธสัปดาห์ ตลาดนัดสินค้าชุมชน ตลาดประจักษ์ และตลาดสหกรณ์การเกษตรสีแก้ว (4) ให้มีการนำเรื่องจุดจำหน่ายสินค้า และอาหารปลอดภัยเข้าในวาระการประชุมประจำเดือนหัวหน้าส่วนราชการ/กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน วิชชุมชน เทศบาล ป้ายประชาสัมพันธ์ และผ่านช่องทางการสื่อสารต่าง ๆ (5) เพิ่มมูลค่าสินค้าโดยการแปรรูปผลผลิตทางการเกษตร และพัฒนาบรรจุภัณฑ์สินค้าให้ได้มาตรฐาน (6) บริษัทประจักษ์: จัดทำระบบฐานข้อมูลผู้ผลิต ผู้บริโภค จุดจำหน่ายเพื่อการเชื่อมโยงเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพทุกกลุ่ม (7) พัฒนากลุ่มผู้ผลิตเข้าสู่ระบบสหกรณ์อำเภอสีแก้ว

3. ผู้บริโภค ได้แก่ (1) การสร้างความมั่นใจในสินค้าเกษตรของกลุ่ม โดยมีแบรนด์ / การรับรองสินค้า (2) ส่งเสริมให้ความรู้เรื่องโภชนาการ การเลือกซื้ออาหารปลอดภัยแก่ประชาชน โดย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/โรงพยาบาลสีแก้ว/สถาบันการศึกษา /เทศบาล/กรมวิชาการเกษตร/ วัด (3) ผู้บริโภครับรู้แหล่งจำหน่ายสินค้าปลอดภัยในพื้นที่ (4) ผู้บริโภคให้ความสำคัญกับป้ายรับรองมาตรฐาน clean food good taste อาหารปลอดภัยคนสีแก้ว

อภิปรายผล

การพัฒนามาตรฐานกระบวนการผลิตอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาลสีแก้ว พบว่าคุณภาพน้ำมีคุณภาพทางกายภาพและทางเคมีในพื้นที่ปลูกอยู่ในเกณฑ์ “ดี” แต่ดิน พบว่าความเป็นกรดเล็กน้อย ผลการตรวจวิเคราะห์สารเคมีกำจัดแมลงในผัก ผลไม้ พบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่

อยู่ในระดับปลอดภัยร้อยละ 73.33 มีเพียง 5 ชนิด ในระดับไม่ปลอดภัยร้อยละ 26.67 ดังนั้นเพื่อให้กระบวนการผลิตตั้งแต่ต้นทางลดความเสี่ยงในการปนเปื้อนควรมีหลักการบริหารจัดการอาหารให้มีความสะอาดและปลอดภัยตามนโยบายมาตรฐานอาหารปลอดภัยมาประยุกต์ใช้ ประกอบด้วย หลักการ 3 ประการ ได้แก่ (1) การควบคุมและป้องกันอาหารจากเชื้อจุลินทรีย์ สารเคมี และสิ่งแปลกปลอมต่าง ๆ (2) การควบคุมกระบวนการผลิตที่ทำให้อาหารมีความสะอาดปลอดภัยสำหรับผู้บริโภค (3) การควบคุมคุณภาพและระบบตรวจสอบความปลอดภัยของอาหาร^[10,11] สอดคล้องกับ Hamprecht and Corsten, Manning and Chadd^[12,13] พบว่าการพัฒนาอาหารปลอดภัยนอกจากกระบวนการผลิตที่ได้มาตรฐานแล้ว จำเป็นต้องมีการพัฒนาให้เกิดวัตถุดิบที่ปลอดภัย ปราศจากสารปนเปื้อนซึ่งวัตถุดิบที่ปลอดภัยจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายผู้ผลิต ได้แก่ กลุ่มเกษตรกร กลุ่มผู้จำหน่าย และพบว่าการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมกับเครือข่ายผู้ผลิตวัตถุดิบ การเลือกวัตถุดิบที่มีในท้องถิ่น การส่งเสริมสนับสนุนให้ความรู้และเทคนิคการผลิตที่มีคุณภาพและความปลอดภัยแก่กลุ่มผู้ผลิตวัตถุดิบ ด้วยการให้รางวัลพิเศษสำหรับวัตถุดิบที่มีคุณภาพและปลอดภัย นอกจากนี้

การได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานรัฐที่กำกับ ดูแลความปลอดภัยของกระบวนการผลิตวัตถุดิบ หน่วยงานควบคุมกำกับมาตรฐานอาหารปลอดภัยช่วยตรวจสอบการปนเปื้อนและแจ้งข้อมูลย้อนกลับ ให้กับเครือข่ายผู้ผลิตพบว่าช่วยให้โรงพยาบาลมีวัตถุดิบในการผลิตอาหารที่ปลอดภัย

การพัฒนารูปแบบการจัดการโซ่อุปทานสินค้าเกษตร ตามมาตรฐานอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาลสี่กั๊กพบว่ารูปแบบการจัดการโซ่อุปทานที่พัฒนาขึ้นมาใหม่และนำไปสู่การปฏิบัติ ทำให้มีการจัดตั้งกลุ่มหรือรวมกลุ่มกันเป็นรูปธรรม มากขึ้น เพื่อเป็นตัวแทนในกระบวนการกลางที่ทำหน้าที่ประสานงาน รวบรวมและกระจายผลผลิตและข้อมูล มีลักษณะการดำเนินงานตามรูปแบบโซ่อุปทานใหม่ ประกอบด้วยกิจกรรมในกระบวนการหลัก จำนวน 9 กิจกรรม ได้แก่ (1) การวางแผนตารางการเพาะปลูก (2) การจัดหาวัตถุดิบในการเพาะปลูก (3) การจัดหาลูกไร่ (4) การเพาะปลูก การเก็บเกี่ยวผลผลิต และการสุ่มตรวจสอบสารเคมี (5) การจัดส่งผลผลิตจากเกษตรกรไปยังกลุ่ม (6) การรวบรวมโดยกลุ่ม (7) การจัดส่งผลผลิตไปยังโรงพยาบาล (8) การวางแผนการสั่งซื้อผลผลิตของทางโรงพยาบาล และ (9) การสั่งซื้อผลผลิตจากเกษตรกร กิจกรรมในกระบวนการเสริม มีจำนวน 2 กิจกรรม ได้แก่ (1) การเข้าร่วมกลุ่ม และ (2) การตลาดและการบริการลูกค้า ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของกฤษฎา หาญบรรเจิด, เกียรติศักดิ์ แผลมจริง^[14] พบว่าการทำงานแบบบูรณาการทุกภาคส่วนเพื่อดำเนินนโยบายไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีลักษณะรูปแบบบริการในเชิงระบบ การศึกษาครั้งนี้พบปัญหา และข้อจำกัดของการดำเนินการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย มี 3 เรื่องหลัก คือ (1) แหล่งที่มาของอาหารปลอดภัย วัตถุดิบไม่เพียงพอ (2) ระบบและวิธีการจัดซื้อจัดจ้าง (3) งบประมาณ และสอดคล้องกับขจรยงค์ อินม่วงและคณะ^[9] พบว่ากระบวนการพัฒนาอาหารปลอดภัยของโรงพยาบาลคือมีการแต่งตั้ง คณะกรรมการ

หรือคณะทำงานพัฒนาอาหารปลอดภัยของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นกลุ่มทรัพยากรบุคคลหลักที่สำคัญที่พัฒนารูปแบบและกิจกรรมอาหารปลอดภัยทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล เริ่มตั้งแต่การจัดหาวัตถุดิบที่ปลอดภัย โดยร่วมดำเนินการกับเกษตรจังหวัด เกษตรอำเภอ ปศุสัตว์จังหวัด เพื่อค้นหา แหล่งผลิต กลุ่มเครือข่ายผู้ผลิต ผู้ประสานงานกลุ่มเครือข่าย เพื่อผลิตและรวบรวมวัตถุดิบที่ปลอดภัยส่งให้กับโรงพยาบาล การพัฒนามาตรฐานอาหารปลอดภัยของโรงพยาบาล ใช้เกณฑ์มาตรฐานสุขภาพอาหาร กระทรวงสาธารณสุข 30 ข้อ และกำหนดเพิ่มเติมโดยคณะกรรมการ/คณะทำงานของโรงพยาบาล กิจกรรมประกอบด้วย การเฝ้าระวังการปนเปื้อนของวัตถุดิบ อาหารที่ปรุงสุกและภาชนะ การขนส่งไปยัง หอผู้ป่วย การติดตามและประเมินผล โดยการสุ่มตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ความสะอาด และปลอดภัยของอาหาร การพัฒนาและขยายเครือข่ายอาหารปลอดภัยโรงพยาบาลได้ขยายรูปแบบการพัฒนาอาหารปลอดภัยไปสู่หน่วยงานอื่น ๆ ได้แก่ กลุ่มเกษตรกรผู้ผลิตวัตถุดิบปลอดสารพิษ เครือข่ายผู้ประสานงาน และสนับสนุนทางวิชาการ เครือข่ายผู้จำหน่ายอาหารในตลาดนัดอาหารปลอดภัยของโรงพยาบาล เครือข่ายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย เครือข่ายโรงเรียน เครือข่ายเรือนจำวัด และเครือข่ายผู้ประกอบการ ร้านอาหารในโรงพยาบาล การพัฒนาเครือข่ายโรงพยาบาลใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการระดมความคิดเห็น ร่วมศึกษาปัญหา ร่วมดำเนินการ การจัดกิจกรรม เสริมความรู้ให้แก่กลุ่มเครือข่าย รวมทั้งการเรียนรู้ร่วมกับเครือข่ายการติดตามประเมินผลและเยี่ยมเยียนเครือข่าย

การพัฒนากระบวนการตรวจสอบมาตรฐานอาหารปลอดภัยที่ได้รับจากเครือข่ายเกษตรกรสู่โรงพยาบาลสีแก้ว พบว่า ระบบตรวจสอบมาตรฐานอาหารปลอดภัยจากเครือข่ายเกษตรกรสู่โรงพยาบาลสีแก้ว มีจำนวน 27 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 หมวดใหญ่ คือ (1) หมวดผู้ผลิต (2) หมวดการจำหน่ายผลผลิต และ (3) หมวดผู้บริโภค สอดคล้องกับ McFadden and Gregory^[15] ศึกษาปัจจัยด้านมาตรฐานอาหารปลอดภัย พบว่า การบริหารจัดการให้ได้ผลิตภัณฑ์อาหารที่ปลอดภัยเกิดจากการคัดเลือกระดับมาตรฐานอาหารปลอดภัยและการกำหนดเกณฑ์ตัวชี้วัดที่นำมาใช้ในการพัฒนากระบวนการผลิต มาตรฐานการบรรจุและมาตรฐานในการขนส่งและต้องมีระบบบริหารความเสี่ยงต่อการปนเปื้อนของอาหาร มีระบบตรวจสอบความปลอดภัยหลากหลายช่องทาง เพื่อเป็นแนวทางในการบริหารจัดการอาหาร ให้มีความปลอดภัยสำหรับผู้บริโภค

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการวิจัย

การดำเนินงานการพัฒนามาตรฐานกระบวนการผลิตอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาลสีแก้ว มีข้อค้นพบว่า การดำเนินการในครั้งนี้ง่ามนั้นไปที่การจัดทำมาตรฐานกระบวนการผลิตจึงทำให้การทำงานมีการวิเคราะห์ที่ครอบคลุมตั้งแต่กระบวนการผลิตอาหารปลอดภัย การจำหน่ายผลผลิต และการสร้างการรับรู้ให้กับผู้บริโภค ในระหว่างกระบวนการทำงาน มีการร่วมพัฒนาที่เป็นการดำเนินการพัฒนามาตรฐานอาหารปลอดภัย โดยเฉพาะมาตรฐานกระบวนการผลิตอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาลสีแก้ว มุ่งเน้นสร้าง

ให้เกิดระบบผลิต การจำหน่าย และการบริโภค ที่ปลอดภัยภายนอกและภายใน จากการวิเคราะห์ ปัญหาแบบมีส่วนร่วมพบว่ากระบวนการภายใน โรงพยาบาลสีคิ้วมีการดำเนินการตามมาตรฐาน อาหารปลอดภัยที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดอยู่ แล้ว แต่ปัญหาสำคัญคือการมีวัตถุดิบไม่ต่อเนื่อง ไม่เพียงพอและพบการปนเปื้อนจึงทำให้การทำงานในครั้งนี้งานพัฒนาตามมาตรฐานอาหาร ปลอดภัยระดับอำเภอ สำหรับโรงพยาบาลสีคิ้ว จึงได้มีการรับรูปแบบการจัดการโซ่อุปทาน สินค้าเกษตร ตามมาตรฐานอาหารปลอดภัยใน โรงพยาบาลสีคิ้วขึ้นใหม่ เพื่อให้เป็นระบบมากขึ้น ในการจัดการอาหารปลอดภัยที่จะรับเข้ามาใน โรงพยาบาล จึงทำให้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ในครั้งนี้ ไม่มีการประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิตของโครงการโรงพยาบาล อาหารปลอดภัย และเพื่อประเมินมาตรฐาน โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย จึงไม่มีผลการ ประเมินด้านนี้ ดังนั้นควรมีการศึกษาเพิ่มใน ประเด็นดังกล่าว

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อมาตรฐาน กระบวนการผลิตอาหารปลอดภัยใน โรงพยาบาล

2.2 ควรศึกษาสมรรถนะของโรงพยาบาล ในการดำเนินงานภายใต้การนำนโยบาย โรงพยาบาลอาหารปลอดภัยสู่การปฏิบัติใน โรงพยาบาล

2.3 ควรประเมินผลโครงการโรงพยาบาล อาหารปลอดภัย

การปกป้องสิทธิกลุ่มเป้าหมาย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองการพิจารณา จริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์ ของโรงพยาบาลมหาราช เลขที่ใบรับรอง 044/2019 ลงวันที่ 20 มิถุนายน 2562

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา โครงการ วิจัยและนวัตกรรมเพื่อถ่ายทอดเทคโนโลยีสู่ชุมชน ฐานราก เกิดผลสำเร็จจุดลงได้ เพราะทุกภาคีภาค ส่วนในตำบลสีคิ้วและจังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุข โรงพยาบาลสีคิ้ว กลุ่มงานโภชนาการศาสตร์ กลุ่ม งานโรคไม่ติดต่อ เครือข่ายเกษตรกรรมสำนักงาน เกษตรอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รพ.สต. ทุกแห่งในอำเภอ ปศุสัตว์ ประมง วิทยาลัยเกษตร ศูนย์วิจัย ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ขอขอบคุณที่ ปรีกษาโครงการ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.นพ. ศาสตรี เสาวคนธ์ และรศ.พรทิพย์ คำพอ และคณะ ทำงานวิจัยทุกท่านในโครงการที่ได้สละเวลาเข้ามา ร่วมกันพัฒนาโครงการวิจัยในครั้งนี้

รายการอ้างอิง

- [1] หนังสือพิมพ์ The Nation. Food poisoning becoming a major problem. [ออนไลน์]. (2552). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaivisa.com/forum/topic/245579-food-poisoning-becoming-a-major-problem/>
- [2] กองบริหารการสาธารณสุข. มาตรฐาน โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย. พิมพ์ครั้งที่

- [3] ที่ 3 นนทบุรี: บอรัญนูปี้ พับลิชชิ่ง; 2561
สำนักคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร.
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. รายงาน
สรุปผลการดำเนินงาน โครงการบูรณา
การอาหารปลอดภัย ประจำปีงบประมาณ
2561. กรุงเทพฯ : ศูนย์การพิมพ์แก่น
จันทร์ ; 2562.
- [4] กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์
การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม
โรคและภัยสุขภาพ สำหรับแรงงาน นอก
ระบบ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563.
[ออนไลน์]. (2563) [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 23
ธันวาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก [http://
envoccc.ddc.moph.go.th/uploads/
galleries3/202105/pdf/20210507_02.pdf](http://envoccc.ddc.moph.go.th/uploads/galleries3/202105/pdf/20210507_02.pdf)
- [5] เครือข่ายเตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช.
ผักผลไม้ปนเปื้อนสารพิษ ประจำปี 2563.
[ออนไลน์]. (2563). [เข้าถึงเมื่อ วันที่
23 ธันวาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก [https:
//thaipan.org/highlights/2283](https://thaipan.org/highlights/2283)
- [6] กระทรวงสาธารณสุข.มาตรฐานอาหาร
ปลอดภัยในโรงพยาบาล (ฉบับกระทรวง
สาธารณสุข) นนทบุรี : ชุมชนสหกรณ์
การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2557
- [7] กระทรวงสาธารณสุข. สธ.ตั้งเป้า
โรงพยาบาลในสังกัดเป็นโรงพยาบาล
อาหารปลอดภัย 100%. [ออนไลน์].
(2562) [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 12 ธันวาคม 2564].
เข้าถึงได้จาก [https://workpointtoday
.com/6-8/](https://workpointtoday.com/6-8/)
- [8] ยรรยงค์ อินทร์ม่วงและคณะ. รายงาน
การวิจัย การศึกษาเครือข่ายอาหาร
ปลอดภัยในโรงพยาบาล. [ออนไลน์].
(2550). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 20 พฤศจิกายน
2564]. เข้าถึงได้จาก [https://kb.hsri.or.
th/ dspace/handle/ 11228/648?locale-
attribute=th](https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/648?locale-attribute=th)
- [9] Hancock, Trevor. Creating Health and
Health Promoting Hospitals : A
Worthy Challenge for The Twenty-
rst century. International Journal of
Health Care Quality Assurance1999;
12 : 81- 90.
- [10] เฉลิมชาติ แจ่มจรรยา และคณะ.
การประยุกต์ ใช้ระบบ HACCP
ในการควบคุมความสะอาด ปลอดภัย
ในกระบวนการผลิตอาหารของครัว
โรงพยาบาล : กรณีศึกษา โรงพยาบาล
พระนครศรีอยุธยา. กรมอนามัยกระทรวง
สาธารณสุข; 2541.
- [11] สุวิมล กิรีติพิบูล. ระบบประกันคุณภาพ
ด้านความปลอดภัยของอาหาร HACCP.
สำนักพิมพ์ ส.ส.ท., 2546.
- [12] Hamprecht, Jens and Denial Corsten.
Controlling the Sustainability of
food supply chains. Supply Chains
Management : International
Journal 2005; 10: 43 – 55.
- [13] Manning, L and R.N.Baines S.A.Chadd.
Quality Assurance Models in the Food
Supply Chain. British Food
Journal2006; 108 : 35 – 47.

- [14] กฤษฎา หาญบรรเจิด และเกียรติศักดิ์
แหลมจริง. ผลการประเมินโครงการ
โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย .วารสาร
สถาบันบำราศนราดูร 2563; 14 : 45 – 55.
- [15] McFadden, Kathleen L. and N.
Gregory stock. Implementation of Patient
Safety Initiative in Hospital.
International Journal of Operation and
Production Management 2006; 26 : 31 – 43.

บทความวิจัยต้นฉบับ :
การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม
ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
Development of a Health Care Model for Elderly by Community
Participation, Ban Pho Sub-district, Mueang District,
Nakhon Ratchasima Province

สังวาล จ่างโพธิ์

Sungval Jangpho

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

Makha Health Promoting Hospital, Mueang district, Nakhon Ratchasima Province

เบอร์โทรศัพท์ : 09-7342-6063; E-mail : sungval02@gmail.com

วันที่รับ 4 พ.ย. 2564; วันที่แก้ไข 30 พ.ย. 2564; วันที่ตอบรับ 23 พ.ย. 2564

บทคัดย่อ

ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุ มีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้มีผลกระทบต่อสมรรถนะร่างกาย ทุพพลภาพ และภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุ การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ศึกษาระดับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพระดับคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ตัวแทนภาคีเครือข่าย 30 คน และผู้สูงอายุ 264 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบประชมเชิงปฏิบัติการ แบบสอบถามการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานด้วยค่า

ไคว์สแคว กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม 7 ขั้นตอน ประกอบด้วย (1) การศึกษาปัญหา (2) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนอย่างมีส่วนร่วม (3) การวางแผนอย่างมีส่วนร่วม (4) การคืนข้อมูลให้ชุมชน (5) การประชาคม (6) การดำเนินการตามแผน (7) การประเมินผล ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 73.48) มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.88) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ อาชีพ รายได้สุทธิต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ สุขภาพของผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชน และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ดังนั้นควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การปฏิบัติตัวด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียดให้กับผู้สูงอายุเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม; การดูแลสุขภาพ; ผู้สูงอายุ

Abstract

Currently, the older adults population are a rapid increase, affects physical competency, disability and chronic illness in the older adults. This research is an action research and implement a participatory planning process. The objectives were to develop of health care model of older adults by community participation, to study level of practice in health care, quality of life level and factors related to quality of life of the older adults. The participants divided into 2 groups were 30 stake-holders of network partners and 264 older adults. Data were collected using workshop and questionnaires to assess health care practice and older adults quality of life. The qualitative data analyzed by a content analysis method and the quantitative data analyzed descriptive statistic and inferential statistics with Chi-square with significance level of .05.

The analysis found that health care model for elderly by community participation there were 7 steps consist; (1) Problem study (2) Meeting to discuss the issue (3) Participatory planning (4) The data for the community to return (5) The workshops to community participation (6) Implementation of the plan and (7) Evaluation. The older adults had a high level of health care practices (73.48%), the quality of life was at a moderate level (62.88%) and factors

related to the quality of life of the older adults were occupation, monthly net income, income adequacy, health of the older adults, participation in community health promotion activities and health care practices. ($p < 0.05$) Therefore, health promotion activities should be organized, including the practice of exercise and stress management to the elderly for a good quality of life.

Keyword: Participation; Health Care; Older Adults

บทนำ

สถานการณ์โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงไป อัตราการเกิดของประชากรทั่วโลกที่มีแนวโน้มลดลง แต่ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นเนื่องจากการรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น จะเห็นว่าในหลายประเทศกำลังก้าวสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” โลกมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 1,050 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 13.5 ของประชากรทั้งหมด ทวีปยุโรปมีอัตราผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) สูงที่สุดในโลกคือร้อยละ 25.7 รองลงมาคือ ทวีปอเมริกาเหนือที่มีอัตราผู้สูงอายุร้อยละ 23.1 ส่วนทวีปเอเชียมีอัตราผู้สูงอายุร้อยละ 13.1^[1] สำหรับประเทศไทยมีอัตราการเติบโตเป็นอันดับ 3 ในทวีปเอเชีย รองมาจากประเทศเกาหลีใต้ และประเทศญี่ปุ่น โดยประเทศไทยได้เข้าใกล้สังคมสูงวัยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548^[2] ปี พ.ศ. 2540 มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 8.4 แล้วเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นร้อยละ 9.7 ปีพ.ศ. 2545 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 10.17 ปี พ.ศ. 2548 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.7 ปี พ.ศ. 2550 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.7 ปี พ.ศ. 2555 และ

เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 18 ปี พ.ศ. 2563 โดยคาดประมาณว่าประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ภายในปี 2565 คือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มเป็นร้อยละ 20.5^[2]

การเพิ่มอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุนี้ ส่งผลกระทบต่อสวัสดิการที่รัฐควรจัดให้สำหรับผู้สูงอายุ และการเตรียมตัวของผู้สูงอายุเพื่อเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมที่จะเกิดขึ้นในอนาคต^[3] การพัฒนานโยบายเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคตนั้น ผู้สูงอายุควรมีบทบาทในการเป็นผู้ที่กำหนดทิศทางการพัฒนาของตนเองมากขึ้น ระบบสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุจึงควรใช้การมีส่วนร่วมจากครอบครัวและชุมชน แนวโน้มของปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคต คุณภาพชีวิตของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปของประเทศไทย พบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากการถดถอยของสมรรถนะร่างกาย ภาวะทุพพลภาพ และภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยโรคที่เป็นมากคือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไชมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคเมเร็ง และโรคข้อเสื่อม^[3] และสถานการณ์นี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้สูงอายุเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลทั้งจากครอบครัว รวมไปถึงจากองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง^[4] เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุแบบครอบคลุมทุกด้าน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการฟื้นฟูการรักษาสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้ชุมชนนั้นเป็นผู้คิดค้นปัญหาเป็นผู้นำทุกอย่าง ซึ่งไม่ใช่การกำหนดภายนอกแล้วให้ชุมชนเข้าร่วม

แต่เป็นเรื่องที่ชุมชนคิดเอง อีกทั้งการพัฒนาการบริการสุขภาพผู้สูงอายุต้องสามารถดำเนินการในสถานบริการ รวมทั้งการเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพที่มีในชุมชน โดยชุมชนดำเนินการเองและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน การดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นใช้กลยุทธ์สร้างจิตสำนึก ให้คนในชุมชนเกิดการแก้ไขปัญหาและระดมความร่วมมือและพัฒนาระบบบริการต่าง ๆ ให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชนของตน โดยชุมชนเป็นเจ้าของภาพแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วม เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนองค์กรทุกภาคส่วนร่วมมือกันการตัดสินใจดำเนินกิจกรรมพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ผู้สูงอายุในเขตตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา พบว่ามีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 1,768 คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 19.86 ของประชากรทุกกลุ่มอายุ^[5] จะเห็นว่ากำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ และผู้สูงอายุหลายรายไม่มารับการรักษาตามนัดและมีผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงและติดบ้านต้องอยู่บ้านคนเดียวขาดการดูแล และมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาทางสุขภาพทั้งมิติร่างกาย จิตใจ และสังคม การจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุมและต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงได้ร่วมกันปรึกษาหาแนวทางแก้ไขปัญหาและความเป็นไปได้ ในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม โดยใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นตัวขับเคลื่อนในการสร้างความร่วมมือร่วมใจร่วมคิดตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติ อันจะเกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุและการจัดบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

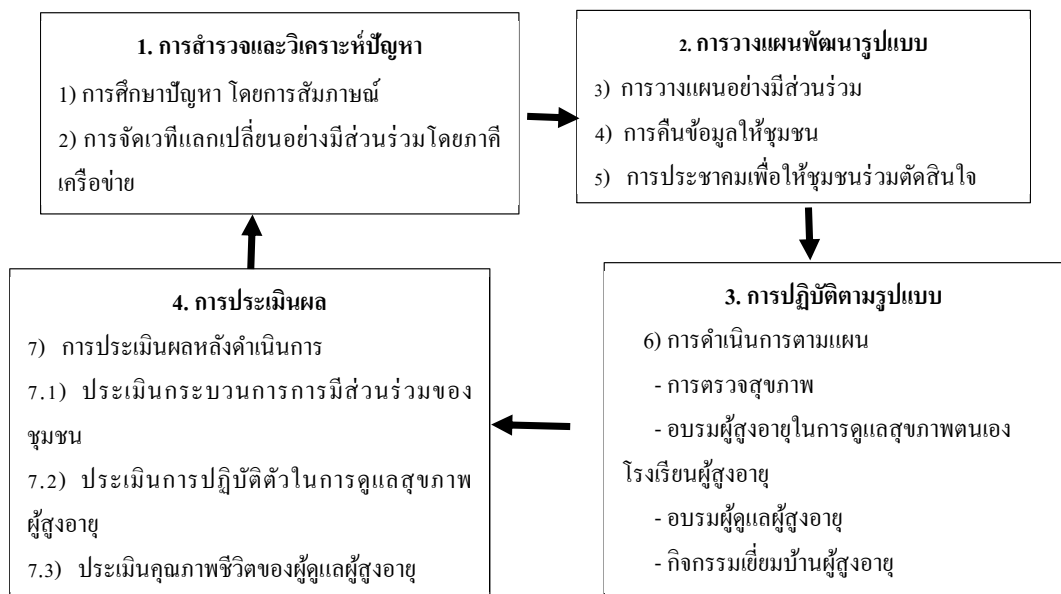
1. เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 264 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถาม ระยะเวลาที่ศึกษาดังแต่เดือนมกราคม 2564 ถึง ตุลาคม 2564

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วม ของ Cohen and Uphoff ^[6] เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประชากรในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ตัวแทนภาคีเครือข่าย ได้แก่ ตัวแทนผู้ใหญ่บ้าน 5 คน ตัวแทนสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล 5 คน ตัวแทนคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุหมู่บ้าน 5 คน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อ.ส.ม.) 5 คน ตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (caregiver) จำนวน 5 คน ตัวแทนเจ้าหน้าที่หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 3 คน และผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า จำนวน 2 คน ที่มีความสมัครใจและให้ความร่วมมือเข้าร่วมในกระบวนการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ที่สามารถแสดงความคิดเห็นมีความรู้ ความเข้าใจ และเคยเข้าร่วมกิจกรรม การระดมความคิดเห็นด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 คน ดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนประกอบด้วยขั้นสำรวจและวิเคราะห์ปัญหา ขั้นการวางแผนพัฒนารูปแบบ ขั้นการปฏิบัติตามรูปแบบ และขั้นการประเมินผล และกลุ่มที่ 2 ได้แก่ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตพื้นที่ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา ที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (barthel activities of daily living) 5 คะแนนขึ้นไป โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G POWER ซึ่งเป็นโปรแกรมที่พัฒนาจากพื้นฐานแนวคิด Power Analysis^[7] โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ระดับ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลางคือ 0.30 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 220 คน และ

ได้ปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อชดเชยอัตราการสูญเสียซึ่งประมาณการไว้เท่ากับ ร้อยละ 20 จึงต้องเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 44 ราย ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้ต้องเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 264 คน^[5] มีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria) ดังนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (barthel activities of daily living) มีคะแนน 5 คะแนนขึ้นไป มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงสามารถอ่านออกเขียนได้ และสื่อสารภาษาไทยได้ และอาศัยอยู่จริงในพื้นที่ทำการศึกษา และมีรายชื่อในทะเบียนบ้าน ในเขตตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา ส่วนเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) มีดังนี้ เป็นผู้สูงอายุที่มีการย้ายถิ่นฐานในระหว่างดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ วิกลจริต และผู้ป่วยจิตตเยี่ยงหลังจากนั้นแบ่งตามสัดส่วนตามขนาดของประชากรผู้สูงอายุแต่ละหมู่บ้านโดยเทียบตามบัญญัติไตรยางศ์จากจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 1,768 คน เป็นกลุ่มตัวอย่าง 264 คน ดังนั้นในจำนวนหมู่บ้านทั้งหมด 10 หมู่บ้านจึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 16, 24, 17, 29, 19, 24, 29, 43, 32 และ 31 ตามลำดับรวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 264 คน ต่อจากนั้นสุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านตามจำนวนที่ได้แบ่งแล้ว โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลากจากรายชื่อ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ (1) แบบประชุมเชิงปฏิบัติการโดยการประยุกต์ใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม (2) แบบสนทนากลุ่ม สำหรับผู้ขับเคลื่อนกระบวนการ ดังนี้ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเป็น

อย่างไรบ้าง วิสัยทัศน์การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และแนวทางหรือกิจกรรมการพัฒนาการจัดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (3) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อเป็นแบบสอบถามปลายปิด (4) แบบสอบถามการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถาม 29 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ บ่อยครั้ง ไม่เคยปฏิบัติที่สุด มีการแปลผลแบ่งเป็นระดับ 3 ระดับ ดังนี้ ระดับสูงมีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 ระดับปานกลางมีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 ระดับต่ำมีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 (5) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREE-THAI)^[8] ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย ไม่เลย มีการแปลผลแบ่งเป็นระดับ 3 ระดับ ดังนี้ ระดับสูงมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00 ระดับปานกลางมีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67 ระดับต่ำมีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้ แบบสอบถามการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากแบบสอบถามของ วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว^[9] ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาตามที่ต้องการวัด และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ เนื้อหา และตรงตามทฤษฎีหรือแนวคิดที่กำหนดจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหากับข้อคำถาม (item-objective congruence Index [IOC]) ของแบบสอบถาม มีค่าเท่ากับ 0.99 และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ขององค์การ

อนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREE-THAI)^[8] หลังจากแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้วได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) แบบสอบถามการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.84 และ 0.85 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่าไคสแควร์ กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษา

กระบวนการดำเนินงานการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมสามารถสรุปตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

1.1 ศึกษาบริบทของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและสภาพปัญหา พบว่าบทบาทผู้สูงอายุในชุมชนลดน้อยลง บางคนมีภาระในการเลี้ยงดูบุตรหลาน มีโรคประจำตัว มีหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เช่นเทศบาลตำบลคูแลเบ็ยยังชีพ และการสงเคราะห์เฉพาะรายที่ประสบปัญหา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า คูแลด้านการรักษาพยาบาลเป็นหลัก แต่ละหน่วยงานได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลและระดมข้อคิดเห็นต่าง ๆ ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ แต่ไม่ได้นำข้อคิดเห็นเหล่านั้นไปใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างต่อเนื่อง ไม่ได้บูรณาการทำงานร่วมกัน และขาดการสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง เช่นไม่ได้การออกกำลังกาย หรือนาน ๆ ครั้ง ผู้สูงอายุเมื่อมีความเครียด จะยังคงหงุดหงิด หรือหมกมุ่นกับปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดได้ และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชน

1.2 จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการวางแผนดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมโดยมีตัวแทนภาคีเครือข่าย ได้แก่ผู้ใหญ่บ้าน 5 คน สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล 5 คน คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุหมู่บ้าน 5 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 5 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (caregiver) จำนวน 5 คน เจ้าหน้าที่หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 3 คน และผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า จำนวน 2 คน จำนวนทั้งหมด 30 คน มาร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีส่วนร่วมการระดมความคิดในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2564

1.3 การวางแผนอย่างมีส่วนร่วม มี 2 กิจกรรม ประกอบด้วย (1) จัดประชุมปรึกษาร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อรับทราบและสร้างความเข้าใจถึงสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ ได้แก่ สถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สุขภาวะผู้สูงอายุ การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ รวมไปถึงการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุในชุมชนที่ผ่านมา (2) ประชุมระดมสมองร่วมกันสร้างแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการเสนอกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ขั้นตอนการวางแผนเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อรายงานถึงสถานการณ์และสภาพปัญหาของผู้สูงอายุในทุกมิติ เพื่อการบูรณาการและระดมความคิดเห็นซึ่งเป็นการเรียนรู้ร่วมกันของภาคีเครือข่ายในชุมชน

1.4 การคืนข้อมูลให้ชุมชนเพื่อให้ชุมชนรับรู้ปัญหาทราบและตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำให้ชุมชนมีความต้องการที่จะร่วมกันแก้ไขปัญหาเข้ามามีส่วนในการประชุม

1.5 การประชาคมเพื่อให้ชุมชนร่วมตัดสินใจ ซึ่งทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เสนอแนะ สร้างความเข้าใจร่วมกัน รู้สึกเป็นเจ้าของ และเกิดข้อตกลงร่วมกัน

มอบหมายผู้รับผิดชอบ และร่วมกันนำแผนไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม

1.6 การดำเนินการตามแผน จากความร่วมมือร่วมใจของชุมชน ทำให้เกิดแผนงานในชุมชนไปสู่การปฏิบัติ ดังนี้ (1) การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อตรวจคัดกรองความเสี่ยงและค้นหาโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ ผู้ดำเนินการเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละค่า ใช้เวลา 3 ชั่วโมง (2) อบรมผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง โรงเรียนผู้สูงอายุ ผู้ดำเนินการเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละค่า อบรมเดือนละ 1 ครั้งทั้งหมด 6 ครั้ง (3) อบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดำเนินการเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละค่า และหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใช้เวลา 70 ชั่วโมง และ(4) กิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ใช้เวลาตามความจำเป็นของผู้สูงอายุ และเป็นไปตามเกณฑ์ของ Long term care

1.7 การประเมินกระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้ดำเนินการผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งประเมินจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลในผู้สูงอายุที่จำนวน 264 คน โดยใช้แบบสอบถาม และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.39) อายุเฉลี่ย 70.06 ปี (S.D. = 7.65) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 59.85) มีการศึกษาระดับประถมศึกษาขึ้นไป (ร้อยละ 96.97) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รับจ้าง ค้าขาย ข้าราชการบำนาญ (ร้อยละ 66.29) มีรายได้สุทธิต่อเดือน 2,000 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 51.14) มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย (ร้อยละ 51.89) บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย คือคู่สมรส บุตรหลาน และญาติ (ร้อยละ 92.42) โดยทั่วไปมีสุขภาพดี (ร้อยละ 82.58) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 73.48) เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ (ร้อยละ 56.06) ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชน (ร้อยละ 73.48) มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 71.01) (ตาราง 1)

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับลักษณะทางประชากร (n=264)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	94	35.61
หญิง	170	64.39
อายุ (ปี) (Mean = 70.06, S.D. = 7.65 Max = 96 Min = 60)		
60 - 69	143	54.17
70 ขึ้นไป	121	45.83
สถานภาพ		
โสด/หม้าย / หย่า / แยก	106	40.15
สมรสคู่	158	59.85
ระดับการศึกษา		

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับลักษณะทางประชากร (n=264) (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้เรียน	8	3.03
ประถมศึกษาขึ้นไป	256	96.97
อาชีพหลัก		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	89	33.71
ประกอบอาชีพ (เกษตรกร รับจ้าง ค้าขาย ข้าราชการบำนาญ)	175	66.29
รายได้สุทธิต่อเดือน		
ต่ำกว่า 2,000 บาท	129	48.86
2,000 บาทขึ้นไป	135	51.14
ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย		
ไม่เพียงพอ	127	48.11
เพียงพอ	137	51.89
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย		
อยู่คนเดียว	20	7.58
อยู่กับคู่สมรส บุตรหลาน และญาติ	244	92.42
สุขภาพของผู้สูงอายุโดยทั่วไป		
ไม่ดี	46	17.42
ดี	218	82.58
โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ		
ไม่มีโรคประจำตัว	70	26.52
มีโรคประจำตัว	194	73.48
การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ		
ไม่เป็นสมาชิก	116	43.94
เป็นสมาชิก	148	56.06
การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชน		
ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม	194	73.48
เข้าร่วมกิจกรรม (เดือนละ 1-3 ครั้ง)	70	26.52
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
ไม่มีผู้ดูแล	76	28.79
มีผู้ดูแล	188	71.21

2. ระดับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์ระดับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 73.48) และมีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมของการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ (\bar{X} ภาพรวม = 72.92, S.D. ภาพรวม = 7.50) (ตาราง 2) เมื่อแยกการปฏิบัติ

ตัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นรายด้าน พบว่าผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย และการรับประทานอาหารอยู่ในระดับสูง (\bar{X} = 2.71, S.D. = 0.26 และ \bar{X} = 2.68, S.D. = 0.26) ตามลำดับ ส่วนการดูแลสุขภาพด้านการจัดการความเครียด และด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 2.33, S.D. = 0.41 และ \bar{X} = 2.22, S.D. = 0.56) ตามลำดับ (ตาราง 3)

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละระดับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (n=246)

ระดับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
สูง (67.68 – 87.00 คะแนน)	194	73.48
ปานกลาง (48.34 – 67.67 คะแนน)	70	26.52
ต่ำ (29.00 – 48.33 คะแนน)	0	0.00
รวม	264	100.00

\bar{X} ภาพรวม = 72.92, S.D. ภาพรวม = 7.50

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ แยกรายด้าน (n=264)

การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	แปลผล
	(คะแนนเต็ม3)		
ด้านการรับประทานอาหาร	2.68	0.26	สูง
ด้านการออกกำลังกาย	2.22	0.56	ปานกลาง
ด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย	2.71	0.26	สูง
ด้านการจัดการความเครียด	2.33	0.41	ปานกลาง

3. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.88) และมีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมของคุณภาพชีวิต (\bar{X} ภาพรวม = 92.19, S.D. ภาพรวม 11.55) (ตาราง 4) เมื่อแยกคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นรายด้าน พบว่าผู้สูงอายุมี

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับสูง (\bar{X} = 3.79, S.D. = 0.57) ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพโดยรวม ด้านสุขภาพกาย และด้านสัมพันธภาพทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 3.57, S.D. = 0.51, \bar{X} = 3.56, S.D. = 0.68, \bar{X} = 3.47, S.D. = 0.49 และ \bar{X} = 3.15, S.D. = 0.69) ตามลำดับ (ตาราง 5)

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (n=264)

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
สูง (95.34 – 130 คะแนน)	98	37.12
ปานกลาง (60.67 – 95.33 คะแนน)	166	62.88
ต่ำ (26 – 60.66 คะแนน)	0	0.00
รวม	264	100.00

\bar{X} =92.19, S.D. =11.55

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แยกรายด้าน (n=264)

คุณภาพชีวิต	\bar{X} (คะแนนเต็ม 5)	S.D.	แปลผล
ด้านสุขภาพกาย	3.47	0.49	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	3.79	0.57	สูง
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3.15	0.69	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	3.57	0.51	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม	3.56	0.68	ปานกลาง

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์ พบว่าอาชีพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ($p < 0.001$) รายได้สุทธิต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ($p < 0.001$) ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่ายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ($p < 0.001$)

สุขภาพของผู้สูงอายุโดยทั่วไปมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ($p < 0.001$) การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ($p < 0.05$) การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ($p < 0.001$) (ตาราง 6)

ตาราง 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ปัจจัย	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ		p-value
	ปานกลาง	สูง	
อายุ			
60 – 69 ปี	85	58	0.209
70 ปีขึ้นไป	81	40	
สถานภาพ			
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	72	34	0.165
สมรสคู่	94	64	
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้เรียน	7	1	0.143
อย่างน้อยระดับประถมศึกษา	159	97	
อาชีพ			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	68	21	0.001*
ประกอบอาชีพ ได้แก่ เกษตรกรรม รับจ้าง	98	77	
ค้าขาย ข้าราชการบำนาญ			
รายได้สุทธิต่อเดือน			
ต่ำกว่า 2,000 บาท	92	37	0.006*
2,000 บาทขึ้นไป	74	61	
ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย			
ไม่เพียงพอ	95	32	0.000*
เพียงพอ	71	66	
บุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย			
อยู่คนเดียว	12	8	0.782
อยู่กับคู่สมรส บุตร หลาน และญาติ	154	90	
สุขภาพของผู้สูงอายุโดยทั่วไป			
ไม่ดี	42	4	0.000*
ดี	124	94	
โรคประจำตัว			
ไม่มี	39	31	0.148

ตาราง 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (ต่อ)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ		p-value
	ปานกลาง	สูง	
มี	127	67	
การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชน			
ไม่ได้เข้าร่วม	129	65	0.043*
เข้าร่วม (อย่างน้อย 1 ครั้งต่อเดือน)	37	33	
การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ			
ไม่มีผู้ดูแล	52	24	0.236
มีผู้ดูแล	114	74	
การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ			
ปานกลาง	61	9	0.000*
สูง	105	89	

* มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

อภิปรายผล

ผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ได้จัดกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ยังพบว่าผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 73.48) มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.88) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ อาชีพ รายได้สุทธิต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย สุขภาพของผู้สูงอายุโดยทั่วไป การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชน และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ ซึ่งสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

การพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม จากงานวิจัยพบว่า

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตามขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ประกอบด้วยขั้นสำรวจและวิเคราะห์ปัญหา ขั้นการวางแผนพัฒนารูปแบบขั้นการปฏิบัติตามรูปแบบ และขั้นการประเมินผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในการทำกิจกรรมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุได้แก่ การตรวจสุขภาพเพื่อตรวจคัดกรองความเสี่ยงและค้นหาโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ ส่วนการอบรมผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นการพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองให้กับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยผ่านการพัฒนาองค์ความรู้ตามหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่ได้มาตรฐานเป็นกิจกรรมที่มาสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ และกิจกรรมเยี่ยมบ้าน

ผู้สูงอายุโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมเหล่านี้ถูกจัดขึ้นเพื่อแก้ปัญหาการให้บริการที่ผ่านมา และเป็นระบบมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของจวีวรรณ อุปมานะ^[10] ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จากการตัดสินใจเลือกแนวทางและวางแผนร่วมกันในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้โครงการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คือ โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยกระบวนการส่งเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก คือ (1) กิจกรรมการประเมินสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ (2) กิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ (3) กิจกรรมเพื่อนเยี่ยมเพื่อน (4) กิจกรรมการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (5) กิจกรรมเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัว ซึ่งการดำเนินงานในกิจกรรม ตามโครงการพบว่าได้รับความร่วมมือจากกลุ่มเป้าหมายสามารถดำเนินงานได้บรรลุเป้าหมายทุกกิจกรรม ยังสอดคล้องกับการศึกษาของทิพยาภา ดาหาร และเจตสรียา ดาวราช^[3] ศึกษาเรื่องการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย (1) สร้างเครือข่ายการดำเนินงาน (2) พัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดำเนินงาน (3) จัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ (4) อบรมให้ความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (5) ผู้ดูแลสูงอายุเป็นแกนร่วมในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่ม

ติดบ้านและติดเตียง (6) ทีมพี่เลี้ยงออกนิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงาน (7) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนและคืนข้อมูล มีปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ (1) มีคณะกรรมการระดับตำบลที่มีความเข้มแข็ง (2) มีการประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี และ (3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความตั้งใจและมุ่งมั่นในการดูแลผู้สูงอายุ

ระดับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จากงานวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 73.48) เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่าผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย และการรับประทานอาหารอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.71$, S.D. = 0.26 และ $\bar{X} = 2.68$, S.D. = 0.26) ตามลำดับ ส่วนการดูแลสุขภาพด้านการจัดการความเครียดและด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.33$, S.D. = 0.41 และ $\bar{X} = 2.22$, S.D. = 0.56) ตามลำดับ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยต้น อายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 54.17) สภาพร่างกายยังแข็งแรงไม่เสื่อมโทรมจึงทำให้สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆที่ชมรมผู้สูงอายุจัดขึ้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ (ร้อยละ 56.06) และมีผู้ดูแล (ร้อยละ 71.21) ที่คอยดูแลและให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพได้เหมาะสมและถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปิยธิดา กุหิรัญญรัตน์ และคณะ^[11] ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอาศัยในชุมชนชานเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมคิดเป็นร้อยละ 59.74 รองลงมาคือ

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพปานกลาง และ ไม่เหมาะสมคิดเป็นร้อยละ 39.34 และ 0.92 ตามลำดับเมื่อพิจารณาตามมิติของการส่งเสริมสุขภาพ พบว่าระดับคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมากที่สุดคือ ด้านจิตวิญญาณ ($\bar{X} = 3.17$, S.D. = 0.58) รองลงมาคือ มิติด้านการพัฒนาด้านโภชนาการ ($\bar{X} = 3.11$, S.D. = 0.41) ในขณะที่มิติที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ มิติในด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 2.48$, S.D. = 0.70) และรองลงมาที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยคือ มิติความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ($\bar{X} = 2.72$, S.D. = 0.54) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วัชพลประสิทธิ์ ก่อนแก้ว⁹⁾ ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน โดยมีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารเป็นพฤติกรรมดีที่สุด ($\bar{X} = 1.50$, S.D. = 0.26) รองลงมาคือ การปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย ($\bar{X} = 1.41$, S.D. = 0.33) การจัดการความเครียด ($\bar{X} = 1.34$, S.D. = 0.37) และมีพฤติกรรมออกกำลังกายที่ต่ำที่สุด ($\bar{X} = 1.06$, S.D. = 0.45)

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากงานวิจัยพบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.88) เมื่อแยกคุณภาพชีวิตเป็นรายด้าน พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.79$, S.D. = 0.57) ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพโดยรวม ด้านสุขภาพกาย และด้านสัมพันธภาพทางสังคม

อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.57$, S.D. = 0.51, $\bar{X} = 3.56$, S.D. = 0.68, $\bar{X} = 3.47$, S.D. = 0.49 และ $\bar{X} = 3.15$, S.D. = 0.69) ตามลำดับ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยต้นอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 54.17) คิดว่ามีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.56$, S.D. = 0.72) นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน เช่น การพัฒนาหมู่บ้าน การทำบุญตักบาตรในวันสำคัญต่าง ๆ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ (ร้อยละ 56.06) ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่น รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ส่งเสริมให้การยอมรับและให้ความสำคัญ เป็นการนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของพัชราภรณ์ พัฒนา¹²⁾ ได้ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 4 พบว่ามีคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 91.2) เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีที่สุด รองลงมาคือคุณภาพชีวิต ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพกาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคมโดยมีคุณภาพชีวิตในด้านดังกล่าวในระดับดี ร้อยละ 43.2, 29.9, 14.7 และ 13.9 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของอรนิษฐ์ แสงทองสุข¹³⁾ ศึกษาเรื่องการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษาเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี พบว่าโดยภาพรวมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรีอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.43$, S.D. = 0.38) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือด้านสภาพร่างกายที่ดี ($\bar{X} = 3.62$, S.D. = 0.44) รองลงไปคือด้านสภาพอารมณ์ที่ดี ($\bar{X} = 3.52$, S.D. = 0.44)

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ($\bar{X} = 3.33$, S.D. = 0.53) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ ทันธธัตต์และคณะ^[14] ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพทำสวนผลไม้ในจังหวัดจันทบุรี พบว่าคุณภาพชีวิตมีภาพรวมอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 55.1) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านร่างกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.3) ด้านจิตสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 54.2) ด้านจิตวิญญาณส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 58.8)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากงานวิจัยพบว่าอาชีพ รายได้สุทธิต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย สุขภาพของผู้สูงอายุโดยทั่วไป การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชน และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สามารถอภิปรายได้ดังนี้

อาชีพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยต้น อายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 54.17) สภาพร่างกายยังแข็งแรงไม่เสื่อมโทรม และยังสามารถประกอบอาชีพ (ร้อยละ 66.29) ได้แก่เกษตรกรรม รับจ้างค้าขาย ข้าราชการบำนาญ ทำให้ตนเองมีคุณค่านำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรภรณ์ พัฒนะ^[12] ได้ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในศูนย์การเรียนรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 4 พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุพบว่า อาชีพหลัก ความเพียงพอของรายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง มีคุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

รายได้สุทธิต่อเดือน และความเพียงพอของรายได้กับรายจ่ายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อาจเนื่องมาจาก มีผู้ดูแล (ร้อยละ 71.21) ซึ่งสมาชิกครอบครัวดูแล ไม่ขัดสนเรื่องเงินจึงไม่ประสบกับความยากลำบากในการดำรงชีวิต ส่วนกลุ่มประกอบอาชีพ ได้แก่เกษตรกรรม รับจ้างค้าขาย ข้าราชการบำนาญ ก็มีเงินเพียงพอต่อการดำรงชีพและสามารถหารายได้เสริมได้อีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติวงศ์ สาสวด^[15] ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้ที่มีรายต่ำ และสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ ทันธธัตต์ และคณะ^[14] ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพทำสวนผลไม้ในจังหวัดจันทบุรี พบว่ารายได้ ภาวะสุขภาพกาย สัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การเข้าถึงบริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ($p < 0.05$)

สุขภาพของผู้สูงอายุโดยทั่วไป มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 73.48) ส่งผลให้ร่างกายเกิดจากการเสื่อมถอย และจากการเจ็บป่วยหรือส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุได้ ดังนั้น องค์ประกอบด้านร่างกายจึงมีผลต่อคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ ทันธธัตต์ และคณะ^[14] ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพทำ

สวนผลไม้ในจังหวัดจันทบุรี พบว่ารายได้ภาวะสุขภาพกาย สัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การเข้าถึงบริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ($p < 0.05$)

การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน เช่น การพัฒนาหมู่บ้าน การทำบุญตักบาตรในวันสำคัญต่างๆ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่น รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สังคมให้การยอมรับและให้ความสำคัญ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขทั้งด้านร่างกายและจิตใจเป็นการนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของชลธิชา จันทรแจ่ม^[16] ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในเขตตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าบทบาทในชุมชนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ($p < 0.05$)

การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อาจเนื่องมาจากการอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 59.85) มีผู้ดูแล (ร้อยละ 71.12) และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ (ร้อยละ 73.48) ทำให้มีที่ปรึกษาและคอยดูแลซึ่งกันและกัน และจากกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพ ได้แก่การตรวจสุขภาพ การอบรมผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง โรงเรียนผู้สูงอายุ การอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ และกิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการ

ศึกษาของพัชรภรณ์ พัฒนะ^[12] ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 4 พบว่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับคุณภาพชีวิต หลังเข้าร่วมโครงการรายช้อ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์ ทุกข้อมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ทั้งโดยรวมและรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

จุดแข็งและจุดอ่อนของงานวิจัยมีดังนี้จุดแข็งคือการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนมีส่วนร่วม ด้วยกระบวนการ AIC เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้มีเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ยังเป็นกระบวนการที่ช่วยให้มีการระดมพลังสมองในการศึกษาเรียนรู้ วิเคราะห์และพัฒนาทางเลือกเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาและพัฒนา เกิดการตัดสินใจร่วมกัน ได้รูปแบบ และกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนจุดอ่อนคือการประเมินผลการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในงานวิจัยนี้ เป็นการประเมินเพียงครั้งเดียว หลังจากมีการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ระดับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในด้านเหล่านี้

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการประเมินผลก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

การปกป้องสิทธิ์กลุ่มเป้าหมาย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรอง KHE 2020-112 ลงวันที่ 25 ธันวาคม 2563 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิ์โดยตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลในการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย มีการให้ข้อมูลก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ปกปิดข้อมูลที่ไม่ต้องการเปิดเผย และสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณภาคีเครือข่ายในชุมชนผู้สูงอายุทุกท่าน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่าที่ให้ความร่วมมือให้ความกรุณาในการตอบคำถามและร่วมแสดงความคิดเห็น และตอบแบบสอบถามสำหรับการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- [1] มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง; 2564.
- [2] กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. ก้าวอย่างของประเทศไทย สู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ. [ออนไลน์].

(2564). [เข้าถึงเมื่อ 2564 กันยายน 17].

เข้าถึงได้จาก [https:// www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id= 30476](https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30476)

- [3] ทิพยาภา ดาหาร และเจทสรिया ดาวราช. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสาร วิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2561; 2(3) : 42 – 54.
- [4] ศิริประภา หล้าสิงห์ สุမ်ทนา กลางคาร และ ศิรินาถ ตงศิริ. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2563; 6(2) : 29 – 40.
- [5] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า. รายงานจำนวนผู้สูงอายุ. นครราชสีมา : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า. สำเนาอัด; 2564
- [6] Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. Participation place in rural development: Seeking clarity through specificity, world development. New York: Cornell University; 1980.
- [7] Cohen, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. New York: United State of America; 1988.
- [8] กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI). [ออนไลน์]. (2564). [เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2564].

- เข้าถึงได้จาก [https://www.dmh.go.th / test/download/les/whoqol.pdf](https://www.dmh.go.th/test/download/les/whoqol.pdf)
- [9] วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี [ปริญญาานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทั่วไป]. ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยบูรพา; 2557.
- [10] ฉวีวรรณ อุปมานะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 3 “นวัตกรรมที่พลิกโฉมสังคมโลก”; 2561.
- [11] ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ อมรรัตน์ รัตนสิริ บังอรศรี จินดาวงศ์ และคณะ. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอาศัยในชุมชนชานเมือง จังหวัดขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร 2561; 33(2): 153 – 60.
- [12] พัชรภรณ์ พัฒนะ. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในศูนย์การเรียนรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 4. พุทธชินราชเวชสาร 2562; 36(1): 21 – 33.
- [13] อรนิษฐ์ แสงทองสุข. การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี. รายงานการวิจัยมหาวิทยาลัยศรีปทุม; 2562.
- [14] สุภาภรณ์ ทันธธัตต์ สุธรรม นันทมงคลชัย โโชคชัย หมั่นแสงทรัพย์และคณะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพทำสวนผลไม้ในจังหวัดจันทบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562; 28(1): 1 – 13.
- [15] กิตติวงศ์ สาสวด. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารชุมชนวิจัย 2560; 11(2): 21 – 38.
- [16] ชลธิชา จันทร์แจ่ม สุพรรณา อามาตย์เสนา ถนอมศักดิ์ บุญคู่ และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในเขตตำบลธาตุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. การประชุมวิชาการ “มหาวิทยาลัยมหาสารคามวิจัย ครั้งที่ 13”; 2560.

บทความวิจัยต้นฉบับ :
ผลของการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-book) เรื่องกลุ่มยาจิตเวชต่อนักศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
The Effect of using Electronic books (E-book) on Psychiatric drug groups
of 3rd year Nursing Students, Boromarajonani College of Nursing,
Nakhon Ratchasima.

แสงนภา บารมี* และทยาวีร์ จันทรวีวัฒน์**
Sangnapa Baramee* and Tayawee Juntarawiwat**
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*,**
Baromrajonani College of Nursing Nakhon Ratchasima*,**
เบอร์โทรศัพท์ 08-1924-9264; E-mail : sangnapa@knc.ac.th*
วันที่รับ 16 ก.ย. 2564; วันที่แก้ไข 30 พ.ย. 2564; วันที่ตอบรับ 22 ธ.ค. 2564

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) วิธีการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (two group pretest-posttest design) วัตถุประสงค์ (1) เพื่อพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-book) เรื่อง กลุ่มยาจิตเวช (2) เพื่อเปรียบเทียบความรู้ เรื่องกลุ่มยาจิตเวช ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 ผ่านหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ และไม่ใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (3) เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 ต่อการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่อง กลุ่มยาจิตเวช กลุ่มประชากรเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมาที่ใช้ระบบ Andriod จำนวน 127 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของยามานะ ได้ 100 คน และสุ่มตัวอย่างแบบสุ่มจำเพาะ ได้กลุ่มทดลอง 50 คน กลุ่มควบคุม 50 คน

เครื่องมือ (1) แบบสอบถาม การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความตั้งใจในการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ประกอบการเรียน (2) แบบทดสอบเรื่องกลุ่มยาจิตเวช (3) แบบประเมินความพึงพอใจ

ผลการวิจัย พบว่า ความรู้ของกลุ่มทดลอง หลังการเรียนรู้เรื่อง กลุ่มยาจิตเวช ผ่านหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และความพึงพอใจของกลุ่มทดลองหลังการเรียนรู้ เรื่องกลุ่มยาจิตเวช หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.97 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.82 ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง และเนื้อหาในหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เป็นประโยชน์และสามารถนำไปใช้ได้จริง

คำสำคัญ : หนังสืออิเล็กทรอนิกส์; นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3; กลุ่มยาจิตเวช

Abstract

This study is a Quantitative Research by Quasi-Experimental Research Method Two group Pretest-Posttest Design with Purpose (1) to develop electronic book about The Psychiatric drugs groups (2) to compare the knowledge of nursing students the third-year after learning about psychiatric drugs groups through electronic books (E-book) between students using electronic books and not using electronic books. (3) to compare the satisfaction of nursing students the third-year towards using electronic books. Which the population group is 3rd year of nursing students, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, quantity 195 students and surveyed students using smartphone by the Android operating system were 127 students then calculated the sample size of Yamane were 100 students and using a simple random sampling without replacement method. There were 50 experimental students and 50 control students. The research instruments used in this study were (1) Factors affecting the intention of using E-book in learning quiz about psychiatric drugs (2) Electronic book Pre-test and Post-test and 3) Students' satisfaction evaluation forms. The results achieved were as follows: the control sample group had knowledge about the psychiatric drug more than the experimental group were statistically significant ($p < .05$). This value indicated that developing the E-book was appropriate analyzed at 3.97 standard deviation

at 0.82. It helped also in determining whether the electronic books were useful in self-learning.

Key words: Electronic book; The third-year nursing students; Psychiatric drug groups

บทนำ

การรักษาโรคทางจิตเวชได้แก่ การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการบำบัดหลังรักษา^[1] สาเหตุที่ผู้ป่วยจิตเวชมีอาการกำเริบซ้ำส่วนใหญ่เกิดจากการขาดยา ในปี 2560 มีผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงบริการรักษามากกว่า 2,600,000 คน ปัจจัยสำคัญที่ลดอาการกำเริบของผู้ป่วยจิตเวช คือ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าอาการจะดีขึ้น ไม่ใช่สารเสพติดทุกชนิด และพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง^[2]

“ยาจิตเวช” ในปัจจุบันพัฒนาขึ้นกว่าเดิมมาก มีผลข้างเคียงน้อย ผู้ป่วยทนยาได้มากขึ้น และการปรับยาสะดวกกว่าก่อน ทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษามากขึ้น ส่งผลให้การรักษามีประสิทธิผลดีขึ้น โดยประเภทของยาทางจิตเวช แบ่งเป็น 5 กลุ่ม คือ (1) ยารักษาโรคจิต (anti psychotic drugs) (2) ยารักษาอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต (anticholinergic or anti parkinson drugs) (3) ยารักษาอาการวิตกกังวล (anti anxiety or hypnotic drugs) (4) ยารักษาอาการซึมเศร้า (antidepressant drug) และ (5) ยาควบคุมอารมณ์ (mood-Stabilizing drugs)^[3] พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาทางจิตเวช ดังนั้น พยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจในการใช้ยากลุ่มต่าง ๆ เพื่อนำไปใช้ในการสังเกต ประเมินอาการ และนำไปใช้วางแผนให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วย^[4]

ในอดีตมีการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้กับการเรียนการสอน แต่สื่อการเรียนรู้ต่าง ๆ ยังไม่ค่อยทันสมัยมากนัก ทำให้ผู้เรียนขาดสิ่งเร้าความสนใจ (gain attention) ต่อการเรียนรู้ ขาดการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมด้วยตนเอง ซึ่งสิ่งเร้าความสนใจเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้ต่าง ๆ สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของ โรเบิร์ต กาย์ ที่กล่าวถึงสิ่งกระตุ้นหรือเร้าให้ผู้เรียนเกิดความสนใจกับบทเรียนและเนื้อหาที่จะเรียนการเร้าความสนใจผู้เรียนนี้ อาจทำได้โดยการจัดสภาพแวดล้อมให้ดึงดูดความสนใจ เช่น การใช้ภาพกราฟิก ภาพเคลื่อนไหว และ/หรือการใช้เสียงประกอบบทเรียนในส่วนบทนำ ประกอบกับวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ ในศตวรรษที่ 21 คือมุ่งเน้นให้มีการนำนวัตกรรมสื่อและเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้กับการเรียนการสอน ดังนั้นการเรียนรู้ใน ศตวรรษที่ 21 จึงเปลี่ยนรูปแบบการเรียนรู้จากอาจารย์ผู้สอนเป็นแบบผู้เรียนสามารถเรียนรู้ด้วยตัวเอง และอาจารย์ผู้สอนเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ออกแบบการเรียนรู้ และจัดกระบวนการเรียนรู้ให้กับผู้เรียน เน้นการเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ (learning facilitator)^[5] หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (e-book) เป็นสื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่มีประสิทธิภาพ และมีประโยชน์อย่างมากในการถ่ายทอดความรู้ เป็นสื่อที่รวมเอาจุดเด่นของสื่อแบบต่าง ๆ มารวมอยู่ในสื่อตัวเดียว คือ สามารถแสดงภาพแสง เสียง ภาพเคลื่อนไหว และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้ ช่วยให้ผู้เรียนเกิดพัฒนาการเรียนรู้และเข้าใจเนื้อหาวิชาได้เร็วขึ้น^[6]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจในการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ประกอบการเรียนของนักศึกษาระดับปริญญาตรี พบว่าผลการประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาหลังการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ อยู่ในระดับดี โดยผู้เรียนมีความเห็นว่าหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ช่วยให้ผู้เรียนมีความรู้ เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง และเนื้อหาในหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เป็นประโยชน์และนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน^[7] ผลที่ได้คือหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เป็นสื่อการเรียนการสอนที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยนักศึกษาเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ได้ ซึ่งเป็นการลดค่าใช้จ่ายอุปกรณ์ในการเรียนและระยะเวลาการเรียนรู้สามารถนำไปปรับปรุงประยุกต์ใช้งานในการพัฒนาสื่อการเรียนการสอนต่าง ๆ ได้^[8]

เนื่องด้วยปัจจุบันวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา ได้มีการจัดการเรียนการสอนวิชาเภสัชวิทยา และนำความรู้ไปใช้ในฝึ กภาคปฏิบัติที่การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชบนหอผู้ป่วย ทั้งนี้ เนื้อหาเรื่องกลุ่มยาจิตเวชมีจำนวนมาก ละเอียดและซับซ้อนบ่อยครั้งทำให้เกิดความสับสนและยากต่อการเข้าใจ การจดจำของนักศึกษาพยาบาล ประกอบกับระยะเวลาเรียนที่มีจำกัดของแต่ละภาคการศึกษา รวมถึงอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างเรียนในชั้นเรียนปกติ เช่น เสียงรบกวนจากเพื่อนร่วมชั้นเรียน การขาดเรียน และการขาดการศึกษาค้นคว้า เพิ่มเติมด้วยตนเอง ปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้ประสิทธิภาพการเรียนรู้ลดลง เห็นได้จากผลสอบวิชาการพยาบาลจิตเวช

หัวข้อการรักษาด้วยยา นักศึกษาส่วนมากไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งมีการทดสอบก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติจริง ทั้งนี้จึงนำหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องกลุ่มยาจิตเวชไปใช้ในวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับชั้นปีที่ 3 ภาคการศึกษาที่ 2 และภาคฤดูร้อน ซึ่งมีการศึกษาเกี่ยวกับยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยจิตเวช

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องกลุ่มยาจิตเวชต่อนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา เพื่อนำหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ มาใช้ในวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาจิตเวช สามารถแนะนำอาการข้างเคียงของยาจิตเวชให้กับผู้ป่วยหรือญาติได้ และสามารถทบทวนความรู้เกี่ยวกับยาจิตเวชได้ด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

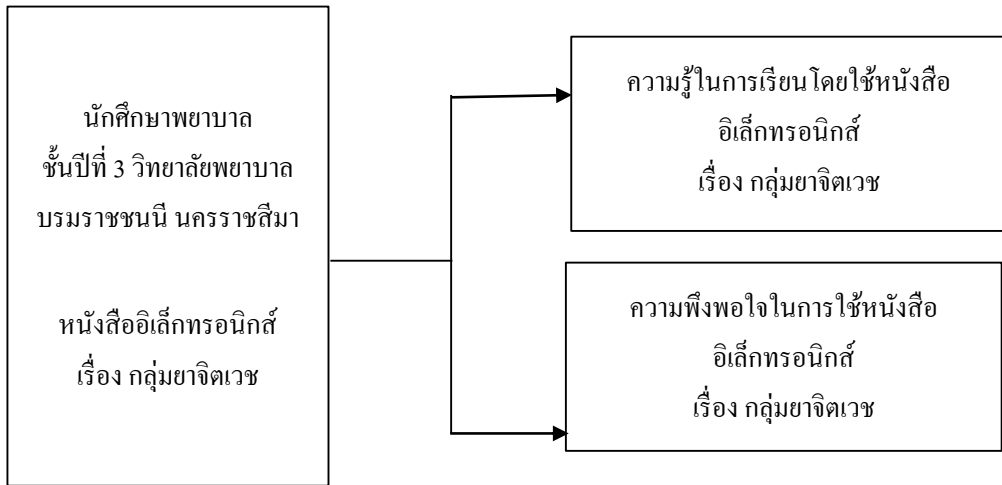
1. เพื่อพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องกลุ่มยาจิตเวช
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 64 เรื่องกลุ่มยาจิตเวชผ่านหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ระหว่างกลุ่มนักศึกษาที่ใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ และไม่ใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์
3. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 64 ต่อการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา ผลของการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่อง กลุ่มยาจิตเวชของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา มุ่งศึกษาเปรียบเทียบความรู้ในการเรียนโดยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่อง กลุ่มยาจิตเวชและความพึงพอใจในการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์
2. ขอบเขตด้านพื้นที่และประชากร การวิจัยนี้มุ่งศึกษาในนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา จำนวน 100 คน
3. ขอบเขตด้านระยะเวลา การศึกษานี้ครอบคลุมระยะเวลา 6 เดือน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2564

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับกลุ่มยาจิตเวช และผลของบทเรียนจากหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เรียน สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (two group pretest-posttest design) ซึ่งมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา จำนวน 195 คน ผ่านเกณฑ์ประชากรเข้าศึกษา จำนวน 127 คน เกณฑ์ในการคัดเลือกประชากรเข้าศึกษา ได้แก่

- 1) เป็นนักศึกษายาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ที่ใช้สมาร์ทโฟนระบบ android ทั้งเพศชายและเพศหญิง
- 2) การรับรู้และสติสัมปชัญญะดี ไม่มีภาวะสมองเสื่อม
- 3) ยินยอมและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย
- 4) สามารถช่วยเหลือตนเองโดยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้โดยอิสระ

5) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยและสามารถทำแบบทดสอบได้ และกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของยามานะ มีค่าความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อน 5% จะได้กลุ่มตัวอย่าง 97 คน และป้องกันการสูญหายของประชากร (drop-out rate) อีก 3 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100 คน และทำการจับคู่ (matching pair) ตามคะแนนวิชาเภสัชวิทยาของกลุ่มตัวอย่างให้มีความเท่าเทียมกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 50 คนเท่ากัน

2. เครื่องมือที่ใช้การวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่
 - 1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
 - 1.2 แบบทดสอบความรู้ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาข้อคำถามจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ กลุ่มยาจิตเวช จำนวน 25 ข้อ
 - 1.3 แบบประเมินความพึงพอใจ ซึ่งผู้วิจัยได้มีการขอความอนุเคราะห์ข้อใช้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการทบทวนงานวิจัย

นำแบบสอบถามความพึงพอใจจากงานวิจัยเรื่อง การพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ รายวิชาภาษา และวัฒนธรรมเพื่อนบ้าน (ภาษาจีน) แบ่งขอบเขต แบบประเมินออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านเนื้อหา จำนวน 4 ข้อ (2) ด้านคุณภาพของสื่อหนังสือ หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 8 ข้อและ (3) ด้านความพึงพอใจต่อการใช้สื่อ จำนวน 2 ข้อ จำนวนทั้งหมด 14 ข้อ ใช้เกณฑ์ประเมินความ พึงพอใจ 5 ระดับแบบปลายปิด (close-ended) และแบบปลายเปิด (open-ended form) ซึ่งมีเกณฑ์ ประเมินความพึงพอใจ 5 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย พึงพอใจน้อยที่สุด^[5]

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องกลุ่มยาจิตเวช ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ ดังนี้

2.1 ข้อคำถามเกี่ยวกับ ยาต้านอาการ โรควิตติ (antipsychotic drugs) จำนวน 5 ข้อ

2.2 ข้อคำถามเกี่ยวกับ ยาคลายวิตกกังวล (antianxiety or hypnotic drugs) จำนวน 5 ข้อ

2.3 ข้อคำถามเกี่ยวกับ ยารักษาอารมณ์ ซึมเศร้า (antidepressant drugs) จำนวน 5 ข้อ

2.4 ข้อคำถามเกี่ยวกับ ยาควบคุมอารมณ์ (mood-stabilizing drugs) จำนวน 5 ข้อ

2.5 ข้อคำถามเกี่ยวกับ ยารักษาอาการ ช้างเคียงของยารักษาโรควิตติ (anticholinergic or antiparkinson drugs) จำนวน 5 ข้อ

3. การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ศึกษาเอกสารและกรอบแนวคิดการ วิจัยโดยเฉพาะความรู้ในการเรียนโดยใช้หนังสือ อิเล็กทรอนิกส์ เรื่อง กลุ่มยาจิตเวช

2. สร้างเครื่องมือตามกรอบแนวคิด การวิจัย

3. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ของเครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวม ข้อมูล ตรวจสอบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านเพื่อขอข้อเสนอแนะ ในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือให้ตรงตาม วัตถุประสงค์ของการวิจัย เมื่อได้ข้อเสนอแล้ว ผู้วิจัยได้ปรับปรุงเครื่องมือให้สมบูรณ์ขึ้น

4. วิเคราะห์ความตรงของแบบประเมิน ความรู้ เรื่อง กลุ่มยาจิตเวชโดยใช้ดัชนีความ สอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (IOC) ตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งค่าดัชนี ความสอดคล้องที่คำนวณได้มีค่า 0.99

5. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability)

5.1 แบบประเมินความรู้ หากค่าความเชื่อ มั่นตามวิธีของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ค่า ความเชื่อมั่น 0.77

5.2 แบบประเมินความพึงพอใจ หากค่า ความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (cronbach's alpha coefcient) ได้ค่า ความเชื่อมั่น 0.80

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

1. คณะผู้วิจัยแบ่งกลุ่มนักศึกษาพยาบาล ศาสตร์บัณฑิตชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 64 วิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา แบ่งกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สูตรของยามานะ ได้กลุ่มตัวอย่าง 97 คน ป้องกันการสูญหายของ ประชากร (drop-out rate) 3 คน รวมจำนวนกลุ่ม ตัวอย่างทั้งหมด 100 คน และทำการจับคู่ (matching pair) คณะเนนวิชาเกษตรศาสตร์ของวิทยาลัย

ตัวอย่างให้มีความเท่าเทียมกันทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 50 คนเท่ากัน

2. คณะผู้วิจัยได้ลงพื้นที่พบกับนักศึกษาศาสนาพุทธบัณฑิตชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมาจำนวน 100 คน โดยแยกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 50 คน คณะผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำแบบทดสอบ

3. คณะผู้วิจัยทำการแจกแบบยินยอม เข้าร่วมวิจัยชี้แจงเหตุผลความเป็นมา วัตถุประสงค์ ความเสี่ยง ประโยชน์ ข้อปฏิบัติขณะเข้าร่วมในโครงการวิจัย การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย การปกป้อง รักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย

4. หลังจากคณะผู้วิจัยได้ชี้แจงแบบยินยอมเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้ทำความเข้าใจพร้อมสมัครใจให้ ความร่วมมือแล้ว ให้ทำการลงชื่อ เพื่อแสดงความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

5. คณะผู้วิจัยมอบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ให้กับกลุ่มทดลองโดยดาวน์โหลดในสมาร์ตโฟนระบบ android และเอกสารการเรียนรู้เรื่องกลุ่มยาคิตเวช ผ่านทางอีเมลล์ ให้กับกลุ่มควบคุม โดยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นำไปศึกษาเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ มีการกำกับ และติดตามทางกลุ่มไลน์ทุกวันเป็นเวลา 7 วัน จนครบระยะเวลาที่ให้ศึกษา

6. คณะผู้วิจัยนัดหมายวันทำแบบทดสอบจำนวน 25 ข้อ โดยใช้เวลาในการทำ 1 ชั่วโมง ชี้แจงวิธีการทำแบบทดสอบและระยะเวลาที่ใช้ในการทำแบบทดสอบ

7. คณะผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยและประเมินความพึงพอใจในการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์

8. ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS โดยมีขั้นตอน ดังนี้

8.1 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถามแต่ละชุดก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

8.2 ข้อมูลทั่วไป ทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

8.3 ข้อมูลความรู้และความพึงพอใจทั้งแบบรายชื่อและแบบทั้งฉบับ ทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

8.3.3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent t-test

8.3.4 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent t-test

8.3.5 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจต่อการใช้น้ำสืออิเล็กทรอนิกส์ หลังการทดลองในกลุ่มทดลองกับ เกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับ 3.51 โดยใช้สถิติ one sample t-test

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั้งหมดจะทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถามแต่ละชุดก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

2. ข้อมูลทั่วไป ทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ข้อมูลความรู้และความพึงพอใจทั้งแบบรายข้อและแบบทั้งฉบับ ทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent t-test

3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้นั่งสื่อบีทีเอชเอชทีหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent t-test

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม แบ่งเป็นเพศชายกลุ่มละ 1 คน และเพศหญิงกลุ่มละ 49 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100 คน

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความรู้ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตาราง 1 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เรื่อง กลุ่มยาดิจิทัลระหว่างกลุ่ม

ความรู้	n	\bar{X}	S.D.	t-test	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	19.83	1.60	-0.13	0.89
กลุ่มควบคุม	50	17.36	4.22	-0.13	0.89
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	20.66	2.60	4.69	0.00
กลุ่มควบคุม	50	19.92	2.48	4.69	0.00

*p<.05

จากตาราง 1 พบว่า ผลการทดสอบความรู้หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สูงกว่า ผลการทดสอบความรู้ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

ส่วนที่ 3 ประสพการณ์และพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างต่อการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่อง กลุ่มยาจิตเวชผ่านหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ แยกเป็นรายหัวข้อดังนี้

3.1 ประสพการณ์เคยใช้ หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เคยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 90 และไม่เคยใช้จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 10

3.2 พฤติกรรมการใช้งานหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ใช้งานหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เพราะอยากใช้เอง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 42 ใช้ตามเพื่อนหรือคนแนะนำ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 30 ใช้ตามนโยบายวิทยาลัย จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 14 และอื่น ๆ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 4 ตามลำดับ

3.3 ประสพการณ์การใช้ หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีประสพการณ์การใช้งานหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ น้อยกว่า 3 เดือน จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 68 3-6เดือนจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 10 ไม่มีคำตอบจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 10 มากกว่า 12 เดือนจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 4 ตามลำดับ

3.4 วัตถุประสงค์ในการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีวัตถุประสงค์ในการใช้งานหนังสือ

อิเล็กทรอนิกส์ เพื่อการเรียนรู้ 21 คน คิดเป็นร้อยละ 42 เพื่อค้นหาข้อมูล จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ เพื่อความบันเทิง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 14 ไม่มีคำตอบ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 10 มากกว่าและเพื่อฝึกทักษะต่าง ๆ เพื่อการออกเสียง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2 ตามลำดับ

3.5 ความถี่ในการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความถี่ในการใช้งาน หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ น้อยกว่า 4 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 78 ไม่มีคำตอบจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 10 และ 4 - 6 ครั้งต่อสัปดาห์ซึ่งมีจำนวนเท่ากัน คือ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 6 ตามลำดับ

3.6 สถานที่ใช้งานหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ใช้งานหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ที่วิทยาลัย 23 คน คิดเป็นร้อยละ 46 รองลงมาคือที่บ้าน จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 38 ไม่มีคำตอบจำนวน 5 คน อื่น ๆ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 4 และผ่านอินเทอร์เน็ต จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2

3.7 สาเหตุที่ไม่ใช้งานหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ใช้งานหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ส่วนใหญ่ไม่มีคำตอบจำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 90 ไม่มีความจำเป็นที่ต้องใช้จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 8 และไม่มีอุปกรณ์ 1 ร้อยละ 2

ผลการประเมินความพึงพอใจหลังการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่อง กลุ่มยาคิตเวช

ตาราง 2 ผลการประเมินความพึงพอใจหลังการใช้สื่อหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ด้านเนื้อหา (n=50)

ด้านเนื้อหา	\bar{X}	S.D.	การแปลผล	ลำดับที่
1. รูปแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ มีการใช้ภาพกราฟิกเทคนิคในการนำเสนอที่น่าสนใจ	3.92	0.69	ปานกลาง	3
2. เนื้อหากระชับ เหมาะสมกับระยะเวลาเรียน	3.88	0.79	ปานกลาง	4
3. การจัดลำดับเนื้อหามีความต่อเนื่อง เข้าใจง่าย	4.06	0.73	มาก	1
4. เนื้อหามีความเชื่อมโยงกับเนื้อหาเดิมกับเนื้อหาใหม่	4.04	0.66	มาก	2
เฉลี่ย	3.97	0.72	ปานกลาง	

จากตาราง 2 สามารถสรุปผลการวิเคราะห์ได้ว่า นักศึกษามีความพึงพอใจต่อการใช้สื่อหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่อง กลุ่มยาคิตเวช ด้านเนื้อหา เฉลี่ย อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.97$, S.D. = 0.72)

ตาราง 3 ผลการประเมินความพึงพอใจหลังการใช้สื่อหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ด้านคุณภาพ (n=50)

ด้านคุณภาพของสื่อหนังสืออิเล็กทรอนิกส์	\bar{X}	S.D.	การแปลผล	ลำดับที่
1. ภาษาที่ใช้ในสื่อการเรียนรู้นี้มีความถูกต้อง เหมาะสม	4.19	0.77	มาก	3
2. การเข้าศึกษาเนื้อหาในบทเรียนมีความสะดวกรวดเร็ว	3.06	0.95	ปานกลาง	7
3. ปุ่มแสดงรายการต่าง ๆ สื่อความหมายได้ชัดเจน	2.64	0.96	น้อย	8
4. สื่อภาพประกอบเนื้อหาที่ใช้ในหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีความเหมาะสมและความสนใจ	3.68	0.91	ปานกลาง	5
5. สื่อหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ช่วยให้ผู้ที่มีความรู้ด้านกลุ่มยาคิตเวชมากขึ้น	3.38	0.92	ปานกลาง	6
6. สื่อหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ทำให้ผู้ใช้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง	4.30	0.83	มาก	1
7. สื่อหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ช่วยให้ผู้เรียนสามารถทบทวนบทเรียนได้ตลอดเวลา	4.20	0.92	มาก	2
8. สื่อหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ทำให้ผู้เรียนมีความสนุกสนานกับการเรียนรู้	4.18	0.66	มาก	4
เฉลี่ย	3.70	0.86	ปานกลาง	

บทความวิจัยต้นฉบับ

จากตาราง 3 พบว่านักศึกษาที่มีความพึงพอใจต่อการใช้สื่อหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่อง กลุ่มยาจิตเวช ด้านคุณภาพของสื่อหนังสืออิเล็กทรอนิกส์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.70$, S.D. = 0.86) เมื่อพิจารณา เป็นรายด้านพบว่าสื่อหนังสือ

อิเล็กทรอนิกส์ทำให้ผู้ใช้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยมาก ($\bar{X}=4.30$, S.D. = 0.83) รองลงมาคือสื่อหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ช่วยให้ผู้เรียนสามารถทบทวนบทเรียนได้ตลอดเวลา ($\bar{X}= 4.20$, S.D. = 0.92)

ตาราง 4 ผลการประเมินความพึงพอใจหลังการใช้สื่อหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ด้านความพึงพอใจต่อการใช้สื่อ (n=50)

ด้านความพึงพอใจต่อการใช้สื่อ	\bar{X}	S.D.	การแปลผล	ลำดับที่
1. เนื้อหาในหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เป็นประโยชน์และสามารถนำไปใช้ได้จริง	4.30	0.83	มาก	1
2. ความพึงพอใจโดยภาพรวมในการเรียนด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์	4.20	0.92	มาก	2
เฉลี่ย	4.25	0.87	มาก	

จากตาราง 4 พบว่า นักศึกษามีความพึงพอใจต่อการใช้สื่ออยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.25$, S.D. =0.87) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า เนื้อหาในหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เป็นประโยชน์และสามารถนำไปใช้ได้จริง มีคะแนนมาก ($\bar{X}=4.30$, S.D. =0.83) จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั้ง 3 ด้าน พบว่า นักศึกษามีความพึงพอใจต่อหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องกลุ่มยาเสพติดเวช โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.97$, S.D. =0.82) ซึ่งนักศึกษามีความเห็นว่าสื่อหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ช่วยให้มีความรู้เรื่องกลุ่มยาจิตเวชมากขึ้น สื่อหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง และเนื้อหาในหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เป็นประโยชน์และสามารถนำไปใช้ได้จริง

อภิปรายผล

ในการศึกษาผลของการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องกลุ่มยาจิตเวชของนักศึกษาพยาบาล ศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมาอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

1. ด้านความรู้ของนักศึกษาพยาบาล ศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 เรื่องกลุ่มยาจิตเวชผ่านหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ นักศึกษาที่ใช้และไม่ใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์พบว่าความรู้ของกลุ่มทดลองหลังการเรียนรู้เรื่อง กลุ่มยาจิตเวช ผ่านหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ทั้งนี้เนื่องจากทฤษฎีของเฟลมมิ่ง ทำให้ทราบว่า การเรียนรู้ทั้ง 4 แบบ มีรูปแบบการเรียนรู้แตกต่างกันไป แต่ละบุคคลก็

จะมีความชอบในรูปแบบการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน บางคนอาจชอบการเรียนรู้แบบการมอง บางคนอาจชอบการเรียนรู้แบบการฟัง และบางคนอาจชอบทั้งการเรียนรู้แบบการมอง การฟัง การลงมือทำและการเขียน^[9] สอดคล้องกับงานวิจัยของ Carla wood ^[10] ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลสัมฤทธิ์ของการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องการฝึกคำศัพท์และการพูดภาษาสเปนและภาษาอังกฤษของเด็ก ในกลุ่มตัวอย่างเด็กชั้นอนุบาล 1 และประถมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 288 คน พบว่าเด็กที่ได้อ่านหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ 3 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นเวลา 10–20 สัปดาห์ และเด็กที่ได้อ่านหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เสริมด้วยการเรียนการสอนคำศัพท์ที่ผ่านคำอธิบายเป็นภาษาสเปนและภาษาอังกฤษ พบว่าคะแนนของทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยการสอบผ่านของนักเรียนเพิ่มขึ้น^[10] สอดคล้องกับงานวิจัยของสิริภัทร เมืองแก้ว^[5] ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ รายวิชาภาษาและวัฒนธรรมเพื่อนบ้าน (ภาษาจีน) ในกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงนิสิตที่ลงทะเบียนเรียนในรหัสวิชา 2001103 วิชาภาษาและวัฒนธรรมเพื่อนบ้าน (ภาษาจีน) ปีการศึกษา 2559 จำนวน 70 คน พบว่ามีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ นิสิตมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ สูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการประเมินความพึงพอใจของนิสิตหลังการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ อยู่ในระดับดี โดยผู้เรียนมีความเห็นว่าหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ช่วยให้ผู้เรียนมีความรู้เกี่ยวกับภาษาจีน เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองและเนื้อหาในหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เป็นประโยชน์และนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน^[5]

2. ด้านความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิตชั้นปีที่ 3 กลุ่มทดลองหลังการเรียนรู้ ต่อการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่อง กลุ่มยาคิตเวช มากกว่าหรือเท่ากับ 3.97 ผลการวิจัย พบว่าความพึงพอใจของกลุ่มทดลองหลังการเรียนรู้ เรื่อง กลุ่มยาคิตเวช หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ มากกว่าหรือเท่ากับ 3.97 สอดคล้องกับงานวิจัยของสิริภัทร เมืองแก้ว^[5] ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ รายวิชาภาษาและวัฒนธรรมเพื่อนบ้าน (ภาษาจีน) ในกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงนิสิตที่ลงทะเบียนเรียนในรหัสวิชา 2001103 วิชาภาษาและวัฒนธรรมเพื่อนบ้าน (ภาษาจีน) ปีการศึกษา 2559 จำนวน 70 คน พบว่าการประเมินความพึงพอใจของนิสิตหลังการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ อยู่ในระดับดี โดยผู้เรียนมีความเห็นว่าหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ช่วยให้ผู้เรียนมีความรู้เกี่ยวกับภาษาจีน เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองและเนื้อหาในหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เป็นประโยชน์และนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน^[5]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1.1. ด้านการวิจัย หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องนี้ เหมาะกับนักศึกษาพยาบาล และสามารถนำไปใช้กับบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ที่สนใจศึกษา สามารถใช้แทนเล่มเอกสารได้ แต่ทั้งนี้ควรมีการปรับปรุงเรื่องเนื้อหาให้ทันสมัย เพราะยาคิตเวชอาจมีการนำยาคิตเวชใหม่มาใช้ และควรจัดทำอินโฟกราฟิกให้ง่ายต่อการอ่าน

2. การจัดทำหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องนี้ มีผลต่อการได้รับความรู้เรื่อง กลุ่มยาคิตเวช และ

มีความพึงพอใจระดับมาก ดังนั้นจึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับวิชาอื่นได้ เช่น วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ให้ใช้ได้ในระบบ IOS

2. ควรพัฒนาสื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่ทันสมัยหลากหลาย เช่น สามารถเลือกฟังเสียงบรรยายเนื้อหา รวมถึงมีปุ่มควบคุมที่ทำให้ผู้เรียนสามารถควบคุมการเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง เพื่อกระตุ้นความสนใจมากขึ้น

3. การศึกษาวิจัยในลักษณะเดียวกันนี้ ควรเพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชและการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

การปกป้องสิทธิกลุ่มเป้าหมาย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา (เอกสารรับรองเลขที่ COA NO. 03/2564) ลงวันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2564

เอกสารอ้างอิง

- [1] มาโนช หล่อตระกูล. จิตเวชศาสตร์ งามาธิบัติ. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
- [2] กรมสุขภาพจิต. รู้หรือไม่ ร้อยละ 10 ของชาวอาเซียนมีความผิดปกติทางจิตประสาทและอารมณ์. [ออนไลน์]. (2562). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 10 ตุลาคม 2562] เข้าได้ถึงจาก <https://www.dmh.go.th/>

- news-dmh/view.asp?id=30011
- [3] มาโนช หล่อตระกูล. การใช้จิตเวชในทางคลินิก. กรุงเทพฯ: บียอนด์อินเทอร์เน็ตไพรซ์ จำกัด; 2560.
- [4] โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์. รายงานการดำเนินงานติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน. สงขลา : โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์; 2556
- [5] สิริภัทร เมืองแก้ว. การพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-Book) รายวิชาและวัฒนธรรมเพื่อนบ้าน (ภาษาจีน) สำหรับนิสิตชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา กรุงเทพฯ. วารสารศึกษาศาสตร์สาน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2561; 2(1) : 18-32.
- [6] วารุณี คงวิมล. การพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-Book) เรื่อง การใช้โปรแกรม Photoshop เพื่อผลิตสื่อการสอน สำหรับครูระดับประถมศึกษา [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยีการศึกษา]. ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559.
- [7] กฤษณ์ คงทวีศักดิ์. การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจในการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-Book) ประกอบการเรียน [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยีสารสนเทศและการจัดการ]. กรุงเทพ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยกรุงเทพ; 2558.
- [8] สุทิน โรจน์ประเสริฐ. การสร้างหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-Book) เรื่อง เทคนิคการถ่ายภาพโฆษณา : กรณีศึกษา

- มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์. กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์; 2555.
- [9] ชัยวัฒน์ ตัณฑรังษี. รูปแบบการเรียนรู้
ของนักศึกษาชั้นปีที่ 2 มหาวิทยาลัยราชภัฏ
สวนสุนันทา กรณีศึกษารายวิชาการ
ศึกษาทั่วไป; ภาษาอังกฤษเพื่อการสื่อสาร
และทักษะการเรียนรู้. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
สถาบันวิจัยและพัฒนา; 2555.
- [10] Carla Wood. The Effect of E-Book
Vocabulary Instruction on Spanish-
English Speaking Children : Journal of
Speech Language Hearing Research;
2017.

บทความวิจัยต้นฉบับ :
แนวทางการส่งเสริมศักยภาพของสื่อท้องถิ่นเพื่อการสื่อสารสุขภาพใน
ชนบทภาคเหนือ
Capabilities Development of Local Media for Health
Communication in North Rural

หนึ่งหทัย ขอผลกลาง

Neunghathai Khopolklang

สำนักวิชาเทคโนโลยีสังคม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

Institute of Social Technology, Suranaree University of Technology

เบอร์โทรศัพท์ 09-4361-5149; Email : neunghat@sut.ac.th

วันที่รับ 9 ส.ค. 2564; วันที่แก้ไข 20 ส.ค. 2564; วันที่ตอบรับ 24 ธ.ค. 2564

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ศักยภาพ บทบาท ปัจจัยที่เป็นปัญหาและอุปสรรค ความพึงพอใจและความคาดหวังพร้อมทั้งแสวงหา แนวทางที่พึงประสงค์ในการใช้สื่อท้องถิ่นเพื่อ การสื่อสารสุขภาพในชนบทภาคเหนือให้เกิด ประโยชน์สูงสุด เครื่องมือในการเก็บข้อมูลวิจัย ได้แก่ (1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับผู้บริหารสื่อท้องถิ่น และแบบสัมภาษณ์กึ่ง โครงสร้างกับประชาชน (2) แบบสอบถาม ประชาชนที่เปิดรับสื่อท้องถิ่น (3) แบบวิเคราะห์ เนื้อหาสื่อท้องถิ่น ได้แก่ หนังสือพิมพ์ท้องถิ่น สถานีวิทยุกระจายเสียงคลื่นหลัก สถานีวิทยุชุมชน เคเบิลทีวีท้องถิ่น และหอกระจายข่าว กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ สื่อท้องถิ่น จำนวน 10 สื่อ (2) นักสื่อสารสุขภาพ จำนวน 20 คน และ(3) ประชาชนทั่วไป จำนวน 400 คน โดยการวิเคราะห์ ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ส่วนข้อมูล เชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลโดยการจำแนกและ จัดกลุ่มข้อมูล

ผลการวิจัย พบว่า (1) สื่อท้องถิ่นมี ศักยภาพในด้าน ผู้บริหารดำเนินการจัดผังรายการ และสัดส่วนของรายการ หน่วยงานราชการ สนับสนุนข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ สื่อท้องถิ่นเข้าถึง ง่าย ใกล้ชิดประชาชน (2) บทบาทของสื่อท้องถิ่น คือ การแจ้งข้อมูลข่าวสาร และประชาสัมพันธ์ กิจกรรมหรือข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยแก่ ประชาชนในท้องถิ่น (3) ปัจจัยที่เป็นปัญหาและ อุปสรรคในการสื่อสารสุขภาพได้แก่ ขาดอิสระ ในการดำเนินงานเพราะอยู่ในกำกับของภาครัฐ ขาดงบประมาณ (4) ประชาชนมีความพึงพอใจ ต่อสื่อท้องถิ่นโดยภาพรวมอยู่ที่ระดับเฉย ๆ ส่วนความคาดหวังประชาชนคาดหวังโดยภาพ รวมอยู่ที่ระดับมาก (5) แนวทางที่พึงประสงค์ มีดังนี้ (5.1) ด้านการสื่อสารสุขภาพที่พึงประสงค์ ควรมีการให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยในเชิงรุก

อย่างต่อเนื่อง และการควรมีการประเมินความพึงพอใจจากประชาชน (5.2) ด้านเนื้อหาสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ ควรให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่นำไปสู่โรคต่าง ๆ ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพในประเด็นต่าง ๆ และความรู้เรื่องโรคระบาด (5.3) ด้านบทบาทที่พึงประสงค์ ได้แก่ บทบาทในการให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัย บทบาทในการรณรงค์เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคภัยไข้เจ็บ ส่วนข้อเสนอแนะ ควรมีการสร้างภาคีเครือข่ายสุขภาพภายในชุมชน

คำสำคัญ : ศักยภาพของสื่อท้องถิ่น; การสื่อสารสุขภาพ

Abstract

This research aims to study the potential, roles, factors, problems, obstacles, satisfaction and expectation as well as seeking desirable way to use local media for health communication in North Rural for maximize benefit. Tools for collecting research data include (1) Semi-structured interview form for local media executives and semi-structured interview form for the sample population. (2) A questionnaire of the sample population who accessed local media (3) Content analysis form for local media including local newspapers mainstream radio station community radio station local cable TV and broadcast tower. The sample group was divided into 3 groups, consisting of (1) 10 local media. (2) 20 health communicators and (3) the general public, amounting to 400 people. Using quantitative data analysis, descriptive statistics were analyzed. by

frequency, percentage, mean, standard deviation and correlation analysis. Qualitative data analysis by classification, identify and grouping data.

The research findings were (1) Local media have the potential to executives for the program planning and managing and the proportion of program. The potential for cooperation from government agencies is that government agencies support health information. Local media are easily accessible to the public (2) The role of local media is to inform the news, education and public relations activities or health information to the local people. (3) Factors that cause problems and obstacles in health communication are lacking of freedom of operation because they are under the supervision of the government, Lack of budget makes operation inefficient. (4) People's overall satisfaction with local media was at a normal level. As for the public expectation, the overall expectation is at a high level. (5) The preferred approaches are as follows: (5.1) Desirable health communication should be ongoing proactive health education and there should be a satisfaction assessment from the people. (5.2) In terms of desirable health content, there should be knowledge about food that causes various diseases. Knowledge of health care in various issues and family knowledge (5.3) Desirable roles include the role of health education, the role of the campaign for immunization against diseases and the role in campaigning and coordinating to raise awareness about health care for themselves and local communities.

Key word: Development of Local Media, Health Communication

บทนำ

“การสื่อสารสุขภาพ” มีพื้นฐานมาจากศาสตร์สำคัญ 2 แขนง คือ การสื่อสารและสุขภาพ ดังนั้น เมื่อมีการกล่าวถึงการปฏิรูประบบสุขภาพ สิ่งที่ต้องให้ความสนใจศึกษาควบคู่ไปด้วย คือ การปฏิรูปการสื่อสาร รวมทั้งการศึกษาให้เข้าใจถึงกระบวนการทัศนของการสื่อสาร เนื่องจากการสื่อสารนับเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากการสื่อสารทุกรูปแบบควรนำมาใช้เพื่อสุขภาพให้มากที่สุด ดังนั้น จึงควรมีการพัฒนาาระบบสื่อเพื่อสังคมหรือสื่อเพื่อสุขภาพให้ครบถ้วน ตั้งแต่ด้านนโยบาย บุคลากร เทคนิค การสื่อสาร งบประมาณ การวิจัยและการประเมินผล^[1] เพื่อทำความเข้าใจต่อทิศทางการสื่อสารสุขภาพที่เกิดขึ้นในสังคมไทยและเพื่อให้ระบบการสื่อสารเป็นไปเพื่อสังคมและสุขภาพให้มากที่สุด

กิจกรรมที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการสื่อสารสุขภาพ^[2] มักประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญดังต่อไปนี้ (1) การให้ความรู้เรื่องสุขภาพ (health education) หมายถึง กิจกรรมการส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี โดยอาศัยวิธีแจ้งให้ทราบ การให้การศึกษาแก่บุคคลผ่านสื่อและกิจกรรมต่าง ๆ (2) การตลาดเพื่อสังคม (social marketing) หมายถึง กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ หรือการเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์โดยใช้หลักการตลาดผนวกกับสื่อมวลชนประเภทต่าง ๆ (3) การเรียกร้องสิทธิ (advocacy) หมายถึง กิจกรรมการใช้สื่อมวลชนใน

การเรียกร้องสิทธิที่พึงมีพึงได้ การส่งเสริมนโยบาย กฎระเบียบและโครงการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ในระดับต่าง ๆ (4) การสื่อสารความเสี่ยง (risk communication) หมายถึง กิจกรรมเกี่ยวกับการสื่อสารสุขภาพสำหรับบุคคลเฉพาะกลุ่ม (เช่น ผู้ติดยาเสพติด) เพื่อการจัดการกับความเสี่ยงนั้น (5) การสื่อสารกับผู้ป่วย (patient communication) หมายถึง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะด้านสุขภาพเพื่อการบำบัดรักษา การให้ความรู้ความเข้าใจในรูปแบบและวิธีการต่าง ๆ ระหว่างแพทย์กับคนไข้ รวมถึงการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเพื่อนำไปสู่การเรียนรู้ระหว่างกัน และกันอย่างมีประสิทธิภาพ (6) การให้ข้อมูลด้านสุขภาพ (consumer health communication) หมายถึง การให้ข้อมูลเพื่อให้บุคคลเข้าใจสุขภาพของตนเอง และสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองหรือของครอบครัวได้ รวมถึง การนำเสนอข้อมูลด้านสุขภาพลักษณะต่าง ๆ เช่น การประกันสุขภาพการป้องกันและดูแลสุขภาพของตนเอง (7) การใช้สื่อใหม่ (new media) หมายถึง การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในการสื่อสารสุขภาพ เช่น อินเทอร์เน็ต ซึ่งสามารถนำมาใช้เสริมกับการสื่อสารประเภทอื่น ๆ ได้ ซึ่ง การนำสื่อใหม่เข้ามาใช้ในการสื่อสารสุขภาพ ยังส่งผลต่อวิธีการสื่อสารสุขภาพแบบใหม่ที่ทำให้ข้อมูลข่าวสารกระจายได้อย่างกว้างขวางรวดเร็วมากขึ้น เช่น การแพทย์ทางไกล (telehealth) หมายถึง การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ขยายการให้บริการด้านสุขภาพโดยใช้สื่อสมัยใหม่เข้ามาในรูปแบบของเว็บไซต์ และซีดีรอม เป็นต้น

จากการจำแนกการสื่อสารสุขภาพ ออกเป็นกิจกรรมต่าง ๆ ดังกล่าว สิ่งที่ต้อง

ให้ความสนใจศึกษาและตั้งคำถาม คือ เมื่อพิจารณาการสื่อสารสุขภาพในสังคมไทยโดยเฉพาะในสังคมชนบท ซึ่งเป็นสังคมที่ประกอบด้วยประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ พบว่าสื่อท้องถิ่นที่เป็นช่องทางการสื่อสารที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด มีบทบาทในการให้ข้อมูลข่าวสารเรื่องสุขภาพอนามัยประกอบด้วยกิจกรรมการสื่อสารครบถ้วนหรือไม่ และมีปัจจัยใดที่ส่งผลต่อความสำเร็จและล้มเหลวต่อการให้ความรู้ข้อมูลอันเกี่ยวข้องกับกิจกรรมดังกล่าว สื่อท้องถิ่นที่เป็นเครื่องมือในการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปสู่ประชาชนสื่อท้องถิ่นที่สำคัญและเข้าถึงประชาชนในพื้นที่ได้ง่าย ได้แก่ หนังสือพิมพ์ท้องถิ่น เคเบิลทีวีท้องถิ่น สถานีวิทยุชุมชน สถานีวิทยุกระจายเสียงคลื่นหลักและหอกระจายข่าว การถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของสื่อท้องถิ่นทั้ง 5 ประเภท เนื้อหาส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับโรค ยา และอาหาร โดยนำเสนอเพื่อเป็นการให้ข้อมูลแก่ประชาชนในท้องถิ่นได้ทราบถึงสถานการณ์ และวิธีการป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ อย่างไรก็ตาม ยังปรากฏงานวิจัยชี้ให้เห็นว่าปริมาณการนำเสนอเนื้อหาด้านสุขภาพมีน้อยเมื่อเทียบกับเนื้อหาด้านการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม ขณะเดียวกันเนื้อหาสุขภาพที่ปรากฏบนสื่อท้องถิ่นมักเป็น การโฆษณาเพื่อเชิญชวนให้ประชาชนในท้องถิ่นซื้อสินค้าและบริการ^[3]

เมื่อพิจารณาถึงระดับการสื่อสารสุขภาพที่เกิดขึ้นในสังคมไทย พบว่า ไม่ว่าในอดีตหรือปัจจุบัน การสื่อสารเรื่องสุขภาพยังคงเป็นการสื่อสารในระดับสาธารณะ คือ การสื่อสารจากหน่วยงานภาครัฐไปสู่ประชาชน และระดับการสื่อสารมวลชน คือ การสื่อสารจากสื่อไปยัง

สาธารณชน และการสื่อสารทั้ง 2 ระดับดังกล่าวเป็นการสื่อสารทางเดียว (one-way communication) คือจากผู้ส่งสารซึ่งมีลักษณะเป็นองค์กรไปยังประชาชนจำนวนมากที่มีบทบาทเป็นเพียงผู้รับสาร จึงทำให้ประชาชนจำนวนมากโดยเฉพาะประชาชนในชนบทยังไม่ได้รับประโยชน์อย่างเต็มที่จากสื่อที่ทำหน้าที่ในการส่งสารด้านสุขภาพอนามัยไปยังประชาชน

ภาคเหนือ เป็นภูมิภาคที่มีประชาชนอาศัยอยู่เป็นอันดับที่ 3 ของประเทศ โดยมีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 11,758,421 ล้านคน (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2558) คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้กำหนดให้ภาคเหนือมีทั้งหมด 17 จังหวัด จากข้อมูลของสำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 30 เมษายน 2560 มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้หัด 89 ราย เสียชีวิต 6 ราย กลุ่มอายุที่ป่วยมากที่สุดคืออายุ 65 ปีขึ้นไป รองลงมาคือ 45 – 54 ปี และ 55 – 64 ปี ภาคเหนือมีอัตราป่วยสูงสุดจังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด 5 อันดับแรกในภาคเหนือ ได้แก่ อุดรดิตถ์ น่าน นครสวรรค์ เพชรบูรณ์ และพิจิตร นอกจากนี้ จากข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุในเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ 2,618 แห่ง มีประชากรจำนวน 8,181,181 คน พบว่าในปี 2560 มีผู้สูงอายุ 18.5% ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ โดยภาคเหนือมีประชากรสูงวัยมากที่สุด 22% ภาคกลาง 20% ภาคเหนือ 17% และภาคใต้ 16% โดยเฉลี่ยพบว่า 20% มีปัญหาเรื่องความดันโลหิตสูงและมีปัญหาสุขภาพด้านอื่นแทรกซ้อนที่ต้องไปหาหมอเป็นประจำ^[4]

จากข้อมูลด้านสุขภาพของภาคเหนือในปี พ.ศ. 2560 ข้างต้น ชี้ให้เห็นว่า ประชาชนในภาค

เหนือกำลังประสบปัญหาด้านสุขภาพเป็นลำดับต้น ๆ ของประเทศ ประชาชนป่วยด้วยโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ เป็นจำนวนมาก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี อย่างไรก็ตาม หลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐ และเครือข่ายภาคประชาชน รวมทั้งสื่อท้องถิ่นท้องถิ่นตระหนักถึงสถานการณ์ดังกล่าว และพยายามแสวงหาแนวทางการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปสู่ประชาชน

จากการสำรวจงานวิจัยของนักวิชาการด้านสื่อท้องถิ่นตลอดระยะเวลา 8 ปีที่ผ่านมา (2554 – 2561) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการศึกษาวิจัยสื่อท้องถิ่นในภาคเหนือเป็นศึกษาแบบแยกประเภทของสื่อ โดยในด้านการบริหารงานของสื่อท้องถิ่น พบว่า (1) สื่อท้องถิ่นมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพยังมีน้อยเมื่อเทียบกับสื่อประเภทอื่น ๆ สื่อท้องถิ่นแต่ละประเภทต่างฝ่ายต่างนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพตามมุมมองของตน (2) หน่วยงานภาครัฐมีบทบาทในการในการควบคุมสื่อท้องถิ่นน้อยส่งผลให้การบริหารจัดการยังไม่เป็นระบบ (3) ผู้นำชุมชนหรือผู้บริหารสื่อเป็นตัวแปรสำคัญในการดำเนินงานของสื่อท้องถิ่นให้มีความยั่งยืน นอกจากนี้ จากงานวิจัยยังพบปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารสุขภาพ 2 ปัจจัย คือ (1) ปัจจัยด้านนักจัดรายการหรือผู้ดำเนินรายการเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญ เพราะเป็นสื่อกลางในการสร้างความเข้าใจด้านสุขภาพ แต่กลับพบว่านักจัดรายการเองยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินรายการที่ถูกต้อง ขาดประสบการณ์ส่งผลให้เนื้อหาของรายการถูกลดความน่าสนใจลงไป และ(2) ปัจจัยด้านงบประมาณ ขาดงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงาน ส่งผลให้การดำเนินงานยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

จากสถานการณ์ของการสื่อสารสุขภาพ และคุณสมบัติเฉพาะของสื่อท้องถิ่นในการสื่อสารดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงให้ความสนใจศึกษาวิจัยเรื่อง แนวทางการส่งเสริมศักยภาพของสื่อท้องถิ่นเพื่อการสื่อสารสุขภาพในชนบทภาคเหนือ เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับการสื่อสารสุขภาพในชนบท ความต้องการและความคาดหวังของประชาชนผู้รับสารที่มีต่อการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยจากสื่อ โดยเฉพาะสื่อท้องถิ่น รวมทั้งแสวงหาแนวทางที่พึงประสงค์ในการพัฒนาศักยภาพของสื่อท้องถิ่นในการสื่อสารสุขภาพไปยังประชาชนในชนบท โดยผู้วิจัยกำหนดขอบเขตในการศึกษา คือ ภาคเหนือ ซึ่งเป็นภาคที่มีประชากรมากเป็นอันดับ 3 ของประเทศ และประสบปัญหาด้านสุขภาพอนามัยมากกว่าภูมิภาคอื่น ๆ เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ กำหนดแนวทางการใช้ประโยชน์จากสื่อท้องถิ่นอย่างเป็นรูปธรรมในการสื่อสารสุขภาพไปสู่ประชาชน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาศักยภาพของสื่อท้องถิ่นเพื่อการสื่อสารสุขภาพในชนบทภาคเหนือ
2. เพื่อศึกษบทบาทของสื่อท้องถิ่นในชนบทภาคเหนือในฐานะเป็นกลไกของการสื่อสารสุขภาพไปยังประชาชน
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นปัญหาและอุปสรรคในการสื่อสารสุขภาพในชนบทภาคเหนือ
4. เพื่อศึกษาความต้องการ และความคาดหวังของประชาชนในชนบทภาคเหนือที่มีต่อสื่อท้องถิ่นและเนื้อหาสารเพื่อการสื่อสารสุขภาพ

5. เพื่อแสวงหาแนวทางที่พึงประสงค์ในการใช้สื่อท้องถิ่นเพื่อการสื่อสารสุขภาพในชนบทภาคเหนือให้เกิดประโยชน์สูงสุด

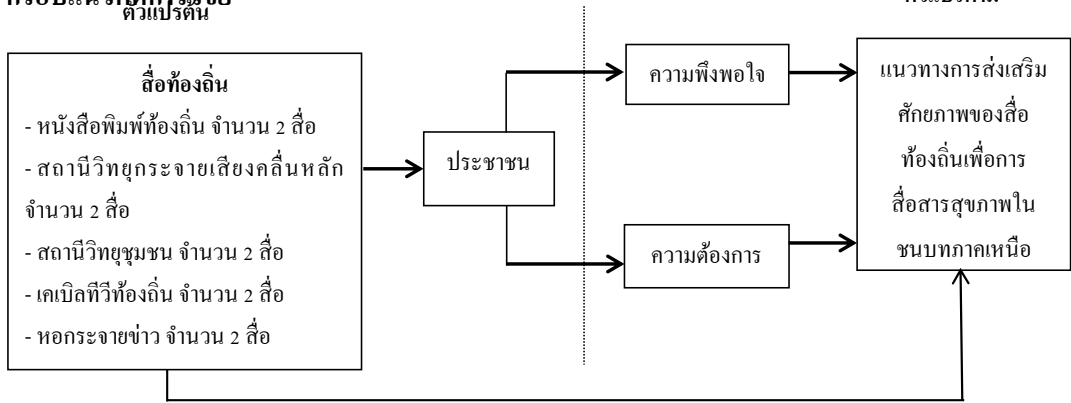
ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ ประชากรแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ สื่อท้องถิ่น สื่อท้องถิ่นที่ทำหน้าที่เป็นนักสื่อสารสุขภาพ และประชาชนที่เปิดรับสื่อท้องถิ่นและอาศัยอยู่ในภาคเหนือ โดยกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ผู้วิจัยใช้การสุ่มแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็น (non - probability sampling) ด้วยการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ได้แก่ (1) สื่อท้องถิ่น ได้แก่ หนังสือพิมพ์ท้องถิ่น สถานีวิทยุกระจายเสียงคลื่นหลัก สถานีวิทยุชุมชน เคเบิลทีวีท้องถิ่น หอกระจายข่าว จำนวน 10 สื่อ (2) สื่อท้องถิ่นที่ทำหน้าที่เป็นนักสื่อสารสุขภาพ ได้แก่ นักจัดรายการวิทยุกระจายเสียงคลื่นหลัก นักจัดรายการวิทยุชุมชน ผู้รับผิดชอบการออกอากาศ หอกระจายข่าวหรือเสียงตามสาย ผู้สื่อข่าวและบรรณาธิการหนังสือพิมพ์ท้องถิ่น จำนวน 20 คน และ (3) ประชาชนที่เปิดรับสื่อท้องถิ่นและอาศัยอยู่ในภาคเหนือ ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดพิษณุโลก มีอายุระหว่าง 18 – 50 ปี จำนวน 400 คน

2. ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา มุ่งศึกษาบทบาทหน้าที่ ศักยภาพของสื่อท้องถิ่นในภาคเหนือ ในการให้ความรู้ ให้ข้อมูลข่าวสาร เป็นเวทีแสดงความคิดเห็น รวมทั้งมีบทบาทในการรณรงค์โน้มน้าวใจประชาชนให้มีสุขภาพอนามัย อันได้แก่ ด้านโรคภัยไข้เจ็บ ด้านสุขอนามัยทั่วไป ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย และด้านยาเสพติด โดยศึกษาหนังสือพิมพ์ท้องถิ่น เคเบิลทีวีท้องถิ่น สถานีวิทยุชุมชน สถานีวิทยุกระจายเสียงคลื่นหลัก และหอกระจายข่าวหรือเสียงตามสาย รวมทั้งศึกษาความต้องการของประชาชนในชนบทภาคเหนือที่มีต่อการทำหน้าที่ของสื่อท้องถิ่นในการสื่อสารสุขภาพ จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาถอดบทเรียน และสังเคราะห์แนวทางที่พึงประสงค์ร่วมกับนักสื่อสารสุขภาพในท้องถิ่นในการพัฒนาศักยภาพด้านการสื่อสารสุขภาพของสื่อท้องถิ่นในภาคเหนือ โดยกำหนดพื้นที่เก็บข้อมูล 2 จังหวัดขนาดใหญ่ในภาคเหนือ ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นจังหวัดใหญ่ทางภาคเหนือตอนบน และจังหวัดพิษณุโลก ซึ่งอยู่ในภาคเหนือตอนล่าง

3. ขอบเขตด้านระยะเวลา ดำเนินการวิจัยเป็นระยะเวลา 1 ปี 6 เดือน เริ่มตั้งแต่เดือนเมษายน 2560 ถึง เดือนกันยายน 2561

กรอบแนวคิดการวิจัย
ตัวแปรต้น



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยเรื่องนี้ ได้แก่ สื่อท้องถิ่น สื่อท้องถิ่นที่ทำหน้าที่เป็นนักสื่อสารสุขภาพ และประชาชนที่เปิดรับสื่อท้องถิ่นและอาศัยอยู่ในภาคเหนือ เนื่องจากเป็นภูมิภาคที่มีประชากรมากเป็นอันดับ 3 ของประเทศ

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ผู้วิจัยใช้การสุ่มแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็น ด้วยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงดังนี้ (1) สื่อท้องถิ่น ได้แก่ หนังสือพิมพ์ท้องถิ่น สถานีวิทยุกระจายเสียงคลื่นหลัก สถานีวิทยุชุมชน เคเบิลทีวีท้องถิ่น หอกระจายข่าว โดยกำหนดให้สื่อท้องถิ่นทั้ง 5 ประเภทเป็นกลุ่มตัวอย่าง จังหวัดละ 1 สื่อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 10 สื่อ (2) สื่อท้องถิ่นที่ทำหน้าที่เป็นนักสื่อสารสุขภาพ ได้แก่ นักจัดรายการวิทยุกระจายเสียงคลื่นหลัก นักจัดรายการวิทยุชุมชน ผู้รับผิดชอบการออก

อากาศหอกระจายข่าวหรือเสียงตามสาย ผู้สื่อข่าว และบรรณาธิการหนังสือพิมพ์ท้องถิ่น จำนวน 20 คน (3) ประชาชนที่เปิดรับสื่อท้องถิ่นและอาศัยอยู่ในภาคเหนือ ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดพิษณุโลก มีอายุระหว่าง 18 – 50 ปี จำนวน 400 คน (เฉลี่ยจังหวัดละ 200 คน) กลุ่มที่ 2 ศึกษาความคิดเห็นของประชาชนในการสื่อสารสุขภาพของสื่อท้องถิ่น โดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดพิษณุโลก จำนวนทั้งสิ้น 80 คน แบ่งเป็นจังหวัดละ 40 คน ซึ่งในแต่ละจังหวัดจะประกอบด้วย 5 อำเภอ อำเภอละ 8 คน เนื่องจากทั้ง 2 จังหวัดมีจำนวนประชากรจำนวนมาก ทั้งในภาคเหนือตอนบน และภาคเหนือตอนล่าง ทั้งนี้ ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากประชากรในอำเภอที่มีจำนวนประชากรที่มีจำนวนมาก 5 อันดับแรก

2. เครื่องมือการวิจัย

การวิจัยดังกล่าวกำหนดเครื่องมือที่ใช้ใน

การวิจัย คือ แบบสอบถาม แบบวิเคราะห์เนื้อหา และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างมีจำนวน 2 ฉบับ) โดยการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดำเนินการดังนี้ (1) แบบสอบถาม ทำการทดสอบความเที่ยงตรง (validity) โดยนำแบบสอบถามเสนอผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติและการประเมินหลักสูตรเพื่อตรวจสอบความถูกต้องความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ตลอดจนภาษาที่ใช้ แล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อดำเนินการในขั้นต่อไป และการทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) ได้อาศัยวิธีการทดสอบก่อน (pre - test) กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน 1 ครั้ง พบว่า แบบสอบถามในแต่ละประเด็นมีค่าความเชื่อมั่น อยู่ระหว่าง 0.7225 - 0.7721 จึงถือได้ว่า คำถามในแต่ละประเด็นมีความน่าเชื่อถือสูง หากพิจารณาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่น 0.7588 แสดงว่าแบบสอบถามทั้งฉบับมีความเชื่อมั่นสูงด้วยเช่นกัน (2) แบบวิเคราะห์เนื้อหา ผู้วิจัยได้นำแบบวิเคราะห์เนื้อหาให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสื่อมวลชนเพื่อพิจารณาให้คำแนะนำเกี่ยวกับความครอบคลุมของประเด็นวิเคราะห์ ความชัดเจนของประเด็นและภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมของแนวทางในการวิเคราะห์ (3) แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างประชาชน ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยนำแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างประชาชนเสนอผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ เพื่อให้คำแนะนำในการปรับแก้ไข และตรวจสอบความถูกต้องความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย และ (4) แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างสื่อท้องถิ่น ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยนำ

แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างสื่อท้องถิ่นเสนอผู้เชี่ยวชาญด้านสื่อมวลชน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ตลอดจนภาษาที่ใช้ แล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อดำเนินการในขั้นต่อไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

งานวิจัยเรื่องนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเครื่องมือคือ แบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลเชิงปริมาณได้วิเคราะห์สถิติภาคบรรยาย ได้แก่ ความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (correlation analysis) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพนั้นใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านการสื่อสาร เมื่อนำข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถาม และข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างประชาชนในการสื่อสารสุขภาพของสื่อท้องถิ่น แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างสื่อท้องถิ่น และแบบวิเคราะห์เนื้อหาสื่อท้องถิ่น มาสังเคราะห์และบูรณาการเข้าด้วยกัน และนำเสนอเชิงพรรณนาความ

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยขอเสนอการสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. การศึกษาศักยภาพของสื่อท้องถิ่นเพื่อ การสื่อสารสุขภาพในภาคเหนือ

จากการวิเคราะห์เอกสารและงานวิจัยด้านการสื่อสารสุขภาพสามารถสรุปปัจจัยที่ใช่พิจารณาศักยภาพของสื่อท้องถิ่นได้ 6 ปัจจัย ได้แก่

ผู้บริหารหรือผู้นำ สื่อท้องถิ่น เทคโนโลยี งบประมาณ การบริหารจัดการและเนื้อหาสุขภาพ โดยจะขอเสนอผลการวิจัยเฉพาะปัจจัยที่เป็น ศักยภาพของสื่อท้องถิ่นประเภทนั้น ๆ ดังนี้

สถานีวิทยุกระจายเสียงคลื่นหลัก ผลการวิจัย พบว่า วิทยุกระจายเสียงคลื่นหลักมี ศักยภาพในด้าน ต่าง ๆ ต่อไปนี้ (1) การจัดผัง รายการ และสัดส่วนของรายการ ขึ้นอยู่กับนโยบาย ของรัฐ (2) การสำรวจความคิดเห็นของประชาชน ในพื้นที่ เช่น แบบสอบถาม และทางโทรศัพท์ที่ เสนอแนะมาทางรายการ ส่งผลต่อการปรับเนื้อหา และปรับรูปแบบรายการให้ขึ้นไปตามความนิยม ของผู้ฟัง (3) งบประมาณ มีการบริหารงานเป็น ขึ้นตอนเป็นระบบระเบียบชัดเจน มีการกำหนด รายการธุรกิจเช่าเวลาในผังรายการ

สถานีวิทยุชุมชน ผลการวิจัย พบว่า สถานีวิทยุชุมชนมีศักยภาพในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้ (1) กฏระเบียบจากคณะกรรมการกระจาย เสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคม แห่งชาติ (กสทช.) ต้องดำเนินเนื้อหาและมีสัดส่วน รายการเป็นไปตามข้อกำหนดและกฏระเบียบที่ กสทช. กำหนดไว้และต้องดำเนินการตามหลัก การของวิทยุชุมชนด้วย (2) งบประมาณ ห้ามสถานี วิทยุชุมชนหารายได้จากโฆษณาจากสินค้า หรือบริการ แต่อาจหารายได้จาก การสนับสนุน จากหน่วยงานหรือกลุ่มชุมชนได้ (3) เทคโนโลยี ส่งกระจายเสียงเป็นไปตามข้อกำหนดของ กสทช. เรื่องการส่งสัญญาณวิทยุชุมชน คือ กำลัง ส่งสัญญาณ 500 เสาส่งสัญญาณสูงไม่เกิน 60 เมตร เเคบิลทีวีท้องถิ่น ผลการวิจัย พบว่า

เคเบิลทีวีท้องถิ่นมีศักยภาพในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้ (1) ประชาชนในท้องถิ่นภาคเหนือใส่ใจ

เรื่องสุขภาพมากขึ้น โดยมักหาเวลาว่างออกกำลังกาย ให้ความสนใจเรื่องโภชนาการ และอาหาร เสริมมากขึ้น (2) การวางแผนรายการจึงเป็นไปตาม นโยบายของ ผู้บริหารเป็นสำคัญ

หนังสือพิมพ์ท้องถิ่น ผลการวิจัย พบว่า หนังสือพิมพ์ท้องถิ่นมีศักยภาพในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ (1) การปรับเปลี่ยนเนื้อหา จึงขึ้นอยู่กับ นโยบายหรือปรัชญาที่ผู้บริหารหรือเจ้าของ หนังสือพิมพ์กำหนดไว้เป็นสำคัญ (2) ปัจจุบัน ประชาชนในท้องถิ่นให้ความสนใจเปิดรับข่าวสาร เกี่ยวกับท้องถิ่นของตนเองมากขึ้น แต่มักสนใจ เปิดรับจากสื่ออื่น (3) การขาดความรู้และทักษะใน การเขียนข่าวของผู้สื่อข่าว ขณะเดียวกันผู้สื่อข่าว หนึ่งคนรับผิดชอบหลายคอลัมน์ส่งผลให้ขาด ความชำนาญเฉพาะด้าน

หอกระจายข่าว ผลการวิจัย พบว่า หอกระจายข่าวมีศักยภาพในด้านต่าง ๆ ดังนี้ (1) ผู้นำชุมชน ผู้นำชุมชนเป็นบุคคลสำคัญที่มี บทบาทในการใช้ประโยชน์จากหอกระจายข่าว และนำเสนอเนื้อหาด้านสุขภาพอนามัยทาง หอกระจายข่าว (2) ความร่วมมือของชุมชนยัง ขึ้นอยู่กับความร่วมมือของประชาชนในชุมชน เป็นสำคัญ

2. การศึกษาบทบาทของสื่อท้องถิ่น ในภาคเหนือในฐานะเป็นกลไกของการสื่อสาร สุขภาพไปยังประชาชน

ผลการวิจัย จากการสัมภาษณ์ถึง โครงสร้างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในสื่อท้องถิ่น ในจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดพิษณุโลก อันประกอบด้วย หนังสือพิมพ์ท้องถิ่น สถานีวิทยุกระจายเสียงคลื่นหลัก วิทยุชุมชน (หรือสถานีวิทยุชุมชน) สถานีเคเบิลทีวีท้องถิ่น

และหอกระจายข่าว จำนวน 20 คน แบ่งเป็น จังหวัดเชียงใหม่ 10 คน และพิษณุโลก จำนวน 10 คน พบว่า

ผลการวิจัย พบว่า **สถานีวิทยุกระจายเสียงคลื่นหลัก** มีบทบาทในการแจ้งข้อมูลข่าวสาร และการให้ความรู้ โดยเนื้อหาด้านสุขภาพอนามัยที่นำเสนอทางสถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทย ส่วนใหญ่มักนำเสนอตามสถานการณ์การเกิดของโรค ซึ่งเป็นการนำเสนอตามฤดูกาล และเป็นความต้องการของประชาชน จากการโทรศัพท์เข้ามาสอบถามในรายการ สถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทยให้ความสำคัญต่อการนำเสนอเนื้อหาสุขภาพอนามัยมากกว่า เนื้อหาความรู้ประเภทอื่น ๆ **สถานีวิทยุชุมชน** มีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้และข้อมูลด้านสุขภาพอนามัย และบทบาทในการให้ข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนในท้องถิ่น เน้นการให้ข้อมูลเรื่องสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ฟัง คำนึงถึงวิธีการนำเสนอที่ผู้ฟังได้รับประโยชน์เป็นสิ่งสำคัญ โดยนำเสนอให้เหมาะสมกับพฤติกรรมและกิจวัตรประจำวันของผู้ฟัง ส่วนรูปแบบการนำเสนอรายการด้านสุขภาพอนามัยของนักจัดรายการประจำสถานีวิทยุชุมชน นำเสนอในรูปของการคุยข่าวและตอบคำถามด้านสุขภาพอนามัย **เคเบิลทีวีท้องถิ่น** มีบทบาทในการให้ข่าวสารเรื่องสุขภาพอนามัย และการให้ความรู้เรื่องสุขภาพอนามัย เนื้อหาเน้นเรื่องการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพอนามัย นอกจาก การนำเสนอรายการเรื่องสุขภาพอนามัยโดยตรงแล้ว ยังมีการแทรกความรู้ด้านสุขภาพอนามัยเข้ามาในรายการเนื้อหาประเภทอื่น โดยเชิญบุคคลที่มีชื่อเสียงมาพูดคุยหรือนำเสนอ

เรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง **หนังสือพิมพ์ท้องถิ่น** มีบทบาทในการให้ข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย และให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยที่นำเสนอเนื้อหาที่ประชาชนในภาคเหนือสนใจโดยผู้สื่อข่าวประจำหนังสือพิมพ์ ทั้งนี้หนังสือพิมพ์ฉบับหนึ่ง ๆ อาจมีข่าวที่เกี่ยวกับสุขภาพประมาณ 2 – 3 ข่าว โดยนำเสนอให้เป็นเรื่องทั่วไปที่สามารถเข้าใจได้ง่าย **หอกระจายข่าว** มีบทบาทในการแจ้งข่าวสารและประชาสัมพันธ์กิจกรรมด้านสุขภาพอนามัย เช่น ประชาสัมพันธ์กิจกรรมของหน่วยงานด้านสาธารณสุข และแจ้งข่าวเกี่ยวกับสถานการณ์ด้านสุขภาพอนามัยที่เกิดขึ้นในท้องถิ่น บทบาทด้านการให้ความรู้ หรือการระดมความร่วมมือจากประชาชน

3. การศึกษาปัจจัยที่เป็นปัญหาและอุปสรรคในการสื่อสารสุขภาพในภาคเหนือ

ผลการวิจัย จากการสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างจากผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานสื่อท้องถิ่นในจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดพิษณุโลก อันประกอบด้วย หนังสือพิมพ์ท้องถิ่น สถานีวิทยุกระจายเสียงคลื่นหลัก วิทยุชุมชน (หรือสถานีวิทยุชุมชน) สถานีเคเบิลทีวีท้องถิ่น และหอกระจายข่าว จำนวน 20 คน แบ่งเป็นจังหวัดเชียงใหม่ 10 คน และจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 10 คน พบว่า

ปัจจัยที่เป็นปัญหาและอุปสรรคในการสื่อสารสุขภาพของวิทยุกระจายเสียงคลื่นหลัก สามารถสรุปได้ 3 ประเด็น ได้แก่ (1) กรมประชาสัมพันธ์ได้กำหนดสัดส่วนของเนื้อหาต่าง ๆ ไว้อย่างชัดเจน ส่งผลให้ขาดความเป็นอิสระในการดำเนินการจัดผังรายการ (2) การขาดงบประมาณในการดำเนินงาน ส่งผลให้การสำรวจความต้องการของผู้ฟังทำได้อย่างไม่เป็นทางการ

(3) ประชาชนสามารถเข้าถึงสื่อได้มากขึ้น และสื่อมีความหลากหลาย สามารถตอบสนองความต้องการเฉพาะกลุ่มมากขึ้น เช่น เฟซบุ๊ก เป็นต้น

วิทยุชุมชน สามารถสรุปได้ 3 ประเด็น ได้แก่ (1) ตามข้อกำหนดของ กสทช. ที่ห้ามสถานีวิทยุชุมชนหารายได้จากโฆษณาจากสินค้าหรือบริการ นักจัดรายการวิทยุจึงต้องดำเนินรายการด้วยความสมัครใจ (2) เทคโนโลยีส่งกระจายเสียง ยังไม่ทันสมัย ส่งผลให้การส่งสัญญาณไม่ครอบคลุม และถูกรบกวนจากคลื่นสถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งอื่นได้ง่าย (3) นักจัดรายการวิทยุชุมชน มักเป็นคนในชุมชน จึงขาดความรู้และทักษะในการดำเนินรายการวิทยุที่มีความน่าสนใจ

หนังสือพิมพ์ท้องถิ่น สามารถสรุปได้ 3 ประเด็น ได้แก่ (1) การนำเสนอเนื้อหาข่าวมักผูกกับผู้สนับสนุน (2) ความนิยมของผู้อ่านหนังสือพิมพ์ลดลง ส่งผลให้หนังสือพิมพ์ต้องปรับตัวเพื่อความอยู่รอด โดยการโฆษณาสินค้าและบริการเพิ่มขึ้น (3) ผู้สื่อข่าวขาดความรู้และทักษะในการเขียนข่าว ทำให้เนื้อหาที่น่าสนใจขาดความน่าสนใจ

เคเบิลทีวีท้องถิ่น สามารถสรุปได้ 3 ประเด็น ได้แก่ (1) มักกำหนดตามความต้องการของสมาชิก โดยไม่ได้คำนึงว่ารายการต่าง ๆ มีเนื้อหาครอบคลุมทุกด้านหรือไม่ (2) การนำเสนอเรื่องสุขภาพมีน้อย แต่จะมีรายการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ อาทิ การออกกำลังกาย ยาสมุนไพร ผลิตภัณฑ์ความงาม เป็นต้น (3) เทคโนโลยี ยังใช้เทคโนโลยีเดิมในการผลิตสื่อ

หอกระจายข่าว สามารถสรุปได้ 3 ประเด็น ได้แก่ (1) ผู้นำชุมชนยังขาดทักษะการพูดที่ดี ขาดทักษะการสื่อสาร (2) ประชาชนบางคนปฏิเสธ

การรับฟัง เพราะให้เหตุผลว่า เสียงจากหอกระจายข่าวดังรบกวนการทำงานของตน (3) เทคโนโลยี ยังใช้เทคโนโลยีแบบดั้งเดิมในการนำเสนอ

4. การศึกษาความพึงพอใจ และความคาดหวังของประชาชนในภาคเหนือที่มีต่อสื่อท้องถิ่นและเนื้อหาสารเพื่อการสื่อสารสุขภาพ

ผลการวิจัย พบว่า ประชาชนกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ระดับการศึกษาสูงสุด คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพ ประกอบอาชีพนักศึกษาหรือนิสิต ประชาชนกลุ่มตัวอย่างเปิดรับข้อมูลด้านสุขภาพผ่านสื่อท้องถิ่นประเภทเคเบิลทีวีท้องถิ่น ในระดับทุกวัน ระยะเวลา มากกว่า 2 ชั่วโมง เปิดรับข้อมูลข่าวสารผ่านวิทยุกระจายเสียงคลื่นหลักระดับนาน ๆ ครั้ง ระยะเวลา น้อยกว่า 15 นาที เปิดรับข้อมูลข่าวสารผ่านหนังสือพิมพ์ท้องถิ่นระดับ นาน ๆ ครั้ง ระยะเวลา 15 – 30 นาที เปิดรับข้อมูลข่าวสารผ่านวิทยุชุมชนระดับนาน ๆ ครั้ง ระยะเวลา 15 – 30 นาที เปิดรับข้อมูลข่าวสารผ่านหอกระจายข่าว นาน ๆ ครั้ง ระยะเวลา 15 – 30 นาที โดยภาพรวมแล้ว ประชาชนกลุ่มตัวอย่างเปิดรับข่าวสารสุขภาพที่ระดับแล้วแต่เวลาว่าง เคยเปิดรับข้อมูลด้านสุขภาพอนามัยจากเคเบิลทีวีท้องถิ่น เลือกเปิดรับข้อมูลด้านสุขภาพอนามัยจากสื่อเคเบิลทีวีท้องถิ่น เพราะเข้าถึงง่าย เปิดรับเนื้อหาเรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป

ประชาชนมีความพึงพอใจต่อสื่อท้องถิ่นในแต่ละด้านเป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ อยู่ในระดับเฉย ๆ ทั้งนี้ ความพึงพอใจที่มีต่อสื่อท้องถิ่นในการให้ความรู้เรื่องสุขภาพอนามัย ดังนี้ (1) หอกระจาย ตรงกับความต้องการ ได้ยินทุกหลังคา

เรือน (2) วิทยูชุมชน มีความเหมาะสม เพราะนักจัดรายการมีทักษะในการสื่อสารที่ดี เข้าใจง่าย คุณภาพเสียงชัดเจน เนื้อหาน่าสนใจ นำเสนอเรื่องที่อยู่ในกระแสความนิยม (3) เคมิลทีวีท้องถิ่น เพราะติดตั้งฟรี บ้านเปิดรับอยู่แล้ว ห้องพักติดตั้งไว้ เนื้อหาเข้าใจง่าย น่าสนใจ เปิดรับทุกวัน ส่วนความน่าสนใจของสื่อท้องถิ่นสามารถสรุปได้ 2 ประเด็น เนื่องตัวผู้ดำเนินรายการ ภาพชัดเจน เนื้อหาดี ตรงกับความต้องการ สามารถประยุกต์ใช้งานได้จริง และที่มองว่าสื่อท้องถิ่นยังไม่น่าสนใจ เพราะเน้นการโฆษณามากเกินไป นักจัดรายการยังขาดทักษะในการสื่อสาร และรูปแบบรายการไม่น่าสนใจ

ส่วนความคาดหวังต่อสื่อท้องถิ่นในแต่ละด้านเป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ อยู่ที่ระดับคาดหวังมาก ทั้งนี้ ความคาดหวังต่อความรู้เรื่องสุขภาพอนามัย ได้แก่ (1) สื่อท้องถิ่นควรนำเสนอเรื่องสุขภาพมากกว่านี้ โดยเฉพาะเรื่องการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรค (2) สื่อท้องถิ่นที่ควรมีบทบาทมากที่สุด คือ หอกระจายข่าว เพราะสื่อท้องถิ่นอื่น ๆ อาจจะเข้าไม่ถึงประชาชนในระดับ เข้าใจง่ายกว่าสื่ออื่น ๆ และควรพูดเป็นภาษาท้องถิ่นที่เข้าใจร่วมกัน (3) รูปแบบรายการที่พึงประสงค์ควรเป็นรายการสนทนาหรือสัมภาษณ์ผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเรื่องนั้น ๆ เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการนำเสนอเนื้อหาเรื่องสุขภาพ ใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที – 1 ชั่วโมง (4) สื่อท้องถิ่นทุกประเภทควรพัฒนาเนื้อหารายการทั้งในเชิงคุณภาพและปริมาณ

สื่อท้องถิ่นที่เหมาะสมต่อการนำเสนอเรื่องสุขภาพอนามัย ได้แก่ (1) หอกระจายข่าว

เป็นสื่อที่เข้าถึงประชาชน ใกล้เคียง เข้าใจง่าย ไม่ต้องเสียเวลามาก (2) วิทยูชุมชน เนื่องจากสามารถเข้าใจได้ง่าย ใกล้เคียง (3) เคมิลทีวีท้องถิ่น เพราะประชาชนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีเวลา แต่เคมิลทีวีท้องถิ่นเป็นสื่อที่มีทั้งภาพและเสียง สามารถอธิบายได้ชัดเจน (4) หนังสือพิมพ์ท้องถิ่น ประชาชนกลุ่มตัวอย่างต้องการให้เน้นการนำเสนอเรื่องการดูแลสุขภาพเบื้องต้น แต่หนังสือพิมพ์ไม่ได้มุ่งเน้นเรื่องสุขภาพ แต่มุ่งเน้นในมิติอื่น ๆ เช่น กีฬา การเมือง เป็นต้น (5) วิทยูกระจายเสียงคลื่นหลัก นำเสนอเรื่องสุขภาพค่อนข้างน้อย มักนำเสนอการออกกำลังกาย และการจำหน่ายอาหารเสริมหรือยาลดน้ำหนัก ตามลำดับ

5. การแสวงหาแนวทางที่พึงประสงค์ในการใช้สื่อท้องถิ่นเพื่อการสื่อสารสุขภาพในชนบทภาคเหนือให้เกิดประโยชน์สูงสุด

แนวทางการสื่อสารสุขภาพที่พึงประสงค์ของสื่อท้องถิ่นในภาคเหนือได้ 3 แนวทาง ดังนี้ แนวทางการสื่อสารสุขภาพที่พึงประสงค์ คือ การปลูกฝังความคิดแก่สื่อท้องถิ่นว่า หน้าที่ในการให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยเป็นหน้าที่หนึ่งของสื่อท้องถิ่นที่พึงปฏิบัติ การให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยในเชิงรุก การให้ข้อมูลหรือดำเนินการรณรงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพอนามัยในชุมชน การพัฒนาคุณภาพของสื่อท้องถิ่น การเพิ่มความสม่ำเสมอให้ความรู้เรื่องสุขภาพอนามัยอย่างต่อเนื่อง การประเมินทักษะด้านการสื่อสาร และการประเมินความพึงพอใจจากผู้รับสารหรือประชาชนที่เป็นรูปธรรม

เนื้อหาด้านสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ คือ ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่นำไปสู่โรคต่าง ๆ ความรู้เรื่องโรคภัยไข้เจ็บ สาเหตุ

การป้องกัน และผลกระทบ ความรู้เรื่องการดูแล
สุขภาพในประเด็นต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกาย
การรับประทานอาหาร เป็นต้น ความรู้เรื่องยา
รักษาโรค ความรู้เท่าทันยาสมุนไพร การโฆษณา
ชวนเชื่อของยาสมุนไพรจากสื่อต่าง ๆ ความรู้เพื่อ
ให้รู้เท่าทันยา เครื่องดื่ม หรือสมุนไพรราคาแพงที่
มีการโฆษณาทางสื่อต่าง ๆ ว่าสามารถรักษาโรค
ได้จริง ความรู้เรื่องครอบครัว การดูแลสมาชิกใน
ครอบครัว ความรู้เรื่องโรคภัยไข้เจ็บตามฤดูกาล
และความรู้เรื่องโรคอุบัติใหม่

บทบาทที่พึงประสงค์ คือ การให้ความ
รู้ด้านสุขภาพอนามัย การรณรงค์เพื่อเสริมสร้าง
ภูมิคุ้มกันโรคภัยไข้เจ็บ การดูแลสุขภาพให้แข็งแรง
และป้องกันตนเองให้ห่างไกลโรคภัย การรณรงค์
เพื่อสร้างความตื่นตัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ
อนามัยของตนเองและชุมชน ท้องถิ่น การ
ประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยว
กับการป้องกันโรคต่าง ๆ และการเป็นแกนนำด้าน
สุขภาพ เป็นช่องทางหลักในการสื่อสารสุขภาพไป
ยังประชาชนในท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะ ดังนี้ ควรมีการสร้างภาคี
เครือข่ายสุขภาพภายในชุมชน นักศึกษาที่มา
จัดกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพน่าจะมาเรื่อย ๆ
อย่างต่อเนื่อง ให้ความรู้เรื่องโรคตามฤดูกาล เช่น
ไอ ภูมิแพ้ เป็นต้น ควรให้ความรู้เรื่องโรค
อุบัติใหม่ วิทยุชุมชนไม่ควรมุ่งเน้นการโฆษณา
ขายของมากเกินไป และควรนำสื่อใหม่เข้ามา
ช่วยใน การนำเสนอข้อมูลเรื่องสุขภาพ เช่น
เฟซบุ๊ก เป็นต้น เพื่อดึงดูดความสนใจเพิ่มมากขึ้น

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยขอวิจารณ์ผลการวิจัยตาม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ศักยภาพของสื่อท้องถิ่นเพื่อการสื่อสาร สุขภาพในภาคเหนือ

ผลการวิจัยในประเด็นลักษณะของ
การสื่อสารที่เป็นเครื่องมือสำหรับการพัฒนา
อย่างแท้จริง สอดคล้องกับแนวคิดของเกศินี
จุฑาวิจิตร^[5] ที่ว่า สื่อท้องถิ่นต้องเปิดโอกาส
ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการสื่อสาร
กล่าวคือ วิทยุชุมชน และวิทยุกระจายเสียงคลื่น
หลักเปิดโอกาสให้ประชาชนทั่วไปสามารถเข้ามา
จัดรายการภายในสถานีได้ เช่น ประชาชนในชุมชน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ และ
โรงพยาบาลชุมชน มาสามารถเข้ามาจัดรายการ
ในสถานีได้ สำหรับกลุ่มผู้ฟังมีส่วนร่วมได้โดย
การโทรศัพท์ เข้ามาทางรายการ เพื่อร่วมเล่นเกม
ขอเพลงหรือถามตอบการป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ
ต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง
และโรคมะเร็ง เป็นต้น การมีส่วนร่วมในการ
ผลิตสื่อ สื่อท้องถิ่นเปิดโอกาสให้ประชาชน
เข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นผู้ผลิตเนื้อหาด้าน
สุขภาพ อาทิ สถานีวิทยุชุมชนหรือสถานีวิทยุ
กระจายเสียงคลื่นหลักเปิดโอกาสให้หน่วยงาน
ภาครัฐสามารถดำเนินรายการในรูปแบบของ
ตนเองได้ตามวันและเวลาที่กำหนด เช่น สถานี
วิทยุนครพิงค์ล้านนาเรดิโอ สันกำแพง ระบบเอฟ
เอ็ม ความถี่ 87.75 เมกะเฮิร์ตซ์ จังหวัดเชียงใหม่
และสถานีวิทยุคนพิชญ์โลก ระบบเอฟเอ็ม ความถี่
93.25 เมกะเฮิร์ตซ์ จังหวัดพิษณุโลก สถานีวิทยุ
กระจายเสียงแห่งประเทศไทย จังหวัดเชียงใหม่
หนังสือพิมพ์ประชาชาติ เปิดโอกาสให้หน่วยงาน
หรือผู้ที่สนใจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสามารถเขียน
ข่าวเกี่ยวกับสุขภาพลงเผยแพร่ในหนังสือพิมพ์

ท้องถิ่นได้

ผลการวิจัยในประเด็นการสื่อสารชุมชน ในฐานะพื้นที่การสื่อสาร สอดคล้องกับแนวคิดของ กัจจร หลุยยะพงศ์⁽⁶⁾ ที่ว่า เครือข่ายการสื่อสาร เป็นแนวคิดที่สนใจ โครงสร้างและหน้าที่ของการเชื่อมร้อยการสื่อสารของบุคคลในกลุ่มหรือในชุมชน เป็นการสื่อสารแบบบนลงล่าง กล่าวคือ วิทยุกระจายเสียงคลื่นหลัก เป็นสถานีในกำกับของกรมประชาสัมพันธ์ ซึ่งเป็นหน่วยงานของภาครัฐ การกำหนดนโยบายการดำเนินงานต่าง ๆ กรมประชาสัมพันธ์เป็นผู้กำหนดนโยบาย และมอบหมายให้วิทยุกระจายเสียงคลื่นหลัก หรือสถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทย ปฏิบัติตาม ข้อดีของการอยู่ในกำกับของรัฐ คือ มีโครงสร้างการดำเนินงานที่ชัดเจน และมักได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานภาครัฐ เนื่องจากเป็นหน่วยงานของภาครัฐเช่นเดียวกัน ส่วนข้อจำกัดคือ ขาดอิสรภาพทางความคิด เพราะถูกครอบงำทางความคิดจากส่วนกลาง การดำเนินงานที่ล่าช้าในบางขั้นตอน เพราะต้องแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบตามลำดับ

2. บทบาทของสื่อท้องถิ่นในภาคเหนือ ในฐานะเป็นกลไกของการสื่อสารสุขภาพไปยังประชาชน

ผลการวิจัยในประเด็นบทบาททางสังคมของสื่อท้องถิ่น สอดคล้องกับแนวคิดของ เกศินี จุฑาวิจิตร⁽⁵⁾ ที่ว่า บทบาททางสังคมของสื่อท้องถิ่น ต้องเปิดโลกทัศน์ กล่าวคือ สื่อท้องถิ่นพยายามเปิดโลกทัศน์ด้านสุขภาพของประชาชน โดยการนำเสนอรายการ สุขภาพที่มีความหลากหลาย พร้อมทั้งนำเสนอความรู้เกี่ยวกับสุขภาพใหม่ ๆ เช่น ภัยโรคตามฤดูกาล เป็นต้น

เพื่อกระตุ้นเตือนให้ประชาชน ได้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพของตนเอง เพราะสังคมปัจจุบันโรคร้ายต่าง ๆ อยู่รอบข้าง การเปิดโลกทัศน์ให้มองเรื่องสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ จึงเป็นสิ่งที่สื่อท้องถิ่นควรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

ผลการวิจัยในประเด็นสื่อท้องถิ่น ในฐานะส่วนหนึ่งของโครงสร้างในระบบสังคม สอดคล้องกับแนวคิดของพีระ จิระ โสภณ⁽⁷⁾ ที่ว่า สื่อท้องถิ่นมีบทบาทหน้าที่ในการสอดส่องดูแลและเฝ้าระวังให้กับสังคม กล่าวคือ สื่อท้องถิ่นต้องคอยรายงานข่าวด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชน สื่อท้องถิ่น ทั้ง 5 ประเภท ได้แก่ วิทยุกระจายเสียงคลื่นหลัก วิทยุชุมชน เคเบิลทีวีท้องถิ่น หนังสือพิมพ์ท้องถิ่น และหอกระจายข่าว ต่างนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพตามฤดูกาล เช่น การป้องกันโรคไข้เลือด การป้องกันยุงลายออกในฤดูฝน เป็นต้น ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในสังคม เพื่อให้ชุมชนสามารถเตรียมพร้อมรับมือกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ทั้งนี้ รูปแบบรายการที่นำเสนอมีทั้งการเขียนข่าว การเขียนบทความ การประชาสัมพันธ์ สารความรู้ นำเสนอผ่านสื่อท้องถิ่นต่าง ๆ ภายใต้ข้อจำกัดของสื่อท้องถิ่นแต่ละประเภท

ผลการวิจัยในประเด็นบทบาท การกำหนดวาระด้านสุขภาพของสื่อมวลชนในสังคมไทย ไม่สอดคล้องกับแนวคิดของ ปาริชาติ สถาปิตานนท์⁽⁸⁾ ที่ว่า การกำหนดวาระและปัจจัยที่ผลักดันด้านประเด็นสุขภาพขึ้นสู่กระแสสังคมของสื่อท้องถิ่น กล่าวคือ สื่อท้องถิ่นไม่ได้นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพที่เป็นประเด็นใหม่ที่ส่งผลกระทบต่อสังคม แต่สื่อท้องถิ่นนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเรื่องเดิม หรือเคยเกิดขึ้นแล้วใน

อดีต ซึ่งกลับมาเกิดซ้ำในปัจจุบัน เป็นการเตือนความทรงจำให้กับประชาชน สื่อท้องถิ่นไม่ได้มีส่วนในการผลักดันให้ประเด็นสุขภาพในท้องถิ่นจนเกิดกระแสวิพากษ์วิจารณ์วงกว้าง

3. ปัจจัยที่เป็นปัญหาและอุปสรรคในการสื่อสารสุขภาพในภาคเหนือ

ผลการวิจัยในประเด็นปัญหาและอุปสรรคในการสื่อสารสอดคล้องกับผลการศึกษาของชุติมันต์ เหลืองทองคำ^[9] ได้ศึกษาเรื่อง บทบาทด้านประชาสังคมของหนังสือพิมพ์ท้องถิ่นรายวันจังหวัดเชียงใหม่ ที่ว่า ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาเป็นสื่อด้านประชาสัมพันธ์นั้น คือความเข้าใจแนวคิดของการเป็นสื่อภาคประชาสังคมยังไม่เพียงพอ ต้นทุนการผลิตน้อย และการเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้มีอิทธิพลทางการเมือง ความอยู่รอดทางธุรกิจ เป็นต้น กล่าวคือ การไม่เข้าใจในบทบาทหน้าที่ของสื่อส่งผลให้การดำเนินงานขาดประสิทธิภาพ ขณะเดียวกันการแทรกแซงของการเมืองท้องถิ่น ส่งผลให้การดำเนินงานของสื่อท้องถิ่นขาดเสถียรภาพ

ผลการวิจัยในประเด็นการพัฒนาการดำเนินงานหอกระจายข่าว สอดคล้องกับผลการศึกษาของเกสรินทร์ โชคเพิ่มพูน และวิเชียร ก่อกิจกุล^[10] ที่ว่า ด้านผู้ดำเนินรายการ/นักจัดรายการ ในอุดมคติของผู้ฟังคืออยากให้มีผู้จัดรายการมืออาชีพ และสามารถสื่อสารข้อมูลต่าง ๆ ได้ดีอย่างเข้าใจ นอกจากนี้ควรมีการอบรมและพัฒนา นักจัดรายการให้ได้มาตรฐาน และขยายเสถียรภาพ เพื่อให้ประชาชนได้รับข้อมูลโดยทั่วถึงและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ทั่วกัน กล่าวคือ การดำเนินงานหอกระจายข่าวในภาคเหนือยังประสบปัญหาและอุปสรรค

ในการดำเนินงาน คือ ผู้นำชุมชนหรือผู้ใหญ่บ้านยังขาดทักษะในการสื่อสาร การนำเสนอ ยังเป็นการพูดตามเอกสารที่ได้จากทางราชการ ขาดการคิดวิเคราะห์เนื้อหาของเอกสารก่อนนำเสนอผ่านหอกระจายข่าว

4. ความพึงพอใจและความคาดหวังของประชาชนในภาคเหนือที่มีต่อสื่อท้องถิ่นและเนื้อหาสารเพื่อการสื่อสารสุขภาพ

ผลการวิจัยในประเด็นความพึงพอใจต่อหน้าที่ของสื่อท้องถิ่น สอดคล้องกับแนวคิดของยุบล เบ็ญจรงค์กิจ^[11] ที่ว่า หน้าที่ของสื่อท้องถิ่นคือ เสนอข่าว (information) เพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ที่ต้องการรับรู้ข่าวสารความเป็นไปของสังคม กล่าวคือ สื่อท้องถิ่นในภาคเหนือทำหน้าที่ในการนำเสนอข่าวที่เกิดขึ้นในท้องถิ่น ไม่ว่าจะป็นข่าวเกี่ยวกับสถานการณ์ทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม การศึกษาและสุขภาพ โดยรูปแบบการนำเสนอข่าวจะแตกต่างกันออกไปตามประเภทของสื่อท้องถิ่น ซึ่งข่าวที่นำเสนอจะเป็นข่าวที่เกี่ยวข้องกับชุมชน ทำให้ชุมชนท้องถิ่นให้ความสนใจเป็นอย่างมาก

ผลการวิจัยในประเด็นการใช้ประโยชน์จากสถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทย สอดคล้องกับผลการศึกษาของบัวผืน โททรัพย์^[12] ซึ่งศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการเปิดรับฟังและความพึงพอใจของผู้ฟังที่มีต่อสถานีวิทยุกระจายเสียง แห่งประเทศไทยจังหวัดสุราษฎร์ธานี เอฟ.เอ็ม. 89.75 เมกะเฮิร์ตซ์ ที่ว่า การใช้ประโยชน์เพื่อความบันเทิงและความเพลิดเพลิน กล่าวคือ สถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทย จังหวัดพิษณุโลก ได้มีการสำรวจความพึงพอใจและการ

ใช้ประโยชน์ของกลุ่มผู้ฟัง โดยการโทรศัพท์ สอบถามผู้ฟังโดยตรง พบว่า สาเหตุที่เลือกเปิดรับรายการของสถานีฯ เนื่องจากมีทั้งสาระ ความรู้ สามารถนำไปใช้ได้จริงทั้งต่อตนเองและญาติ ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และการออกกำลังกาย นอกจากนี้ได้สาระความรู้แล้ว ยังได้รับความบันเทิง สามารถผ่อนคลายจากความเครียดจากการทำงานได้

5. แนวทางที่พึงประสงค์ในการใช้สื่อท้องถิ่นเพื่อการสื่อสารสุขภาพในชนบทภาคเหนือให้เกิดประโยชน์สูงสุด

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นความรู้ด้านสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ พบว่า สื่อท้องถิ่นควรนำเสนอความรู้ในมิติต่าง ๆ ได้แก่ ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่นำไปสู่โรคต่าง ๆ ความรู้เรื่องโรคภัยไข้เจ็บ สาเหตุ การป้องกัน และผลกระทบ ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพในประเด็นต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร เป็นต้น ความรู้เรื่องยารักษาโรค ความรู้เท่าทันยาสมุนไพร การโฆษณาชวนเชื่อของยาสมุนไพรจากสื่อต่าง ๆ ความรู้เพื่อให้รู้เท่าทันยา เครื่องดื่ม หรือสมุนไพรราคาแพงที่มีการโฆษณาทางสื่อ ต่าง ๆ ว่าสามารถรักษาโรคได้จริง ความรู้เรื่องครอบครัว การดูแลสมาชิกในครอบครัว ความรู้เรื่องโรคภัยไข้เจ็บตามฤดูกาล และความรู้เรื่องโรคอุบัติใหม่ ทั้งนี้ ความรู้ดังกล่าวล้วนเป็นองค์ความรู้ที่ชัดเจน (explicit knowledge) สามารถหาข้อมูลได้จากเอกสารต่าง ๆ สื่อท้องถิ่นสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย ดังนั้น เนื้อหาด้านสุขภาพอนามัยดังกล่าวจึงควรนำเสนออย่างต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนเห็นความสำคัญในการเปิดรับข้อมูลสุขภาพดังกล่าว

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะทั่วไป

1.1 ผลการวิจัย พบว่า สื่อท้องถิ่นมีศักยภาพในการสื่อสารสุขภาพ แต่มีอุปสรรคในการสื่อสารสุขภาพ ด้านขาดงบประมาณในการดำเนินงาน ส่งผลให้การดำเนินงานไม่มีประสิทธิภาพ การแก้ไขปัญหาอาจทำได้ โดยการที่ภาครัฐบาลเข้าไปช่วยเหลือจัดสรรงบประมาณที่แน่นอนให้กับสื่อท้องถิ่นแต่ละประเภทตามความเหมาะสม

1.2 ผลการวิจัย พบว่า ผู้เปิดรับสารของสื่อบางประเภทลดจำนวนลงอย่างเห็นได้ชัด ได้แก่ วิทยุกระจายเสียงคลื่น การแก้ไขปัญหามาอาจทำได้ โดยการนำสื่อใหม่ เช่น เฟซบุ๊ก เป็นต้น เข้ามาช่วยในการนำเสนอการออกอากาศสดผ่านเฟซบุ๊ก เพื่อดึงดูดความสนใจเพิ่มมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาวิจัยเปรียบเทียบประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการสื่อสารสุขภาพของสื่อท้องถิ่นแต่ละประเภท อาทิ หนังสือพิมพ์ท้องถิ่น วิทยุกระจายเสียงคลื่นหลัก วิทยุชุมชน เคเบิลทีวีท้องถิ่น และหอกระจายข่าว เพื่อแสวงหาสื่อท้องถิ่นที่สามารถนำเสนอข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิในเชิงลึก

การปกป้องจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่องดังกล่าวได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รหัส KHE 2017-055 เมื่อวันที่ 29 ธันวาคม 2560 ทั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แจง

วัตถุประสงค์การวิจัยและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบด้วยตนเอง เพื่อให้การตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมเป็นไปด้วยความเข้าใจและเต็มใจอย่างแท้จริง ซึ่งข้อมูลที่ได้อาจปกปิดเป็นความลับ โดยข้อมูลจะเผยแพร่ออกไปในลักษณะภาพรวมเท่านั้น ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตในการเก็บข้อมูล และเจ้าของข้อมูลยินดีให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนใจในระหว่างการดำเนินการ สามารถหยุดการดำเนินการและถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตนเองทั้งสิ้น

เอกสารอ้างอิง

- [1] ประเวศ วะสี. สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี : สำนักงานปฏิรูปสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2543.
- [2] Ratzan, S. C. Health Communication : Challenges for the 21st Century. American Behavioral Scientist. 1994; 38(2) : 197 – 380.
- [3] ดวงพร คำคุณวัฒน์ วาสนา จันทร์สว่าง และมณฑา โมพิ. การดำเนินงานหอกระจายข่าวที่สนองตอบความต้องการของชุมชนอย่างยั่งยืน. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.); 2549.
- [4] สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. สถิติสาธารณสุขประจำปี พ.ศ.2558. กรุงเทพฯ : สามเจริญพาณิชย์; 2559.
- [5] เกศินี จุฑาวิจิตร. การสื่อสารเพื่อการพัฒนาท้องถิ่น. พิมพ์ครั้งที่ 3. นครปฐม; 2548.
- [6] กัจจร หลุยยะพงศ์. ประมวลสาระชุดวิชาปรัชญานิตเทศศาสตร์และการสื่อสาร หน่วยที่ 10. นนทบุรี : มหาวิทยาลัย - สุโขทัยธรรมาราช; 2557.
- [7] พิระ จิรโสภณ. ประมวลสาระชุดวิชาปรัชญานิตเทศศาสตร์และการสื่อสาร หน่วยที่ 12. นนทบุรี : มหาวิทยาลัย - สุโขทัยธรรมาราช; 2557.
- [8] ปาริชาติ สถาปิตานนท์. การสื่อสารสุขภาพ ศักยภาพของสื่อมวลชนในการสร้างเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ : ภาพพิมพ์; 2546.
- [9] ชูติมันต์ เหลืองทองคำ. บทบาทด้านประชาสัมพันธ์ของหนังสือพิมพ์ท้องถิ่นรายวัน จังหวัดเชียงใหม่. วารสารนิตเทศศาสตร์ปริทัศน์. 2556 : 58 – 76.
- [10] เกศรินทร์ โชคเพิ่มพูน และ วิเชียร ก่อกิจกุล. แนวทางการบริหารจัดการหอกระจายข่าวแบบมีส่วนร่วมของประชาชน ตำบลมะเกลือใหม่ อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา. วารสารชุมชนวิจัย. 2561; 12(1) (มกราคม – เมษายน 2561) : 29 – 41.
- [11] ยุกต์ เบ็ญจรงค์กิจ. การวิเคราะห์ผู้รับสาร. กรุงเทพฯ : ที.พี. พรินท์; 2542.
- [12] บัณฑิต โดทรัพย์. พฤติกรรมการเปิดรับฟังและความพึงพอใจของผู้ฟังที่มีต่อสถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทย จังหวัดสุราษฎร์ธานี เอฟ. เอ็ม. 89.75 เมกะเฮิร์ตซ์. วารสารนิตเทศศาสตร์ธุรกิจบัณฑิต. 2559; 10(2) : 177 – 203.

บทความวิจัยต้นฉบับ :
การพัฒนาโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณ
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
Development of Budget management system
of Nakhon Ratchasima Health Provincial Ofce

สายชล สู้สุข
Saichol Susukh

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
Strategy and Planning Division

เบอร์โทรศัพท์ 06-1389-6161; E-mail : scsusuk@gmail.com

วันที่รับ 26 พ.ย. 2564; วันที่แก้ไข 24 ธ.ค. 2564; วันที่ตอบรับ 30 ธ.ค. 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยแบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ (1) ศึกษารายละเอียดสถานการณ์การควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา (2) ออกแบบและพัฒนาโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา (3) ประเมินผลการพัฒนาโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ดำเนินการเก็บข้อมูลจากเครื่องมือ 3 ประเภท ได้แก่ การสนทนากลุ่ม แบบสอบถาม และการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้รับผิดชอบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของแต่ละกลุ่มงาน จำนวน 15 คน บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 179 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการจำแนก แยกแยะจัดหมวดหมู่ข้อมูลที่เป็นข้อค้นพบ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ

วิเคราะห์สถิติ f – test

ผลการวิจัย พบว่า (1) รายละเอียดสถานการณ์การควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณ คือ การรับเอกสารการขออนุมัติใช้เงินงบประมาณของแต่ละกลุ่มงาน ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารและยอดเงิน จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบปัญหา คือ ขั้นตอนการนำส่งเอกสารตัดเงินงบประมาณล่าช้า การแก้ไขปัญหา คือ ประชุมหารือเพื่อกำหนดแนวทางร่วมกันในการส่งเอกสาร ส่วนความต้องการ คือ ควรออกแบบและพัฒนาโปรแกรมการตัดจ่ายงบประมาณสำเร็จรูป เพื่อให้ง่ายในการดำเนินงาน (2) การออกแบบและพัฒนาโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณ ถูกออกแบบและพัฒนาด้วยโปรแกรม MySQL โดยพัฒนาคลังข้อมูลให้เป็นรูปแบบฐานข้อมูลเดียว เรียกว่า “Budget Management System (BMS)” แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ (1) การเข้าสู่ระบบ (2) Dashboard (3) รายการขอตัดงบประมาณ (4) Administrator ทั้งนี้ ความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่

ที่ระดับมาก ($\bar{X}=4.16$, S.D. =.68) และความ ต้องการโดยภาพรวมอยู่ที่มีความต้องการมากที่สุด ($\bar{X}=4.27$, S.D. =.64) (3) การประเมินผล โปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณ พบว่า การใช้งานของโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณ สามารถใช้งานได้ง่าย ฟังก์ชันการทำงานไม่ซับซ้อน ไอคอนต่าง ๆ สื่อความหมาย ได้ชัดเจน สามารถนำมาประยุกต์ใช้งานได้จริง สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน ข้อเสนอแนะสามารถนำโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณไปพัฒนาต่อเนื่องและขยายผลใช้ใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งอื่น

คำสำคัญ : โปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณ; การประเมินผล

Abstract

This is action research. The research was divided into 3 phases as follows: (1) Study the situation in detail of Budget management system of Nakhon Ratchasima Health Provincial Ofce (2) Program design and development of Budget management system of Nakhon Ratchasima Health Provincial Ofce (3) Evaluate in Budget management system of Nakhon Ratchasima Health Provincial Ofce. The collection data from 3 types of tools: Group discussions, questionnaires, and in-depth interviews. The sample group includes 15 people responsible for information technology of each work group, personnel of Nakhon Ratchasima Health Provincial Ofce 179 people. Qualitative analyzed the data by classifying, distinguishing,

categorizing the findings, quantitative data analysis using a software package to find the percentage, mean, standard deviation and F – test statistics.

The results found that (1) Detail of Budget management system are receiving documents for requesting approval for the use of budgets for each work group, checking the correctness of the documents and the balance of the budget. From past operations, the following problems were encountered: The process of submitting documents to cut the budget is delayed. The solution to the problems were a meeting to discuss to determine a common approach for document submission. For the requirement is to program design and development of budget management system to make it easier to operate. (2) Program design and development of Budget management system was designed and developed with MySQL program by developing the data warehouse into a single database format called “Budget Management System (BMS)” divided into 4 parts as follows: (1) Login (2) Dashboard (3) Budget Request List (4) Administrator. The overall satisfaction was at a high level ($\bar{X}=4.16$, S.D. =.68), and the overall demand is at the highest level ($\bar{X}=4.27$, S.D. =.64). (3) Evaluate in Budget management system found that using of the budget management system easy to use, simple functionality, clear icons, can be applied in real practice and increase work efficiency. The Suggest can be used budget management

system to continuously develop and expand the results for use in other Health Provincial Ofces.

Keyword : Budget Management System (BMS); Evaluation

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 และแผนยุทธศาสตร์ 20 ปี โดยมุ่งเน้นองค์กรแห่งความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ เป็นเลิศด้านสุขภาพดี (P&P excellence) เป็นเลิศด้านบริการดี (service excellence) เป็นเลิศด้านคนดี (people excellence) และเป็นเลิศด้านบริหารดี (governance excellence) เพื่อมุ่งสู่เป้าหมาย ประชาชนสุขภาพดีเจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน^[1]

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของยุทธศาสตร์ 20 ปี จึงได้นำมาใช้ในการกำหนดนโยบายการดำเนินงานของหน่วยงาน โดยมุ่งเน้นเป็นเลิศด้านบริการดี เพื่อให้บุคลากรด้านสาธารณสุขให้ความสำคัญในการให้บริการแก่ประชาชน รวมทั้งสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลในทุกมิติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการดำเนินงานตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาที่ผ่านมาสามารถสรุปปัญหาได้ 5 ประเด็น ได้แก่ (1) ขั้นตอนการนำส่งเอกสารตัดเงินงบประมาณล่าช้า (2) การจัดสรรเงินที่ล่าช้า ทำให้การเบิกจ่ายเงินงบประมาณในต้นปีงบประมาณเกินความล่าช้าไปด้วย (3) ขาดฐานข้อมูลด้านการตัดจ่ายงบประมาณในการสืบค้น เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนการดำเนินงาน (4) กลุ่มงานมีการ

เปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบในการบันทึกข้อมูลบ่อยครั้ง (5) บุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร^[2]

จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการประเมินผลเทคโนโลยีสารสนเทศ ตลอดระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2554 – 2563) สามารถสรุปข้อค้นพบได้ 4 ประเด็น ดังนี้ (1) ปัจจัยการดำเนินงานที่ส่งผลต่อความสำเร็จของระบบสารสนเทศ โปรแกรมดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างน้อย 3 ด้านคือ ปัจจัยความพร้อมของระบบเครือข่าย ฐานข้อมูลของโปรแกรม และด้านบุคลากรที่เกี่ยวข้อง^[3] (2) ควรมีการเชื่อมโยงบูรณาการระหว่างทีมงานผู้สร้างโปรแกรมฯ ทุกหน่วยงานให้มีการปรับปรุงโปรแกรมฯ ตามปัจจัยการดำเนินงานที่ส่งผลต่อความสำเร็จและตอบสนองความต้องการต่อผู้ใช้งานทุกระดับ^[3] (3) หน่วยงานส่วนกลางควรให้การสนับสนุนงบประมาณเพิ่มขึ้นเพื่อให้มีการพัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมใหม่ ๆ ต่อไป^[4] (4) โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปมีประสิทธิภาพและเป็นประโยชน์ในการทดสอบสมรรถภาพทางกาย^[5]

อย่างไรก็ตาม แนวทางหนึ่งที่สามารถช่วยแก้ไขปัญหาค่าการดำเนินงานการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา คือ การประเมินผล CIPP Model หมายถึง กระบวนการที่เป็นระบบเกี่ยวข้องกับคุณภาพคุณค่า และความสำคัญของสิ่งที่มุ่งประเมินเพื่อใช้ในการตัดสินใจ โดยมาตรฐานของการประเมินอยู่ บนหลักของประโยชน์ ความเป็นไปได้ ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) บริบทของพื้นที่ เป็นการประเมินบริบท

ซึ่งเกี่ยวข้องกับความต้องการจำเป็นของผู้ได้รับผลประโยชน์ (2) ปัจจัยนำเข้า เป็นการประเมินสิ่งนำเข้าเพื่อการวางแผน (3) กระบวนการ เป็นการประเมินกระบวนการในการดำเนินงานของโครงการซึ่งเกี่ยวข้องกับการติดตาม (4) ผลลัพธ์ เป็นการประเมินผลผลิตและผลที่ได้จากโครงการซึ่งเกี่ยวข้องกับการประเมิน^[6]

จากปัญหาการดำเนินงานการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ข้อค้นพบจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลเทคโนโลยีสารสนเทศ รวมทั้งแนวทางการแก้ไขปัญหาการตัดจ่ายงบประมาณเข้ามาช่วยในการแก้ไขปัญหา ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เพื่อศึกษารายละเอียดสถานการณ์การควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณ ออกแบบและพัฒนารายละเอียดสถานการณ์การควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา อันเป็นการสนองแผนยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) เพื่อให้เกิดการพัฒนาต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษารายละเอียดสถานการณ์การควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อออกแบบและพัฒนาโปรแกรมการควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนาโปรแกรมการควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

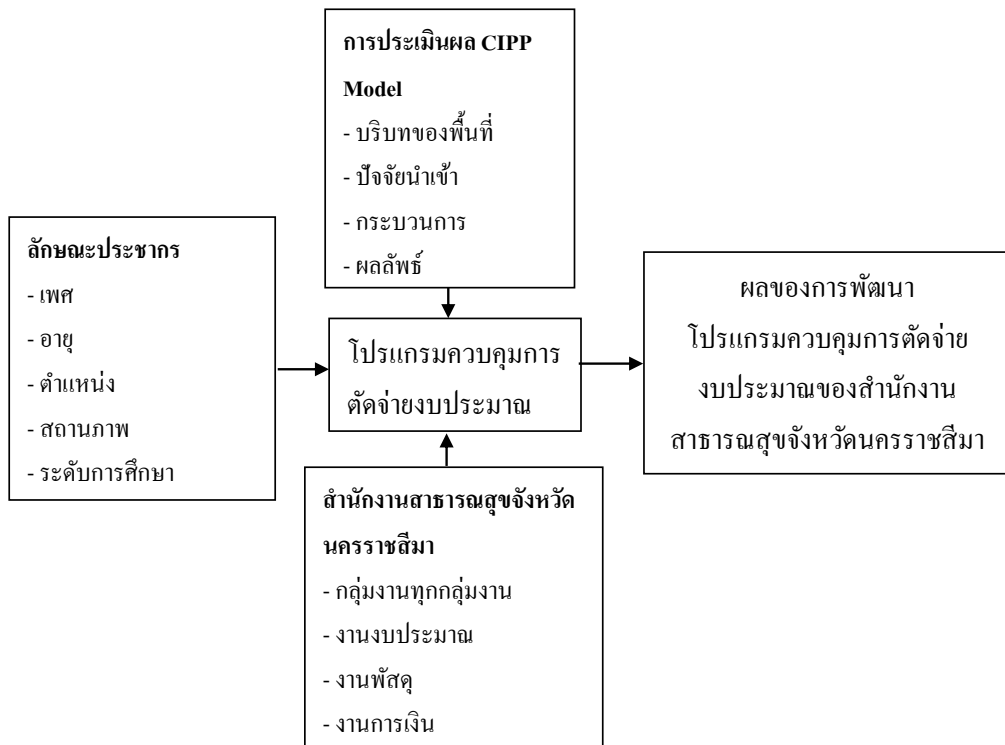
ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ ประชากรในการศึกษาคั้งนี้ ได้แก่ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลด้านงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ส่วนกลุ่มตัวอย่าง สามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ (1) กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระยะที่ 1 คือ ผู้รับผิดชอบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของแต่ละกลุ่มงาน จำนวน 15 คน (2) กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระยะที่ 2 คือ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาทุกกลุ่มงาน จำนวน 179 คน (3) กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระยะที่ 3 คือ ผู้รับผิดชอบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของแต่ละกลุ่มงาน จำนวน 15 คน

2. ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษางานวิจัยดังกล่าวมุ่งศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและการแก้ไข พร้อมทั้งออกแบบและพัฒนาโปรแกรมการควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โดยผู้วิจัยนำโปรแกรม MySQL มาใช้ในการจัดการฐานข้อมูลด้านงบประมาณ ส่วนภาษาที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา คือ ภาษา PHP ภาษา JavaScript และ HTML เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของสถานบริการด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ขอบเขตด้านระยะเวลา งานวิจัยดังกล่าวดำเนินการวิจัยเป็นระยะเวลา 1 ปี ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2563 ถึง เดือนกันยายน 2564

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษารายละเอียดสถานการณ์การควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

1. ประชากรในการวิจัยระยะที่ 1 คือ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลด้านงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 16 กลุ่มงาน

2. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระยะที่ 1 ได้แก่ ผู้รับผิดชอบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

ของแต่ละกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างไม่ว่าจะเป็นการใช้สูตร หรือการใช้ตารางสำเร็จรูปไม่สามารถใช้ได้กับงานวิจัยในลักษณะดังกล่าว ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็นด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive หรือ judgmental sampling) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวเป็นผู้รับผิดชอบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของแต่ละกลุ่มงาน เป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการใช้งานเทคโนโลยีสารสนเทศเป็นอย่างดี และสามารถถ่ายทอดให้เพื่อนร่วมงานเข้าใจได้เป็นอย่างดี จำนวน 15 คน

3. เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบสนทนากลุ่ม แบ่งประเด็นศึกษาออกเป็น 6 ประเด็นหลัก ดังนี้ ข้อมูลเบื้องต้นผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม สถานการณ์การตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สภาพปัญหาจากการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา แนวทางการแก้ไขปัญหาจากการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ความต้องการเกี่ยวกับการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาของผู้ที่เกี่ยวข้อง และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการทดสอบความเที่ยงตรง (validity) เมื่อผู้วิจัยสร้างคำถาม จัดรูปแบบและโครงสร้างของแบบสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับข้อมูลด้านสุขภาพแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยนำแบบสนทนากลุ่มดังกล่าวเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ผู้เชี่ยวชาญด้านงบประมาณ ผู้เชี่ยวชาญด้านการออกแบบและพัฒนา ระบบ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยหรือไม่ ตลอดจนภาษาที่ใช้ แล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่ดำเนินการในขั้นต่อไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร จำแนก แยกแยะและจัดหมวดหมู่ สังเคราะห์ข้อมูลตามแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาล้างข้อมูล แนวคิดกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม และทฤษฎีการประเมินผล

มาสังเคราะห์และบูรณาการเข้าด้วยกันแล้ว และนำเสนอเชิงพรรณความ

ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนาโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

1. ประชากรในการวิจัยระยะที่ 2 คือ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

2. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระยะที่ 2 ได้แก่ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ทุกกลุ่มงาน เนื่องจากทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน จึงกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีคำนวณขนาดตัวอย่างแบบทราบจำนวนประชากรของ Taro Yamane^[7] โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่น 95% และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 5% หรือ 0.05 โดยใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างโดยบังเอิญ (accidental sampling) จาก การคำนวณได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 170 คน และเพื่อความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถามไว้ 5% เท่ากับ 9 คน ดังนั้น ขนาดบุคลากรทั่วไปที่เป็นกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 179 คน ตามจำนวนบุคลากรของแต่ละกลุ่มงาน

3. เครื่องมือการวิจัย ผู้วิจัยกำหนดเครื่องมือการวิจัยในระยะที่ 2 โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการออกแบบและพัฒนาโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยนำโปรแกรม MySQL มาใช้ในการจัดการฐานข้อมูล ซึ่งเป็นเครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูลขนาดใหญ่ และยังสามารถใช้ร่วมกับเครื่องมือ

หรือโปรแกรมอื่นได้เป็นอย่างดี เพื่อให้ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ ที่ต้องการความสะดวกสบาย และสามารถเข้าถึงได้ง่าย เช่น ทำงานร่วมกับเครื่องบริการเว็บ (web server) เป็นต้น โดยภาษาที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา คือ ภาษา PHP ภาษา JavaScript และ HTML ซึ่งลักษณะเด่น คือ สามารถใช้งานได้ฟรี ไม่จำกัดขีดความสามารถ สามารถแสดงผลบนเครื่อง UNIX, Linux และ Windows ได้ สามารถใช้ร่วมกับ XML ได้ทันที และใช้กับระบบแฟ้มข้อมูลได้^[8]

3.2 แบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งแบบสอบถามออกเป็นทั้งหมด 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจและความคาดหวังที่มีต่อโปรแกรม ควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โดยแบ่งตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านลักษณะการใช้งานคลังข้อมูล ด้านการเข้าถึงคลังข้อมูล ด้านการออกแบบคลังข้อมูล และด้านการนำไปใช้ประโยชน์ ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ แบ่งเป็นการทดสอบความเที่ยงตรง เมื่อสร้างคำถาม จัดรูปแบบและโครงสร้างของแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยนำแบบสอบถามดังกล่าวเสนอเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ผู้เชี่ยวชาญด้านงบประมาณ ผู้เชี่ยวชาญ

ด้านการออกแบบและพัฒนาระบบ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยหรือไม่ ตลอดจนภาษาที่ใช้ แล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อดำเนินการในขั้นต่อไป ส่วนการทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) ได้อาศัยวิธีการทดสอบก่อน (pre - test) กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน 1 ครั้ง โดยทดสอบกับกลุ่มประชากรทั่วไปที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยวิธีการใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบอค (Cronbach's Alpha) ที่ผู้วิจัยใช้ฟังก์ชันการวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือ (reliability analysis) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเป็นเครื่องมือในการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ทั้งนี้ ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่น 0.79 แสดงว่าแบบสอบถามทั้งฉบับมีความเชื่อมั่นสูง

4. การวิเคราะห์ข้อมูล โดยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลเชิงปริมาณจะวิเคราะห์สถิติภาคบรรยาย ได้แก่ ความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ F-test และนำเสนอเชิงพรรณนาระยะที่ 3 การประเมินผลการพัฒนาโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

1. ประชากรในการวิจัยระยะที่ 3 คือ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
2. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระยะที่ 3 คือ ผู้รับผิดชอบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของแต่ละกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

นครราชสีมาทุกกลุ่มงาน ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างไม่ว่าจะเป็นการใช้สูตร หรือการใช้ตารางสำเร็จรูปไม่สามารถใช้ได้กับงานวิจัยในลักษณะดังกล่าว ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็นด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว เป็นผู้รับผิดชอบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของแต่ละกลุ่มงานโดยตรง เป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการใช้งานเทคโนโลยีสารสนเทศเป็นอย่างดี จำนวน 15 คน

3. เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบ่งประเด็นศึกษาออกเป็น 6 ประเด็นหลัก ดังนี้ ข้อมูลเบื้องต้นผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก บริบทของพื้นที่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการผลลัพธ์ และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การทดสอบความเที่ยงตรง เมื่อผู้วิจัยสร้างคำถาม จักรูปแบบและโครงสร้างของแบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้องกับข้อมูลด้านสุขภาพแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยนำแบบสัมภาษณ์เชิงลึกดังกล่าวเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ผู้เชี่ยวชาญด้านงบประมาณ ผู้เชี่ยวชาญด้านการออกแบบและพัฒนาระบบ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยหรือไม่ ตลอดจนภาษาที่ใช้ แล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อดำเนินการในขั้นต่อไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก มาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร จำแนก แยกแยะและจัดหมวดหมู่สังเคราะห์ข้อมูลตามแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนา

คลังข้อมูล แนวคิดกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมและทฤษฎีการประเมินผล มาสังเคราะห์และบูรณาการเข้าด้วยกันแล้ว และนำเสนอเชิงพรรณความ

สรุปผล

ผู้วิจัยขอเสนอสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. รายละเอียดสถานการณ์การควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

สถานการณ์การตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา คือ การรับเอกสารการขออนุมัติใช้เงินงบประมาณของแต่ละกลุ่มงาน ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารและยอดเงิน ดำเนินการตัดงบประมาณเสนอเพิ่มต่อผู้บริหารเพื่อพิจารณาอนุมัติ จากนั้นงานงบประมาณ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข จะจัดส่งรายการขอตัดงบประมาณไปยังงานที่เกี่ยวข้อง เช่น งานพัสดุหรืองานการเงิน เป็นต้น แล้วแต่กรณี และส่งต่อเพิ่มไปยังกลุ่มงานนั้น ๆ เพื่อดำเนินจัดส่งงานพัสดุหรืองานการเงินอย่างทันท่วงที โดยทุกขั้นตอนใช้ระยะเวลาการดำเนินงานภายใน 1 วัน แต่ละกลุ่มงานมีการจัดสรรบุคลากรอย่างน้อย กลุ่มงานละ 2 คน มีหน้าที่รับผิดชอบในการบันทึกรายการขอตัดงบประมาณโครงการฯ ส่งต่อกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข เพื่อดำเนินการตัดงบประมาณและเสนอเอกสารต่อผู้บริหาร เมื่อเอกสารได้รับการอนุมัติเรียบร้อยแล้ว ผู้รับผิดชอบในกลุ่มงานนั้น ๆ ต้องนำเอกสารไปยื่นต่องานพัสดุหรืองานการเงินภายใน 7 วันทำ

การ การตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาใช้ไมโครซอฟต์ แอ็กเซส (microsoft access) และไมโครซอฟท์ เอกซ์เซล (microsoft excel) ยังไม่มีโปรแกรม สำเร็จรูปสำหรับตัดจ่ายงบประมาณ

สภาพปัญหาจากการตัดจ่ายงบประมาณ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา พบว่า (1) ปัญหาอุปสรรคในการตัดจ่ายงบ ประมาณ สามารถสรุปได้ 3 ประเด็น ได้แก่ (1.1) ขั้นตอนการนำส่งเอกสารตัดเงินงบประมาณ ลำช้า (1.2) การจัดสรรเงินที่ล่าช้า ทำให้การ เบิกจ่ายเงินงบประมาณในต้นปีงบประมาณเกิน ความล่าช้าไปด้วย (1.3) ขาดฐานข้อมูลด้าน การตัดจ่ายงบประมาณในการสืบค้น เพื่อนำมา ใช้ในการวางแผนการดำเนินงาน (2) ปัญหา ด้านบุคลากรสามารถสรุปได้ 3 ประเด็น ได้แก่ (2.1) กลุ่มงานมีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบ ในการบันทึกข้อมูลบ่อยครั้ง (2.2) บุคลากรที่ รับผิดชอบการบันทึกข้อมูลจารหัสผ่านเข้า โปรแกรมไม่ได้ (2.3) บุคลากรขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร (3) ปัญหาด้านเทคโนโลยี สารสนเทศและการสื่อสารสามารถสรุป ได้ 3 ประเด็น ได้แก่ (3.1) คอมพิวเตอร์ ขาดการซ่อมบำรุงรักษา เพื่อให้พร้อมใช้งาน (3.2) การตัดจ่ายงบประมาณด้วยโปรแกรมไมโคร ซอฟต์แอ็กเซส และโปรแกรมไมโครซอฟท์ เอกซ์เซล ยังไม่สามารถตัดจ่ายแบบออนไลน์ได้ และ(3.3) ระบบอินเทอร์เน็ตยังไม่เสถียร

แนวทางการแก้ไขปัญหามาจากการตัดจ่าย งบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมา พบว่า (1) แนวทางการแก้ไขปัญหามา

การตัดจ่ายงบประมาณสามารถสรุปได้ 3 ประเด็น ได้แก่ (1.1) ประชุมหารือเพื่อกำหนดแนวทาง ร่วมกันในการส่งเอกสาร เพื่อเบิกจ่ายงบประมาณ (1.2) จัดทำหนังสือเร่งรัดการเบิก - จ่ายงบประมาณ ให้เป็นไปตามกำหนด (1.3) เมื่อจบประมาณ จัดสรรมาแล้ว แจ้งให้แต่ละกลุ่มงานเร่งรัด การเบิกจ่ายอย่างเร่งด่วน (2) แนวทางการแก้ปัญหา ด้านบุคลากร สามารถทำได้ 3 ประเด็น ได้แก่ (2.1) แต่ละกลุ่มงานไม่ควรเปลี่ยนผู้รับผิดชอบ บ่อยครั้ง หรือถ้ามีเหตุจำเป็นที่จะต้องเปลี่ยนผู้รับ รับผิดชอบแต่ละกลุ่มงานควรมีการอบรมการใช้ ระบบให้กับผู้รับผิดชอบคนถัดไป (2.2) บุคลากร ผู้รับผิดชอบควรจดบันทึกขั้นตอนการดำเนินงาน และรหัสผ่านไว้ทุกครั้งเพื่อป้องกันการลืมรหัส ผ่านในการเข้าใช้งาน (2.3) ควรมีการจัดอบรม การใช้งานเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ให้กับบุคลากรอย่างต่อเนื่อง (3) แนวทางการ แก้ปัญหาด้านเทคโนโลยีและการสื่อสารสามารถ สรุปได้ 3 ประเด็น ได้แก่ (3.1) กำหนดให้มี การซ่อมบำรุงคอมพิวเตอร์ เพื่อให้พร้อมใช้งาน อย่างต่อเนื่อง (3.2) เครือข่ายอินเทอร์เน็ตควรมี ความเร็วอย่างน้อย 512K ขึ้นไป (3.3) ควรมีระบบ การสำรองข้อมูลทุกวันผ่านคอมพิวเตอร์แม่ข่าย

ความต้องการในการตัดจ่ายงบประมาณ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ของผู้ที่เกี่ยวข้อง พบว่า (1) ต้องการเบิก-จ่าย งบประมาณให้มีความรวดเร็ว เนื่องจาก บางโครงการหรือบางกิจกรรมเป็นงานเร่งด่วน ได้รับมอบหมายจากผู้บริหาร (2) ลดขั้นตอน การดำเนินงานให้น้อยลง (3) ควรออกแบบ และพัฒนาโปรแกรมการตัดจ่ายงบประมาณ สำเร็จรูป เพื่อให้ง่ายในการดำเนินงาน

(4) โปรแกรมการตัดจ่ายงบประมาณควรมีความสามารถดำเนินงานผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตได้ เพื่อให้สะดวกสบายและรวดเร็วในการดำเนินงาน

2. การออกแบบและพัฒนาโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

การพัฒนาโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา คุณลักษณะเฉพาะของโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณ หรือ “Budget Management System (BMS)” ประกอบด้วย

- (1) โปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณเป็นการพัฒนาระบบงานบนเว็บ (web application)
- (2) โปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ถูกออกแบบและพัฒนาด้วยโปรแกรม MySQL ซึ่งเป็นโปรแกรมระบบจัดการฐานข้อมูล และเป็นเครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูลที่ต้องใช้ร่วมกับเครื่องมือหรือโปรแกรมอื่นอย่างบูรณาการ
- (3) โปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณเป็นการดำเนินงานร่วมกันของงานงบประมาณ กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข งานพัสดุ งานการเงินและบัญชี กลุ่มงานบริหารทั่วไป และทุกกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
- (4) โปรแกรม ควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณ มีระบบการป้องกันความปลอดภัยของข้อมูล โดยเข้ารหัสผ่านผู้ใช้ (user) และรหัสผ่าน (password)
- (5) โปรแกรม ควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณ สามารถเชื่อมโยงข้อมูลการให้บริการภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
- (6) โปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณ สามารถตรวจสอบ (monitor) และ

ควบคุมกำกับกับการตัดจ่ายงบประมาณ (7) บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาสามารถใช้โปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณในการกำกับ ติดตามการดำเนินงานการตัดจ่ายงบประมาณ

การพัฒนาโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณให้เป็นรูปแบบฐานข้อมูลเดี่ยวแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ (1) การเข้าสู่ระบบ (2) Dashboard (3) รายการขอตัดงบประมาณ (4) Administrator

การประชุมเชิงปฏิบัติการ พบว่า ผู้เข้าอบรมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 68.16 อายุระหว่าง 31 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.64 ส่วนใหญ่สมรสแล้ว คิดเป็นร้อยละ 45.81 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในตำแหน่งอื่น ๆ ได้แก่ เจ้าพนักงานสาธารณสุข นักจัดการทั่วไป เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี นักวิชาการการเงินและบัญชี เจ้าพนักงานพัสดุ นักทรัพยากรบุคคล เจ้าพนักงานธุรการ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข นักวิเคราะห์นโยบายและแผน คิดเป็นร้อยละ 52.51 ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ คิดเป็นร้อยละ 67.60 สำเร็จการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 70.39 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระหว่าง 20,001 – 25,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 21.79

ด้านความพึงพอใจต่อประเด็นต่าง ๆ ดังนี้ (1) ด้านลักษณะการใช้งานโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณ สามารถแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ความพึงพอใจระดับมากที่สุด เช่น เป็นประโยชน์ต่อการนำมาประมวลผลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจการตัดจ่ายงบประมาณ เป็นต้น และความพึงพอใจระดับมาก เช่น ข้อมูลที่รวบรวม

มาจากหลายกลุ่มงานทำให้อยู่ในรูปแบบข้อมูลมาตรฐานเดียวกัน แบ่งโครงสร้างของเนื้อหาชัดเจน เป็นต้น (2) ด้านความเข้าถึงโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณ สามารถแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ความพึงพอใจระดับมากที่สุด เช่น มีระบบป้องกันความปลอดภัย มีการจำกัดการเข้าถึงข้อมูล เป็นต้น และความพึงพอใจระดับมาก ได้แก่ ประมวลผลรวดเร็ว (3) ด้านการออกแบบโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณ สามารถแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ความพึงพอใจระดับมากที่สุด เช่น จัดหมวดหมู่ของระบบชัดเจน เป็นต้น และความพึงพอใจระดับมาก เช่น การเชื่อมโยงข้อมูลแต่ละเพจเหมาะสมรวดเร็ว เป็นต้น (4) ด้านการนำไปใช้ประโยชน์ สามารถแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ความพึงพอใจระดับมากที่สุดเช่น หัวหน้ากลุ่มงานสามารถนำข้อมูลมาประกอบการวางแผน การดำเนินงาน กำกับ ติดตาม เป็นต้นและความพึงพอใจระดับมาก เช่น สามารถตรวจสอบขั้นตอนการดำเนินงานจาก timeline เป็นต้น ทั้งนี้ ความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ที่ระดับมาก ($\bar{X}=4.16$, S.D. =.68)

ด้านความต้องการต่อประเด็นด้านต่าง ๆ ดังนี้ (1) ด้านลักษณะการใช้งานโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณ อยู่ที่ระดับต้องการมากที่สุด เช่น เป็นประโยชน์ต่อการนำมาประมวลผลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจการตัดจ่ายงบประมาณ แบ่งโครงสร้างของเนื้อหาชัดเจน เป็นต้น (2) ด้านความเข้าถึงโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณ อยู่ที่ระดับต้องการมากที่สุด เช่น มีระบบป้องกันความปลอดภัย มีการจำกัดการเข้าถึงข้อมูล เป็นต้น (3) ด้านการออกแบบโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณ อยู่ที่ระดับต้องการ

มากที่สุด เช่น สามารถใช้งานง่าย จัดหมวดหมู่ของระบบชัดเจน การเชื่อมโยงข้อมูลแต่ละเพจเหมาะสม เป็นต้น (4) ด้านการนำไปใช้ประโยชน์อยู่ที่ระดับต้องการมากที่สุด เช่น หัวหน้ากลุ่มงานสามารถนำข้อมูลมาประกอบการวางแผน การดำเนินงาน กำกับ ติดตาม หัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงานสามารถนำไปใช้ประกอบการวางแผนการจัดทำโครงการต่าง ๆ เป็นต้น ทั้งนี้ ความต้องการโดยภาพรวมอยู่ที่มีความต้องการมากที่สุด ($\bar{X}=4.27$, S.D. =.64)

ผู้เข้าอบรมกลุ่มตัวอย่างแต่ละช่วงอายุ สถานภาพ ตำแหน่ง การสำเร็จการศึกษาสูงสุด และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาเป็นไปตามสมมติฐาน H0 คือ อายุ สถานภาพ ตำแหน่ง การสำเร็จการศึกษาสูงสุด และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้เข้าอบรมส่งผลต่อระดับความพึงพอใจโดยภาพรวมไม่แตกต่างกัน ในด้านความต้องการ พบว่า ผู้เข้าอบรมกลุ่มตัวอย่างแต่ละช่วงอายุ สถานภาพ ตำแหน่ง การสำเร็จการศึกษาสูงสุด และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความต้องการต่อโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาเป็นไปตามสมมติฐาน H0 คือ อายุ สถานภาพ ตำแหน่ง การสำเร็จการศึกษาสูงสุด และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้เข้าอบรมส่งผลต่อระดับความต้องการโดยภาพรวมไม่แตกต่างกัน

3. การประเมินผลการพัฒนาโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

การประเมินผลการพัฒนาโปรแกรม

ควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ตามทฤษฎีประเมินผล CIPP Model ดังนี้ บริบทของพื้นที่พบว่า การดำเนินงานการตัดจ่ายงบประมาณของแต่ละกลุ่มงานแต่ละกลุ่มงานมีการตัดจ่ายงบประมาณตลอดทั้งปี ซึ่งแต่ละกลุ่มงานจะมีจำนวนโครงการ และการเบิกจ่ายงบประมาณแตกต่างกันตามภาระงานของแต่ละกลุ่ม โดยแต่ละกลุ่มงานจะมีบุคลากรรับผิดชอบการศึกษาค้นคว้าข้อมูลเข้าไปในโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาอย่างน้อยกลุ่มงานละ 1 – 2 คน ความพร้อมของบุคลากรในการจัดจ่ายงบประมาณแบบออนไลน์ของแต่ละกลุ่มงาน โดยส่วนใหญ่แต่ละกลุ่มงานจะมอบหมายให้มิสเตอร์ไอที ของแต่ละกลุ่มงานเป็นผู้รับผิดชอบการศึกษาค้นคว้าข้อมูลเข้าโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา หรือบางกลุ่มงานมอบหมายให้ผู้ที่มีความรู้ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเป็นผู้รับผิดชอบ แต่ละกลุ่มงานไม่ได้กำหนดงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ เนื่องจากคอมพิวเตอร์และสัญญาณอินเทอร์เน็ตใช้ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ไม่ได้จัดซื้อใหม่เพื่อมาใช้ในการดำเนินงานศึกษาค้นคว้าข้อมูลเข้าโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

ปัจจัยนำเข้า พบว่า ภายหลังจากการดำเนินงานวิจัยในการวิจัยระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ได้มีการกำหนดให้ทุกกลุ่มงานดำเนินงานตัดจ่ายงบประมาณผ่านโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

นครราชสีมา เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ก่อนการดำเนินงานผ่านโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้จัดอบรมให้กับบุคลากรที่รับผิดชอบโดยตรงและผู้สนใจ เพื่อให้สามารถดำเนินงานผ่านโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และได้จัดทำคู่มือการใช้งานให้กับแต่ละกลุ่มงาน เพื่อให้ประกอบการดำเนินงานผ่านโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณ

กระบวนการ พบว่า การใช้งานของโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สามารถใช้งานได้ง่าย ฟังก์ชันการทำงานไม่ซับซ้อน ไอคอนต่าง ๆ สื่อความหมายได้ชัดเจน สามารถนำมาประยุกต์ใช้งานได้จริง สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน แม้การดำเนินการในช่วงแรกอาจจะติดขัดอยู่บ้าง สามารถอำนวยความสะดวกในการทำงาน เป็นระบบระเบียบ สามารถสืบค้นได้ง่ายขึ้น และสามารถติดตามการดำเนินงานได้ทันท่วงที หากติดปัญหาในการดำเนินงานตัดจ่ายงบประมาณฯ โดยภาพรวมสามารถเข้าถึงได้รวดเร็วในระดับมาก ในอนาคตจะมีการเพิ่มสัญญาณอินเทอร์เน็ตให้มีความรวดเร็วยิ่งขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้โปรแกรม และรองรับรายการตัดจ่ายงบประมาณที่อาจจะเพิ่มขึ้นในอนาคต

ผลลัพธ์ พบว่า หัวหน้ากลุ่มงาน และบุคลากรผู้รับผิดชอบโครงการต่าง ๆ สามารถนำข้อมูลจากโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบ

ประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาใช้ในการวางแผนการดำเนินงานในปีถัดไปได้ เช่น รายละเอียดโครงการ กิจกรรมงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงาน เป็นต้น เพื่อให้สามารถดำเนินได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถกำกับ ติดตามการดำเนินงานได้ทันที ผู้ใช้งานสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ผ่านเว็บไซต์ เนื่องจากโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาถูกพัฒนาระบบงานบนเว็บไซต์ โดยการเข้าใช้โปรแกรมควบคุมการตัดจ่าย ผู้ใช้ต้องกรอกรหัสผ่าน เพื่อจำกัดการเข้าถึงข้อมูล ซึ่งเป็นสิ่งที่ดี เพราะเป็นการป้องกันความลับในการตัดจ่ายงบประมาณของแต่ละกลุ่มงาน ขณะเดียวกัน การเข้าถึงบริการของแต่ละกลุ่มงานรวดเร็วขึ้น ได้รับการรักษาความปลอดภัยที่ต่อเนื่อง มีระบบการแจ้งเตือนบุคลากรเพื่อป้องกันการผิดพลาดล่าช้าในการดำเนินงาน

เสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เช่น (1) โปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณฯ ควรมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (2) โปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาถือว่าเป็นโปรแกรมที่ดีควรขยายผลไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

อภิปรายผล

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นสถานการณ์การตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา พบว่า การตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ดำเนินการโดยการรับเอกสารการขออนุมัติใช้เงินงบประมาณของแต่ละกลุ่มงาน ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารและยอดเงิน ดำเนินการตัดงบประมาณ เสนอเพิ่มต่อผู้บริหารเพื่อพิจารณาอนุมัติ จากนั้นงานงบประมาณกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข จะจัดส่งรายการขอตัดงบประมาณไปยังงานที่เกี่ยวข้อง เช่น งานพัสดุหรืองานการเงิน เป็นต้น แล้วแต่กรณี และส่งต่อเพิ่มไปยังกลุ่มงานนั้น ๆ เพื่อดำเนินจัดส่งงานพัสดุหรืองานการเงินอย่างทันท่วงที โดยทุกขั้นตอนใช้ระยะเวลาการดำเนินงานภายใน 1 วัน กล่าวคือ สถานการณ์การดำเนินงานตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ยังคงเป็นดำเนินงานโดยเอกสารเป็นหลัก ไม่ได้ดำเนินงานผ่านโปรแกรมสำเร็จรูป ส่งผลให้การดำเนินงานอาจล่าช้าหรือเอกสารสูญหายอยู่บ่อยครั้ง การดำเนินงานตัดจ่ายงบประมาณผ่านโปรแกรมสำเร็จรูปหรือดำเนินงานผ่านโปรแกรมออนไลน์

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นปัญหาด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร พบว่า ปัญหาด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร คือ คอมพิวเตอร์ขาดการซ่อมบำรุงรักษา เพื่อให้พร้อมใช้งาน การตัดจ่ายงบประมาณด้วยโปรแกรมไมโครซอฟต์เอกเซล และโปรแกรมไมโครซอฟท์ เอกซ์เซล ยังไม่สามารถตัดจ่ายแบบออนไลน์ได้ และระบบอินเทอร์เน็ตยังไม่เสถียร ส่วนแนวทางการแก้ปัญหา คือ กำหนดให้มีทีมซ่อมบำรุงคอมพิวเตอร์ เพื่อให้พร้อมใช้งาน อย่างต่อเนื่อง

ควรเพิ่มความเร็วของเครือข่ายอินเทอร์เน็ตอย่างน้อย 512K ขึ้นไป และควรมีระบบการสำรองข้อมูลทุกวันผ่านคอมพิวเตอร์แม่ข่าย สอดคล้องกับแนวผลการศึกษาของนภาพร หานะพันธ์⁴⁾ ที่กล่าวถึง ปัญหาในการนำความรู้ เทคโนโลยี นวัตกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อมของศูนย์อนามัยที่ 6 ไปใช้ในการปฏิบัติงาน อันดับ 1 ขาดงบประมาณ สนับสนุน คิดเป็นร้อยละ 55.1 เนื่องจากการพัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยีและนวัตกรรมใหม่ ๆ จำเป็นต้องใช้งบประมาณ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการทำงานให้เป็นอย่างดีมีประสิทธิภาพมากขึ้น กล่าวคือ ปัญหาต่าง ๆ ด้านเทคโนโลยี สารสนเทศและการสื่อสารในการดำเนินงานด้านการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ล้วนต้องใช้งบประมาณในการดำเนินงาน เพื่อให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นการพัฒนาโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา พบว่า คุณลักษณะเฉพาะของโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณ หรือ “Budget Management System (BMS)” คือ (1) เป็นการพัฒนาระบบงานบนเว็บ (web application) (2) ถูกออกแบบและพัฒนาด้วยโปรแกรม MySQL ซึ่งเป็นโปรแกรมระบบจัดการฐานข้อมูล และเป็นเครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูลที่ต้องใช้ร่วมกับเครื่องมือหรือโปรแกรมอื่นอย่างบูรณาการ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สกกรรัฐ วดีวุฒิพงศ์⁹⁾ ที่ออกแบบกระบวนการประสานการส่งต่อผู้ป่วยและระบบสารสนเทศส่งต่อผู้ป่วยเขตสุขภาพที่ 10 ด้วยโปรแกรม MySQL

(3) เป็นการดำเนินงานร่วมกันของงานงบประมาณ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข งานพัสดุ งานการเงินและบัญชี กลุ่มงานบริหารทั่วไป และทุกกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมา (4) มีระบบการป้องกันความปลอดภัยของข้อมูล โดยเข้าระบบผ่านผู้ใช้ (user) และรหัสผ่าน (password) (5) สามารถเชื่อมโยงข้อมูลการให้บริการภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา (6) สามารถตรวจสอบ (monitor) และควบคุมกำกับ การตัดจ่ายงบประมาณ (7) บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาสามารถใช้โปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณ ในการกำกับ ติดตาม การดำเนินงานการตัดจ่ายงบประมาณ สอดคล้องกับแนวคิดของศรีไพร ศักดิ์รุ่งพงศากุล และเจษฎาพร ยุทธนวิบูลย์ชัย¹⁰⁾ ที่กล่าวว่า การประมวลผลแบบออนไลน์ สามารถทำได้โดยการเลือกช่วงข้อมูล สามารถเลือกดูข้อมูลเฉพาะส่วนที่สนใจ (slice and dice) และนำมาวิเคราะห์ได้โดยไม่ต้องใช้ข้อมูลทั้งหมด และสามารถเลือกระดับชั้นของข้อมูล สามารถจัดแบ่งข้อมูลเป็นลำดับขั้น ทำให้เรียกดูข้อมูลจากระดับบนแล้วเจาะลึกลงไปในระดับล่าง (drill-down) เพื่อดูรายละเอียดได้ กล่าวคือ โปรแกรมโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาสามารถเลือกรายงานผลได้ โดยเลือกช่วงของข้อมูลที่ต้องการให้แสดงผล เช่น การเบิกจ่ายงบประมาณ การเบิกจ่ายตามหมวด การเบิกจ่ายตามแผน โครงการ เป็นต้น ขณะเดียวกัน โปรแกรมโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณฯ ถูกกำหนดการเข้าถึงข้อมูลที่แตกต่างกัน เช่น ผู้รับผิดชอบก็ย้ข้อมูลของแต่ละกลุ่ม

งานจะสามารถดำเนินการก็ย้ข้อมูล และติดตามการดำเนินงาน แต่การส่งต่อข้อมูลไปงานพัสดุหรือ งานการเงินและบัญชี จะไม่สามารถดำเนินการได้ ต้องเป็นหน้าที่ของของผู้รับผิดชอบระบบ (admin)

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นด้านความพึงพอใจต่อประเด็นด้านต่าง ๆ ในการพัฒนาโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ที่ระดับมาก ($\bar{X}=4.16$, S.D. =.68) ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชลลดา สรศักดิ์^[3] ที่ได้ศึกษาการประเมินผลการใช้ระบบสารสนเทศโปรแกรมดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เขตสุขภาพที่ 1 พบว่า ผู้ใช้มีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง กล่าวคือสาเหตุที่มีความพึงพอใจแตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลมีความแตกต่างกัน ตลอดจนการพัฒนาโปรแกรมมีความแตกต่างกัน ส่งผลให้ระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมที่ออกแบบและพัฒนาขึ้นจึงมีความแตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นบริบทของพื้นที่ พบว่า การดำเนินงานการตัดจ่ายงบประมาณของแต่ละกลุ่มงานแต่ละกลุ่มงานมีการตัดจ่ายงบประมาณตลอดทั้งปี ซึ่งแต่ละกลุ่มงานจะมีจำนวนโครงการ และการเบิกจ่ายงบประมาณแตกต่างกันตามภาระงานของแต่ละกลุ่ม โดยส่วนใหญ่แต่ละกลุ่มงานจะมอบหมายให้มิสเตอร์ไอทีของแต่ละกลุ่มงานเป็นผู้รับผิดชอบการก็ย้ข้อมูลเข้าโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สอดคล้องกับแนวคิดของ Stufbeam

and Shinkeld^[6] ที่กล่าวว่า บริบทของพื้นที่ เป็นการประเมินบริบทซึ่งเกี่ยวข้องกับความต้องการจำเป็นของผู้ได้รับผลประโยชน์ สิทธิประโยชน์ที่มีและปัญหาภายใต้บริบทสิ่งแวดล้อมในการประเมินซึ่งรวมถึงการเมืองในการประเมิน ด้วยโดยการประเมินบริบทจะเกี่ยวข้องกับ core values ในการกำหนดเป้าหมาย กล่าวคือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา มีมิสเตอร์ไอทีที่คอยอำนวยความสะดวกในกลุ่มงาน เมื่อติดปัญหาด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยที่เอื้อให้การดำเนินงานโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาประสบความสำเร็จได้ง่ายขึ้น

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นปัจจัยนำเข้า พบว่า ภายหลังจากการดำเนินงานวิจัยในการวิจัยระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ได้มีการกำหนดให้ทุกกลุ่มงานดำเนินงานตัดจ่ายงบประมาณผ่านโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และมีการจัดอบรมให้กับบุคลากรที่รับผิดชอบโดยตรงและผู้สนใจ เพื่อให้สามารถดำเนินงานผ่านโปรแกรม ควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณฯ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และได้จัดทำคู่มือการใช้งานให้กับแต่ละกลุ่มงาน เพื่อใช้ประกอบการดำเนินงานผ่านโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณฯ สอดคล้องกับแนวคิดของ ริเชพงษ์แก้วหาวงษ์^[11] ที่ว่า กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม คือ

การเปิดโอกาสให้บุคคล และผู้แทนของกลุ่มองค์กรต่าง ๆ ที่อยู่ในชุมชนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมและรับผิดชอบในการกำหนด

ทิศทางในการพัฒนาชุมชน ร่วมตัดสินใจอนาคตของชุมชน ร่วมดำเนินกิจกรรมการพัฒนา และร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น กล่าวคือ การเปิดโอกาสให้บุคลากรที่รับผิดชอบโดยตรง และผู้สนใจ ได้ทดลองใช้โปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เพื่อนำข้อเสนอแนะมาพัฒนา ปรับปรุงโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณฯ ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ได้อย่างเต็มกำลังความสามารถ

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นกระบวนการ พบว่า การใช้งานของโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สามารถใช้งานได้ง่าย ฟังก์ชันการทำงานไม่ซับซ้อน ไอคอนต่าง ๆ สื่อความหมายได้ชัดเจน สามารถนำมาประยุกต์ใช้งานได้จริง สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน แม้การดำเนินการในช่วงแรกอาจจะติดขัดอยู่บ้าง สามารถอำนวยความสะดวกในการทำงานเป็นระบบระเบียบ สามารถสืบค้นได้ง่ายขึ้น และสามารถติดตามการดำเนินงานได้ทันท่วงที หากติดปัญหาในการดำเนินงานตัดจ่ายงบประมาณฯ โดยภาพรวมสามารถเข้าถึงได้รวดเร็วในระดับมาก สอดคล้องกับผลการศึกษาของชลลดา สรศักดิ์⁽³⁾ ที่ว่า ควรมีการเชื่อมโยงบูรณาการระหว่างทีมงานผู้สร้างโปรแกรมฯ ทุกหน่วยงานให้มีมีการปรับปรุงโปรแกรมฯ ตามปัจจัยการดำเนินงานที่ส่งผลต่อความสำเร็จและตอบสนองความต้องการต่อผู้ใช้งานทุกระดับ กล่าวคือ ควรระดมสมองทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาออกแบบโปรแกรมร่วมกัน เพื่อให้เกิดการ

พัฒนาโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณฯ อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพสูงสุด

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นผลลัพธ์ พบว่า หัวหน้ากลุ่มงาน และบุคลากรผู้รับผิดชอบโครงการต่าง ๆ สามารถนำข้อมูลจากโปรแกรม ควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ใช้ในการวางแผนการดำเนินงานในปีถัดไปได้ เช่น รายละเอียดโครงการ กิจกรรม งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงาน เป็นต้น เพื่อให้สามารถดำเนินได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถกำกับติดตามการดำเนินงานได้ทันที ผู้ใช้งานสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ผ่านเว็บไซต์ เนื่องจากโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาถูกพัฒนาระบบงานบนเว็บไซต์ ขณะเดียวกันการเข้าถึงบริการของแต่ละกลุ่มงานรวดเร็วขึ้น ได้รับการรักษาความปลอดภัยที่ต่อเนื่อง มีระบบการแจ้งเตือนบุคลากรเพื่อป้องกันการผิดพลาด ถ้าใช้ในการดำเนินงานสอดคล้องกับแนวคิดของ Stufebeam and Shinkeld⁽⁶⁾ ที่ว่าด้านผลลัพธ์เป็นการประเมินผลผลิตและผลที่ได้จากโครงการซึ่งเกี่ยวข้องกับการประเมิน ได้แก่ การประเมินผลกระทบ การประเมินประสิทธิผลคุณภาพและความสำคัญ ของผลลัพธ์ที่ได้ การประเมินความสำเร็จและความต่อเนื่อง การประเมินเพื่อขยายความสำเร็จของโครงการนำไปประยุกต์ใช้กับโครงการอื่น การประเมิน CIPP Model มีบทบาทของการประเมินในเชิงการประเมินความก้าวหน้า กล่าวคือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น หัวหน้ากลุ่มงาน และบุคลากรผู้รับผิดชอบโครงการต่าง ๆ สามารถนำไป

ประยุกต์ใช้งานได้เป็นอย่างดี สามารถกำกับ ติดตามการดำเนินงานได้ทันที และสามารถแก้ไข ปัญหาได้รวดเร็วมากขึ้น หากเกิดปัญหาระหว่างการดำเนินงาน นอกจากนี้ยังมีการจำกัดการเข้าถึงข้อมูล เพื่อป้องกันความปลอดภัยของข้อมูล ด้วยเช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 การพัฒนาโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณและการพัฒนาที่ต่อเนื่อง ควรถือเป็นนโยบายสำคัญระดับจังหวัด เพื่อการเพิ่มประสิทธิภาพ ประเมินผล การดำเนินงานด้านการตัดจ่ายงบประมาณ

1.2 หน่วยงานระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบล ต้องใช้โปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณในรูปแบบฐานข้อมูลเดียว ส่งข้อมูล ฐานเดียวกัน ในการสืบค้น กำหนดเป้าหมาย การรายงาน การลงผลการปฏิบัติงาน แบบ real time จะส่งผลให้ผล ลดความซ้ำซ้อน เพิ่มประสิทธิภาพ ตรวจสอบข้อมูล การประเมินผล การตัดสินใจ ของผู้บริหาร

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

2.1 ใช้เป็นแหล่งข้อมูล แนวทางในการพัฒนาโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณในระดับจังหวัด เนื่องจากมีข้อมูลการพัฒนาโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณ ตั้งแต่ การศึกษาสถานการณ์ปัญหา แนวทางแก้ไขปัญหาข้อมูลสุขภาพการออกแบบและพัฒนาโปรแกรม ควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณ การประเมินผล การพัฒนาโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณเพื่อการพัฒนาต่อยอด

ต่อไป

2.2 ใช้เป็นแหล่งข้อมูล ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการพัฒนาโปรแกรม ควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในแต่ละกลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

3.1 การวิจัยครั้งต่อไป ควรนำกระบวนการจัดการความรู้เข้ามาช่วยในการดำเนินการพัฒนาโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณ เพื่อค้นหาองค์ความรู้ การจัดเก็บองค์ความรู้ การถ่ายทอดองค์ความรู้ และการใช้องค์ความรู้ ตามแนวคิดของ เบเชอร์รา เฟอร์นันเดซ เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3.2 การวิจัยครั้งต่อไป ควรประเมินความพึงพอใจ การใช้การพัฒนาโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณในทุก ๆ ด้าน เพื่อนำผลข้อคิดเห็นที่ได้มาพัฒนาต่อยอดการพัฒนาโปรแกรม ควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณอย่างสม่ำเสมอ

การปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเรื่องนี้ ได้รับการพิจารณา การปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รหัส KHE 2020-110 ลงวันที่ 25 ธันวาคม 2563 โดยผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลโดยภาพรวมไม่นำเสนอเป็นรายบุคคล หากกลุ่มตัวอย่างต้องการยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถทำได้ ตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง

บทความวิจัยฉบับ :
ผลการประเมินปัญหาการใช้ยาและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
โดยการเยี่ยมบ้านแบบ INHOMESSS ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอวังม่วง
จังหวัดสระบุรี

Evaluation of Drug Use Problems and Self-care Behavior of Patients
suffering from Chronic Diseases through INHOMESSS Home Visit under
Health Service Networks of Wangmuang District, Saraburi

ทรงวุฒิ สารจันทิก

Songwut Sarnjanthuk

โรงพยาบาลวังม่วงสัทธรรม

Wangmuang-sattham Hospital

เบอร์โทรศัพท์ 08-4544-5774 ; E-mail songwutsa@gmail.com

วันที่รับ 26 พ.ย. 2564; วันที่แก้ไข 24 ธ.ค. 2564; วันที่ตอบรับ 30 ธ.ค. 2564

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินปัญหาการใช้ยาและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดย การเยี่ยมบ้านแบบ INHOMESSS ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอวังม่วง จังหวัดสระบุรี **วิธีการ :** สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวานที่ได้รับการเยี่ยมบ้านในเดือนธันวาคม 2563 จำนวน 87 คน

ผลการวิจัย : ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ รวมถึงสามารถจัดยารับประทานได้เองโดยผู้ป่วยแต่ละรายได้รับยาเฉลี่ย 3-4 ชนิด โดยไม่เกิดอาการข้างเคียงที่ผิดปกติหรือรบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยสามารถระบุชนิดยา จำนวนยาที่ต้องรับประทานในแต่ละครั้ง และเวลาในการรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง ปัญหาส่วนใหญ่คือการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอร้อยละ 45.98 ผู้ป่วยลืมรับประทานยาและไม่รับ

ประทานในทันทีที่นึกได้ และเร่งรีบออกไปทำงานในช่วงเช้า แสดงให้เห็นว่าลักษณะการใช้ชีวิตประจำวันและสภาพทางสังคมส่งผลต่อพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วย

คำสำคัญ : การเยี่ยมบ้านแบบ INHOMESSS; ปัญหาการใช้ยา; พฤติกรรมดูแลตนเอง; ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

Abstract

Objective : To evaluate problems associating with drug use and self-care behavior of patients suffering from chronic disease through INHOMESSS home visit under health service networks of Wangmuang District, Saraburi Province **Method :** The researcher interviewed patients diagnosed with hypertension and/or diabetes who had received home visit in December 2020 for totaling 87 persons.

Findings : The majority part of the patients were the elderly who could perform self-care activities including preparing medications for oneself. Each patient was taking 3-4 types of drug on the average. No significant side effect or daily life disturbance was found among those subjects. They could correctly identify drug type, dosage and timing of medication. The major problem found was intermittent drug taking for as much as 45.98% especially when the patient forgot to take medications and failed to do so immediately when they could remember as they rushed out to work in the morning. This suggests that daily life and social condition could affect the patient's drug taking behavior.

Keyword: INHOMESSS home visit; drug use problems; self-care behavior; patients suffering from chronic diseases

บทนำ

โรคเบาหวาน คือ โรคที่เซลล์ร่างกายมีความผิดปกติในขบวนการเปลี่ยนน้ำตาลในเลือดให้เป็นพลังงาน โดยขบวนการนี้เกี่ยวข้องกับอินซูลินซึ่งเป็นฮอร์โมนที่สร้างจากตับอ่อนเพื่อใช้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เมื่อน้ำตาลไม่ถูกใช้ จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นกว่าระดับปกติ จากข้อมูลทางสถิติของ WHO^[1] พบว่าอัตราการเกิดโรคเบาหวานในประชากรอายุมากกว่า 18 ปี มีสูงถึงร้อยละ 8.5 ในปี 2557 และระหว่างปี 2543 ถึงปี 2559 มีอัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 นอกจากนี้ข้อมูลจาก International diabetes federation พบว่าในปี 2562 มีอัตราการเกิดโรค

เบาหวานสูงถึงร้อยละ 9.3 และคาดว่าในปี 2573 จะมีอัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 10.9 โดยพบว่าการเกิดโรคในประชากรของประเทศกลุ่มที่มีรายได้ต่ำและกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลางจะมากกว่าในกลุ่มประเทศที่มีรายได้สูง โดยประเทศไทยถูกจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลาง^[2]

โรคความดันโลหิตสูงคือ ภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงความดันในหลอดเลือดที่สูงขึ้น จนมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท จากข้อมูลทางสถิติของ WHO^[3] พบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นจำนวน 1.13 พันล้านคน และ 2 ใน 3 ส่วนของผู้ป่วยดังกล่าวอาศัยอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง โดยผู้ป่วยร้อยละ 20 ไม่สามารถควบคุมความดันให้อยู่ในระดับเป้าหมายได้ทำให้โรคความดันโลหิตสูงเป็นอีกหนึ่งสาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โรคความดันโลหิตสูงเป็นอีกโรคที่พบได้บ่อย คนส่วนใหญ่ที่มีความดันโลหิตสูงมักจะไม่ได้รู้ตัวว่าเป็นโรค เมื่อรู้ตัวว่าเป็นโรคส่วนมากจะไม่ได้รับการดูแลรักษา อาจเนื่องมาจากไม่มีอาการทำให้คนส่วนใหญ่ ไม่ได้ให้ความสนใจ เมื่อมีอาการหรือภาวะแทรกซ้อนแล้วจึงจะเริ่มสนใจและรักษา จึงอาจทำให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร โรคความดันโลหิตสูงตรวจพบได้จากการวัดความดันโลหิตที่อยู่ในระดับสูงกว่าปกติเรื้อรังอยู่เป็นเวลานาน เกณฑ์ระยะที่ 1 คือ 140/90 มิลลิเมตรปรอท หากไม่รักษาให้ถูกต้องจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคอัมพาตจากหลอดเลือดในสมองตีบ โรคหลอดเลือดในสมองแตก โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจวาย โรคไตวาย หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง

เป็นต้น ดังนั้น การควบคุมความดันโลหิต ให้ปกติอย่างสม่ำเสมอ สามารถลดโอกาสเกิด โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ ซึ่งเป็นข้อเท็จจริงทางการแพทย์ที่ได้รับการพิสูจน์แล้วและเป็นที่ยอมรับกันทั่วโลก^[4]

สถิติการพบผู้ป่วยด้วยโรคทั้งสองนี้ยังมีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ เพราะเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อน ลูกกลมใหญ่โตจนต้องสูญเสียอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคของหลอดเลือดส่วนปลาย ภาวะแทรกซ้อนทางไต เส้นประสาทส่วนปลาย หรือตาซึ่งพบมากที่สุดถึง 1 ใน 3 ของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน^[5] ในแต่ละวันจะมีผู้เสียชีวิตจากเบาหวาน 200 คน หรือ 8 รายต่อชั่วโมง และมีเพียงร้อยละ 10 ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีชีวิตอยู่โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ประเทศไทยมียอดผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานเฉลี่ยปีละกว่า 8,000 คน^[6] และพบว่าคนรุ่นใหม่มีโอกาสเป็นเบาหวานสูงขึ้นจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป^[7] ความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่เป็นเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งหากควบคุมได้ดีก็จะช่วยชะลอและลดความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนเรื้อรังได้มากขึ้น ที่สำคัญคือโรคแทรกซ้อนเรื้อรังนี้อาจกลับคืนสู่สภาพปกติได้ หากผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจพบความเปลี่ยนแปลงที่เริ่มเกิดขึ้น และได้รับการรักษาตั้งแต่เริ่มแรก

ดังนั้น การรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึง ในการรักษาด้วยยา วัตสัน จันทา^[8] พบปัญหา ได้แก่ ความไม่ร่วมมือใน

การใช้ยา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการใช้ยาซ้ำซ้อนและความคลาดเคลื่อนทางยา สอดคล้องกับ หทัยรัตน์ สุขศรี และคณะ^[9] พบปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานยา โดยมีผู้ป่วยลืมรับประทานยา รองลงมาคือรับประทานยาผิดเวลา นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยที่ไม่รับประทานยาเลย รวมถึงไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ตนรับประทาน ซึ่งสาเหตุของปัญหาเหล่านี้มักเกิดจากภาระงานที่ต้องทำ การงดรับประทานอาหารบางมื้อ การรับประทานยาผิดเวลา ความเครียดกังวล หลงลืมเพราะชรา เก็บยารวมกันไว้กับคู่สมรส และขาดคนคอยเตือน เป็นต้น

INHOMESSS เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินปัญหาทางเภสัชกรรมจากยาที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่โดยใช้หลัก 4C ประกอบด้วย Consumer, Costs, Convenience และ Communication การประเมินทุกข์จากยาทางด้าน Drug Related Problems, Drug Related Sufferings, Drug System in Primary setting จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการศึกษาโดยเภสัชกรก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะการช่วยลดปัญหาการใช้ยาและทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น การศึกษาของ Manadee และคณะ^[10] ได้ศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังด้านการใช้ยาที่บ้านในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพบว่าระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิตตัวของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความร่วมมือในการใช้ยาและคุณภาพชีวิตหลังได้รับการเยี่ยมบ้านของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จังหวัดสระบุรีจากข้อมูลการเข้าถึงบริการและการคัดกรองโรคเบาหวาน ปี 2563 พบว่ามีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในเขตรับผิดชอบของรพสต. สวนมะเดื่อจำนวน 149 คน และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในเขตรับผิดชอบของรพสต. สวนมะเดื่อจำนวน 64 คน และจากข้อมูลการเข้าถึงบริการและการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และจากรายละเอียดตัวชี้วัดโรคไม่ติดต่อ (non-communicable diseases, NCDs) ระดับประเทศของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ปีงบประมาณ 2560, 2561 และ 2562 ของรพสต. สวนมะเดื่อคิดเป็นร้อยละ 17.86, 17.86 และ 20.69 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัดซึ่งกำหนดไว้ที่ร้อยละ 40 เป็นต้นไป และพบว่า รพ.สต. สวนมะเดื่อมีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดีในปีงบประมาณ 2560, 2561 และ 2562 คิดเป็นร้อยละ 49.15, 50.85 และ 52.63 ตามลำดับ ซึ่งในปี 2561 และ 2562 มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดีสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัดซึ่งกำหนดไว้ที่ร้อยละ 50 ขึ้นไป โดยการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นในแต่ละปี

จากสถิติดังกล่าวทำให้เห็นว่าแม้การควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยจะมีแนวโน้มดีขึ้นแต่ก็ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กำหนดเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ในขณะที่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานยังไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กำหนด และจากการทบทวนวรรณกรรมที่แสดงให้เห็นว่าปัญหาการไร้ยาที่พบมากที่สุดคือความไม่ร่วมมือในการไร้ยาของผู้ป่วย ซึ่งรวมถึง

การลืมรับประทานยาและตั้งใจไม่รับประทานยาด้วย ดังนั้นจึงควรมีการติดตามและค้นหาปัญหาการใช้ยาโดยการดำเนินการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบของรพสต. สวนมะเดื่อ ได้แก่ บ้านสวนมะเดื่อ บ้านหนองไทร บ้านซำกระทิง บ้านคลองมะเกลือ และบ้านซำแห้ง ตำบลวังม่วง อำเภอวังม่วง จังหวัดสระบุรีเพื่อวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นและสาเหตุของปัญหาภายในพื้นที่ดังกล่าว

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินปัญหาการใช้ยาและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการเยี่ยมบ้านแบบ INHOMESSS ในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอวังม่วง จังหวัดสระบุรี

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหาศึกษาการเยี่ยมบ้านแบบ INHOMESSS

ขอบเขตด้านระยะเวลา พฤศจิกายน - ธันวาคม 2563

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ในพื้นที่อำเภอวังม่วง จังหวัดสระบุรี

วิธีการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในงานวิจัยนี้คือผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ในพื้นที่อำเภอวังม่วง จังหวัดสระบุรี การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดำเนินการโดยการสุ่มเลือกรพสต. จำนวน 1 แห่ง จากทั้งหมด 5 แห่งใน

พื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลวังม่วงสวรรค์
ได้แก่ รพสต. สวนมะเดื่อ ประกอบด้วย 5 หมู่ ได้แก่
หมู่ 3,7,11,13 และ 17 จากนั้นดำเนินการเยี่ยมบ้าน
ผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง
ทั้งหมดที่รับบริการจาก รพสต. ดังกล่าว
จำนวน 87 คน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมงานวิจัย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า
เป็นโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน
2. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ
3. กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้
จะต้องมีญาติผู้ดูแลการใช้จ่ายของผู้ป่วยยินยอมให้
สัมภาษณ์

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยหรือญาติขอยุติการให้ข้อมูล
การสร้างและพัฒนาคุณภาพเครื่องมือ
การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบ
ตัดขวาง (cross-sectional descriptive study)
ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการเยี่ยมบ้านซึ่งเป็นผู้
ป่วยที่มารับบริการที่รพสต. สวนมะเดื่อ
อำเภอวังม่วง จังหวัดสระบุรี โดยประเมินผลด้วย
เครื่องมือที่ในการเก็บข้อมูลคือแบบสอบถามที่
จัดทำขึ้นตามแนวทางการประเมิน INHOMESSS
และทำการเพิ่มหัวข้อในการสอบถามเพื่อให้ตรง
ตามวัตถุประสงค์ ซึ่งแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บ
ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมงาน
วิจัย ผู้วิจัยทำการสอบถามข้อมูลจากผู้เข้าร่วม
งานวิจัยหรือผู้ดูแลการใช้จ่ายของผู้ป่วยและทำ
เครื่องหมายหน้าชื่อลักษณะของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส
อาชีพ โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่ม

ดื่มแอลกอฮอล์ และการออกกำลังกาย

ส่วนที่ 2 การประเมินตามแนวทาง
INHOMESSS ประกอบด้วย 9 ด้าน ได้แก่ ความ
สามารถในการช่วยเหลือตัวเอง (immobility)
ภาวะโภชนาการ (nutrition) สภาพสิ่งแวดล้อมใน
บ้านและรอบ ๆ บ้าน (home environment & safety)
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในบ้านและเพื่อนบ้าน
(other people) การใช้จ่ายและวิธีการเข้าถึงบริการ
ทางสุขภาพ (medication) การตรวจร่างกาย
(examination) ความเชื่อและทัศนคติต่อสุขภาพ
ของผู้ป่วยและครอบครัว (spiritual health)
สถานที่ที่รับบริการเมื่อเจ็บป่วย (service)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรง
คุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความ
เที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) ผลการ
วิเคราะห์หาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ปรากฏว่า
คำถามข้อที่ผ่านเกณฑ์ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง
(index of Item-Objective Congruence: IOC)
เท่ากับ 0.95 จากนั้น การวัดความเชื่อมั่นหรือความ
สอดคล้องภายในด้วยค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของ
ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefcient) ได้ค่า
ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.89

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ส่งพิจารณาจริยธรรม
โรงพยาบาลสระบุรี ได้รับอนุมัติ เมื่อวันที่
20 ตุลาคม 2563 หนังสือรับรองจริยธรรมเลขที่
EC048/2563 และได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลวัง
ม่วงสวรรค์ และความเห็นชอบจากผู้อำนวยการ
รพสต. สวนมะเดื่อ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัครผู้รับ
การวิจัย โดยมีการเคารพศักดิ์ศรีและสิทธิของ

มนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างในการวิจัย โดยการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของอาสาสมัครผู้รับการวิจัยว่าจะยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยหรือไม่ สามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาและจะไม่มีผลใด ๆ ข้อมูลที่ได้จะถูกปิดเป็นความลับ หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. นำข้อมูลที่ได้หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จแล้ว มาตรวจสอบความสมบูรณ์ จากนั้น นำข้อมูลมาจัดเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยโปรแกรม Microsoft excel และนำมาประมวลผลโดยใช้โปรแกรม SPSS statistics version 26
2. นำเสนอข้อมูลในรูปความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยนำเสนอประเภทของปัญหาการใช้ยาและพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ความถี่ที่เกิดปัญหาการใช้ยาและพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสมแต่ละประเภท โดยคิดเป็นร้อยละของผู้เข้าร่วมงานวิจัยที่เกิดปัญหาต่าง ๆ และร้อยละของผู้เข้าร่วมงานวิจัยที่บอกสาเหตุแต่ละสาเหตุของการเกิดปัญหาการใช้ยา

ผลการวิจัย

ผลจากการสำรวจปัญหาการใช้ยาและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยการเยี่ยมบ้าน อำเภอวังม่วง จังหวัดสระบุรี ได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพสต. สวนมะเดื่อ และรับยาโรคเรื้อรังต่อเนื่องที่ รพสต.สวนมะเดื่อจำนวน 87 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 67.8) มีอายุเฉลี่ย 63.6 ปี มีกิจกรรมส่วนตัว (ร้อยละ 44.8) จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือน้อยกว่า (ร้อยละ 92.0) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 65.5) ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 86.2) ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 82.8) และไม่ได้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (ร้อยละ 49.4) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (N = 87)

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
หญิง	59 (67.8)
ชาย	28 (32.2)
อายุ	
30 – 59 ปี	31 (35.6)
60 – 79 ปี	46 (52.9)
มากกว่า 80 ปี	10 (11.5)
อาชีพ	
ไม่ทำอาชีพ	30 (34.5)
กิจการส่วนตัว	39 (44.8)
รับจ้าง	18 (20.7)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษาหรือน้อยกว่า	80 (92.0)
มัธยมศึกษา	7 (8.0)
สถานภาพสมรส	
โสด	4 (4.6)
สมรส	57 (65.5)
หย่าร้าง/แยกกันอยู่/หม้าย	26 (29.9)
การสูบบุหรี่	
สูบ	12 (13.8)
ไม่สูบ	75 (86.2)
การดื่มแอลกอฮอล์	
ดื่ม	15 (17.2)
ไม่ดื่ม	72 (82.8)
การออกกำลังกาย	
ไม่ออกกำลังกาย	43 (49.4)
ออกกำลังกาย 1-3 วัน/สัปดาห์	18 (20.7)
ออกกำลังกาย 4-7 วัน/สัปดาห์	26 (29.9)

ข้อมูลการประเมินตามแนวทาง INHOMESSS เมื่อประเมินระหว่างการเยี่ยมบ้าน เพื่อสำรวจปัญหาการใช้ยาจากกลุ่มตัวอย่าง ในด้านความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (immobility) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีและเคลื่อนไหวได้อิสระ (ร้อยละ 80.5) แต่มีผู้ป่วยบางส่วนที่เป็นผู้ป่วยติดเตียงและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (ร้อยละ 6.8) จะมีผู้ดูแลเป็นบุคคลในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน (ตาราง 2)

ด้านภาวะโภชนาการ (nutrition) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกาย (body mass index; BMI) อยู่ในช่วงที่เหมาะสม (ร้อยละ 55.2) คือช่วงระหว่าง 18.6-24 กิโลกรัม/ตารางเมตร แต่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม (ร้อยละ 71.3) โดยผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจะชอบรับประทานอาหารที่มีรสชาติเค็มและผู้ป่วยโรคเบาหวานจะชอบรับประทานอาหารที่มีรสชาติดหวาน รวมถึงขนมหวานชนิดต่าง ๆ จากการสอบถามพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะทำอาหารรับประทานเองร่วมกับคนในครอบครัวทำให้ต้องปรุงอาหารให้มีรสชาติที่ทุกคนในครอบครัวสามารถรับประทานได้จึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการรับประทานอาหารได้ตามต้องการ (ตาราง 2)

ด้านสภาพแวดล้อมในบ้านและรอบบ้าน (home environment & safety) ประเมินจากลักษณะในบ้าน ได้แก่ ความสะอาดในบ้าน แสงสว่างในบ้านการถ่ายเทอากาศในบ้าน รวมถึงความปลอดภัยในบ้าน ได้แก่ ลักษณะบันได ลักษณะสุขภัณฑ์ และลักษณะและความคงทนของพื้นบ้าน และประเมินสภาพแวดล้อมภายนอก ได้แก่ ความชื้นและ การมีหญ้าหรือต้นไม้ขึ้นรกสูง การมีรั้วบ้านล้อมรอบ และการมีสัตว์ในบริเวณรอบ ๆ บ้าน โดยจากการสำรวจพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 90.8 มีสภาพแวดล้อมในบ้านและนอกบ้านเหมาะสม และมีเพียงร้อยละ 9.2 ที่มีสภาพแวดล้อมในบ้านและรอบบ้านไม่เหมาะสม เช่น บ้านไม่สะอาด มีบันไดสูงชันซึ่งอาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุได้ มีหญ้าขึ้นรกสูง เป็นต้น (ตาราง 2)

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในบ้านและเพื่อนบ้าน (other people) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ระหว่างคนในบ้านและนอกบ้านดี (ร้อยละ 87.4) มีความรักใคร่และสามารถช่วยเหลือกันได้ จากการสอบถามพบว่ามีกรณีการนัดพบกันระหว่างเพื่อนบ้านอยู่เสมอรวมทั้งเมื่อมีอาการเจ็บป่วยสามารถขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านได้ (ตาราง 2)

ตาราง 2 การประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ภาวะโภชนาการของผู้ป่วย สภาพแวดล้อมในบ้าน และรอบบ้าน และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในบ้านและเพื่อนบ้านของผู้ป่วย (N=87)

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)
ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (IMMOBILITY)	
ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และเป็นผู้ป่วยติดเตียง	6 (6.8)
ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน/ใช้เครื่องพยุงหรือไม้เท้า	5 (5.7)
ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนและเคลื่อนไหวได้ช้า	6 (6.9)
ช่วยเหลือตนเองได้ดีและเคลื่อนไหวได้อิสระ	70 (80.5)
ภาวะโภชนาการ (NUTRITION)	
1. BMI	
น้อยกว่า 18.5	4 (4.6)
18.6 – 24	48 (55.2)
25.0 – 29.9	24 (27.6)
มากกว่า 30	11 (12.6)
2. ลักษณะอาหารที่รับประทาน	
เหมาะสม	25 (28.7)
ไม่เหมาะสม	62 (71.3)
สภาพแวดล้อมในบ้านและรอบบ้าน (HOME ENVIRONMENT & SAFETY)	
ไม่เหมาะสม	8 (9.2)
เหมาะสม	79 (90.8)
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในบ้านและเพื่อนบ้าน (OTHER PEOPLE)	
ความสัมพันธ์ของคนในบ้านและนอกบ้านไม่ค่อยดี	5 (5.7)
ความสัมพันธ์ของคนในบ้านหรือนอกบ้านไม่ค่อยดี	6 (6.9)
ความสัมพันธ์ของคนในบ้านและนอกบ้านดี	76 (87.4)

ด้านการใช้จ่ายและวิธีการเข้าถึงบริการสุขภาพ (medication) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมมารับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (ร้อยละ 54.02) ในขณะที่ผู้ป่วยอีกส่วนหนึ่งยังคงมีพฤติกรรมมารับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (ร้อยละ 45.98) โดยสาเหตุส่วนใหญ่ ได้แก่ ผู้ป่วยลืม

รับประทานยาและไม่รับประทานในทันทีที่นึกได้ (ร้อยละ 20.7) ผู้ป่วยมีความเร่งรีบที่ต้องออกไปทำงานในช่วงเช้าทำให้ลืมรับประทานยาในมือดังกล่าว (ร้อยละ 12.6) และผู้ป่วยมีความเชื่อที่ผิด (ร้อยละ 8.0) เช่น มีความกังวลว่ายาจะให้ไตเสื่อมสภาพจึงไม่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามที่

บทความวิจัยต้นฉบับ

แพทย์สั่ง ผู้ป่วยต้องการสังเกตอาการของตนเอง ระหว่างการรับประทานยาและไม่รับประทานยา จึงหยุดรับประทานยาและจะรับประทานต่อเมื่อ รู้สึกว่ามีอาการผิดปกติ สำหรับวิธีการรับประทาน ยาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถรับประทานยา ได้ถูกต้อง (ร้อยละ 97.7) ถูกขนาด (ร้อยละ 95.4) ถูกเวลา (ร้อยละ 90.8) และมีการเก็บยาอย่าง

ถูกต้องเหมาะสม (ร้อยละ 86.2) โดยเก็บในแผง บรรจุยาและซองยาที่ได้รับจากโรงพยาบาล ไม่สัมผัสความร้อนและความชื้น และเก็บในบริเวณที่ เด็กไม่สามารถหยิบได้ พฤติกรรมการใช้สมุนไพร และอาหารเสริมพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีการใช้ สมุนไพร (ร้อยละ 78.2) และไม่มีการใช้ผลิตภัณฑ์ เสริมอาหาร (ร้อยละ 71.3) (ตาราง 3)

ตาราง 3 การประเมินการใช้จ่ายและวิธีการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วย (N=87)

การใช้จ่ายและวิธีการเข้าถึงบริการสุขภาพ (MEDICATION)	
ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)
1. ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา	
รับประทานยาสม่ำเสมอ	47 (54.02)
รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ	40 (45.98)
2. สาเหตุที่รับประทานไม่สม่ำเสมอ/ไม่รับประทาน	
รับประทานยาสม่ำเสมอ	47 (54.0)
รีบไปทำงาน	11 (12.6)
ทดลองหยุด/ปรับยาเอง/ความเชื่อผิดๆ	7 (8.0)
ไม่อยากรับประทานยา	2 (2.3)
ลืม	18 (20.7)
ไม่ได้รับยา/รับยาไม่เพียงพอ	1 (1.1)
เกิดผลข้างเคียง	1 (1.1)
3. วิธีการรับประทานยา	
3.1 ถูกชื่อ	85 (97.7)
ไม่ถูกชื่อ	1 (1.1)
3.2 ถูกขนาด	83 (95.4)
ไม่ถูกขนาด	3 (3.4)
3.3 ถูกเวลา	79 (90.8)
ไม่ถูกเวลา	7 (8.0)
4. การเก็บยา	
เหมาะสม	75 (86.2)
ไม่เหมาะสม	11 (12.6)

ตาราง 3 การประเมินการใช้จ่ายและวิธีการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วย (N=87) (ต่อ)

การใช้จ่ายและวิธีการเข้าถึงบริการสุขภาพ (MEDICATION)	
ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)
5. การใช้สมุนไพร	
ใช้สมุนไพร	19 (21.8)
ไม่ใช้สมุนไพร	68 (78.2)
6. การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	
ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	25 (28.7)
ไม่ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	62 (71.3)

การประเมินผลการตรวจร่างกายของผู้ป่วยได้จากการวัดความดันโลหิตของผู้ป่วยในขณะที่เยี่ยมบ้าน โดยหากผู้ป่วยมีความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure, SBP) มากกว่า 130 มม.ปรอท หรือมีความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure, DBP) มากกว่า 80 มม.ปรอท แสดงว่าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และหากผู้ป่วยมีความดันโลหิต SBP/DBP น้อยกว่าหรือเท่ากับ 130/80 มม.ปรอท แสดงว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ทำการสำรวจในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 82 คน พบว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 25.61 สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ ร้อยละ 74.39 ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่ดี

นอกจากนี้ ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน จะประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยใช้ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (fasting blood sugar, FBS) ในการนัดครั้งล่าสุดของผู้ป่วย เนื่องจากช่วงเวลาที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านมักเป็นช่วงกลางวัน ผู้ป่วยอาจรับประทานอาหารไปแล้วจึงไม่สามารถวัดระดับน้ำตาลในเลือดที่แน่นอนได้ โดยหากผู้ป่วยมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 130 มก.ดล. แสดงว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี แต่หากผู้ป่วยมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 130 มก.ดล. แสดงว่าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยจากการสำรวจพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 27.6 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และมีเพียงร้อยละ 9.2 เท่านั้นที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (ตาราง 4)

ตาราง 4 การประเมินผลการตรวจร่างกายของผู้ป่วย

การตรวจร่างกาย (EXAMINATION)	
ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)
1. ความดันโลหิต *ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (n = 82)	
ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	21 (25.61)
ควบคุมความดันโลหิตได้ไม่ดี	61 (74.39)
2. FBS *ในผู้ป่วยเบาหวาน (n = 32)	
ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	8 (9.2)
ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี	24 (27.6)
3. การควบคุมความดันในผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (n = 39)	
ความดันโลหิตปกติ	
ความดันโลหิตสูงกว่าเป้าหมาย	29 (74.36)
4. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ในผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (n = 16)	
ระดับน้ำตาลในเลือดปกติ	2 (12.5)
ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเป้าหมาย	14 (87.5)

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลได้จำนวน 87 คน โดยการลงเยี่ยมบ้านในชุมชนตำบลวังม่วง บ้านสวนมะเดื่อ ประกอบด้วย 5 หมู่ ได้แก่ หมู่ 3, 7, 11, 13 และ 17 เพื่อสำรวจปัญหาการใช้จ่ายและพฤติกรรมการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงทางผู้จัดทำใช้แบบสอบถาม INHOMESSS ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 63.6 ปี เป็นผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยประกอบกิจการส่วนตัว เช่น เกษตรกรรม ปลูกสัตว์ มากที่สุด รองลงมาคือรับจ้างทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับคลังข้อมูลสุขภาพ HDC^[4] นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือน้อยกว่า สามารถ

อ่านหนังสือออกและเขียนได้ ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรสและอยู่เป็นครอบครัวโดยมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวอาศัยอยู่ร่วมกันไม่ต่ำกว่า 2 คน หลังจากลงสำรวจบริเวณบ้านพบว่าสภาพแวดล้อมภายนอกและภายในบ้านของผู้ป่วยส่วนใหญ่ถูกสุขลักษณะ สะอาด แสงสว่างส่องถึง อากาศถ่ายเทสะดวก เมื่อสอบถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของคนในบ้านและเพื่อนบ้านพบว่าส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับทั้งคนในบ้านและเพื่อนบ้าน

ในการศึกษาค้นครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยในชุมชนส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ สามารถดูแลตนเองได้ จัดและยารับประทานเอง ผู้ป่วยหนึ่งคนได้รับยาเพื่อรักษาโรคเรื้อรังโดยเฉลี่ย 3-4 ชนิด ส่วนใหญ่สามารถรับประทานยาได้โดยไม่เกิด

อาการข้างเคียงที่ผิดปกติหรือรบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน จากการสอบถามวิธีการรับประทานยาแต่ละชนิดพบว่าผู้ป่วยสามารถระบุชนิดยา จำนวนยาที่ต้องรับประทานในแต่ละครั้ง และเวลาในการรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง รวมถึงยาเทคนิคพิเศษ เช่น อินซูลินแบบฉีดทั้งรูปแบบปากกาและเข็มฉีดยา พบว่าผู้ป่วยสามารถอธิบายวิธีการใช้และการเก็บรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม แต่กลับพบปัญหาการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอถึงร้อยละ 45.98 แสดงถึงผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจด้านการรับประทานยาแต่มีพฤติกรรมการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ สอบถามผู้ป่วยเพิ่มเติมพบว่าสาเหตุหลักในการลืมรับประทานยาส่วนใหญ่ คือ ผู้ป่วยลืมรับประทานยาและไม่รับประทานในทันทีที่นึกได้ และผู้ป่วยมีความเร่งรีบที่ต้องออกไปทำงานในช่วงเช้าทำให้ลืมรับประทานยาในมือดังกล่าว มีเพียงส่วนน้อยที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอเนื่องจากเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่รบกวนชีวิตประจำวันของผู้ป่วย โดยสาเหตุที่กล่าวมานั้นพบมากในผู้ป่วยอายุ 30-79 ปีที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมหรือปศุสัตว์และสุขภาพโดยรวมแข็งแรงดี แสดงให้เห็นว่าลักษณะการใช้ชีวิตประจำวันและสภาพทางสังคมของผู้ป่วยมีส่วนสำคัญอย่างมากที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยในทางกลับกันพบว่าผู้ป่วยสูงอายุนั้นจะมีความกังวลต่อการรักษาและการควบคุมโรคมักกว่าทำให้มีพฤติกรรมการรับประทานยาสม่ำเสมอดีกว่า โดยผู้ที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย นอกจากนี้พบผู้ป่วยบางรายใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์

สุขภาพอื่นๆ เพื่อช่วยในการรักษาโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่และโรคไม่เรื้อรัง เช่น สมุนไพรลดระดับน้ำตาลในเลือด หรือใช้เพื่อบำรุงร่างกาย เช่น รับประทานคอลลาเจนเพื่อบำรุงข้อเข่า แสดงให้เห็นถึงความตระหนักถึงการมีสุขภาพที่แข็งแรงและต้องการให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี นอกจากนั้นสอบถามการเก็บยาผู้ป่วยพบว่าส่วนใหญ่สามารถเก็บยาได้ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งใกล้เคียงกับงานวิจัยของ หทัยรัตน์ สุขศรี และคณะ ในปี 2554 ได้ศึกษาปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยในการรักษาตนเองที่บ้านในเขตชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่าปัญหาและสาเหตุที่สำคัญของการใช้ยาของผู้ป่วยที่บ้านคือการลืมรับประทานยาเช่นเดียวกัน ซึ่งสาเหตุของปัญหาเหล่านี้มักเกิดจากภาระงานที่ต้องทำ การงดรับประทานอาหารบางมื้อ การรับประทานยาผิดเวลา ความเครียดกังวลหลงลืมเพราะชรา เก็บยารวมกันไว้กับคู่สมรส และขาดคนคอยเตือน เป็นต้น^[9]

นอกจากสำรวจปัญหาการใช้ยาแล้วได้สอบถามถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเพิ่มเติมในหลายด้าน พฤติกรรมการบริโภคอาหารพบว่าไม่เหมาะสมถึงร้อยละ 71.3 โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ชอบรับประทานอาหารที่ส่งผลเสียกับโรคประจำตัวที่เป็น เช่น ผู้ป่วยเบาหวานชอบรับประทานอาหารหวาน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชอบรับประทานอาหารรสเค็ม เป็นต้น พฤติกรรมทางสังคมส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่ดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ต่อมาพฤติกรรมการออกกำลังกายพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย บางส่วนแจ้งว่าตนเองทำเกษตรกรรม ปศุสัตว์ด้วยตนเองและนับว่าออกกำลังกายแล้วโดยไม่สามารถระบุระดับความเหนื่อยล้าและระยะเวลาการออกกำลังกายที่

แน่นอนได้ จึงต้องมีการให้ความรู้ผู้ป่วยเพิ่มเติม ถึงการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคและระยะเวลาที่เหมาะสมคือ 150 นาที/สัปดาห์ เพื่อให้เกิดผลดีที่สุดต่อผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้มีข้อจำกัดดังนี้ การคำนวณยาเหลือของผู้ป่วยเป็นไปได้ยาก เพราะเนื่องจากผู้ป่วยบางรายรับยาจากหลายพื้นที่บริการ สาธารณสุข รับประทานยาปนกัน รับประทานยาเหลือจากนัดที่แล้ว จึงควรปรับปรุงแบบบันทึกข้อมูลในส่วนของพฤติกรรมการเก็บยาของผู้ป่วย ให้มีตัวเลือกมากขึ้น เพิ่มหัวข้อสาเหตุและวิธีการจัดการยาเหลือของผู้ป่วย ข้อจำกัดต่อมาคือ การลงเยี่ยมบ้านครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลจากมุมมองและเหตุผลของประชาชนฝ่ายเดียว ดังนั้นงานวิจัยครั้งหน้าจึงควรมีการเก็บข้อมูลในส่วนของผู้ป่วยคนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข บุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- [1] World Health Organization: Denition, diagnosis and classication of diabetes mellitus and its complications. Part 1: Diagnosis and Classication of Diabetes Mellitus. Geneva: World Health Organization; 1999.
- [2] Saeedi P, Petersohn I, Salpea P, Malanda B, Karuranga S, Unwin N et al. Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and

2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. Diabetes research clinical practice 2019; 157 : 1 – 10.

- [3] World Health Organization. Hypertension statistics. [Online]. 2019 [cited 2019 September 30]. Available from <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/hypertension>
- [4] คลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข. [ออนไลน์]. (2563). [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- [5] สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข). กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
- [6] โรงพยาบาลเปาโล. โรคแทรกซ้อนที่มากับเบาหวาน [ออนไลน์]. (2560). [เข้าถึงเมื่อ 6 สิงหาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://www.paolohospital.com/th-TH/phahol/Article/Details/บทความ-เบาหวาน-ความดัน/โรคแทรกซ้อนที่มากับเบาหวาน>
- [7] โรงพยาบาลกรุงเทพเชียงใหม่. โรคเบาหวาน... รู้จักเพื่อป้องกัน รู้ทันเพื่อควบคุม. [ออนไลน์]. (2561). [เข้าถึงเมื่อ 6 สิงหาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://www.bangkokhospital-chiangmai.com/สาระสุขภาพและกิจกรรม/โรคเบาหวาน/>

- [8] วสันต์ จันทา. ปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ได้รับยาหลายขนาน โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์. [ออนไลน์]. (2560). [เข้าถึงเมื่อ 6 สิงหาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www2.nmd.go.th/sirikit/srkhosp/www/KmSr3/lib/r2r/R2R-4-วสันต์.pdf>
- [9] หทัยรัตน์ สุขศรี เพ็ญญา ศรีหรั่ง และทิพาพร กาญจนราช. ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยในการรักษาตนเองที่บ้านในเขตชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. การประชุมวิชาการมหาวิทยาลัยขอนแก่น ประจำปี 2554 “การพัฒนาอนาคตชนบทไทย : ฐานรากที่มั่นคงเพื่อการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน”; 27-29 มกราคม 2554; มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น: วิทยาลัยสาธาณสุขสิรินธร 2554; 761 – 4.
- [10] Wiwat Thavornwattanayong. องค์ความรู้ และทักษะเบื้องต้นสำหรับงานเภสัชกรรมครอบครัว. Veridian E-Journal Science and Technology. Silpakom University 2016; 3(2) : 44 – 61 .

ข้อกำหนดจริยธรรมการตีพิมพ์ของวารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

1. หน้าที่และความรับผิดชอบของกองบรรณาธิการ

– ประกาศวิธีปฏิบัติในการจัดเตรียมต้นฉบับและรายละเอียดที่จำเป็นอื่น ๆ ที่ผู้นิพนธ์ต้องปฏิบัติตามให้ผู้สนใจส่งบทความตีพิมพ์และสาธารณสุขชนทั่วไปรับทราบ

– หากมีการเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ ค่าดำเนินการจัดการต้นฉบับ หรือค่าใช้จ่ายอื่นใดจากผู้นิพนธ์ จะต้องมีการประกาศเงื่อนไข หลักเกณฑ์ และอัตราจัดเก็บที่ชัดเจนให้ผู้สนใจส่งบทความตีพิมพ์และสาธารณสุขชนทั่วไปรับทราบ

– มีการตรวจสอบการพิมพ์ซ้ำซ้อน (duplication) และการลอกเลียนผลงานวิชาการ (plagiarism)

– ดำเนินการให้มีกระบวนการประเมินคุณภาพบทความที่ปราศจากอคติ เป็นธรรมและไม่ลำเอียงโดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขานั้น ๆ

– ไม่เปิดเผยข้อมูลผู้นิพนธ์และผู้ประเมินบทความแก่บุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องในระหว่างที่การประเมินบทความยังดำเนินอยู่ และไม่เปิดเผยเนื้อหาหรือข้อมูลในบทความในระหว่างที่บทความนั้นยังไม่ได้รับการตีพิมพ์

– คัดเลือกบทความที่จะตีพิมพ์ตามคุณภาพ ไม่รับตีพิมพ์บทความวิจัยเพียงเพื่อผลประโยชน์ของผู้นิพนธ์หรือวารสาร โดยไม่พิจารณาผลการประเมินคุณภาพของบทความจากผู้ประเมิน

– ไม่ปฏิเสธการตีพิมพ์บทความเพียงเพราะสงสัยว่ามีการกระทำผิดจรรยาบรรณ แต่ต้องตรวจสอบหาหลักฐาน ให้แน่ชัดก่อน และแจ้งให้ผู้นิพนธ์ชี้แจงก่อนปฏิเสธบทความนั้น

– ไม่มีส่วนในการตัดสินใจคัดเลือกบทความที่ตนเป็นผู้นิพนธ์หรือมีผลประโยชน์เกี่ยวข้อง

– ไม่ร้องขอให้มีการอ้างอิงผลงานใดเพื่อเพิ่มจำนวนการอ้างอิง (citation) หรือค่า impact factor ของวารสาร หรือเพื่อเพิ่มจำนวนการอ้างอิงของผลงานของตนหรือพวกพ้อง

– มีระบบร้องเรียนผลการตัดสินของกองบรรณาธิการและร้องเรียนเกี่ยวกับบทความที่ตีพิมพ์ในวารสาร

– มีระบบแก้ไขข้อผิดพลาดร้ายแรงในบทความและถอดบทความที่พบว่าผิดจริยธรรมการวิจัยและไม่ละเลย เพิกเฉยเมื่อพบข้อผิดพลาดและการประพฤติผิดจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบทความที่ตีพิมพ์ในวารสาร

2. หน้าที่และความรับผิดชอบของผู้ประเมิน

– รักษาความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลในบทความในระหว่างที่บทความนั้นยังไม่ได้รับการตีพิมพ์

– ประเมินคุณภาพบทความด้วยความเป็นกลาง ปราศจากอคติ

– ไม่เสนอแนะให้ผู้นิพนธ์อ้างอิงผลงานใดด้วยเจตนาเพิ่มจำนวนการอ้างอิงของผลงานของตนหรือพวกพ้อง

– ส่งผลการประเมินตามกำหนดเวลา

– หากมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้นิพนธ์บทความที่ประเมินต้องแจ้งให้กองบรรณาธิการทราบ

– หากพบว่าผู้นิพนธ์บทความกระทำผิดจรรยาบรรณ เช่น ลอกเลียนผลงานวิชาการ บิดเบือนผลการวิจัย หรือใช้ ผลการวิจัยเท็จ ต้องแจ้งให้กองบรรณาธิการทราบ

3. หน้าที่และความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์

– ผลงานที่ส่งให้พิจารณาตีพิมพ์ในวารสารจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อนและไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาเพื่อ ตีพิมพ์ในวารสารหรือสิ่งพิมพ์ทางวิชาการอื่น

– ผลงานที่ส่งให้พิจารณาตีพิมพ์จะต้องไม่มีส่วนใดที่เป็นการลอกเลียนผลงานวิชาการ (plagiarism) ทั้งของ ตนเองและผู้อื่น และมีการอ้างอิงผลงานอย่างถูกต้องและครบถ้วน

– ไม่สร้างข้อมูลเท็จหรือบิดเบือนข้อมูลในการรายงานผลการวิจัย

– ปฏิบัติตามจริยธรรมในเรื่องเกี่ยวกับความเป็นผู้นิพนธ์ (authorship) อย่างเคร่งครัด กล่าวคือ ชื่อผู้นิพนธ์ทุกชื่อ ที่ปรากฏในบทความจะต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมอย่างสำคัญในการทำวิจัย และไม่ละเลยหรือตัดชื่อบุคคลที่มีส่วนสำคัญในการทำวิจัยคนใดออกจากบทความ

– หากมีผู้นิพนธ์หลายคน ผู้นิพนธ์ทุกคนจะต้องเห็นชอบกับต้นฉบับบทความและเห็นชอบกับการส่งต้นฉบับบทความนั้นให้วารสารพิจารณาตีพิมพ์

บรรณานุกรม

สำนักบริหารวิจัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. จริยธรรมการตีพิมพ์. [ออนไลน์]. (2562). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 มิถุนายน 2553]. เข้าถึงได้จาก <https://www.research.chula.ac.th/wp-content/uploads/2019/08/จริยธรรมการตีพิมพ์-26-ศ.ค.62.pdf>

สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ. จรรยาวิชาชีพวิจัยและแนวทางปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ; 2554.

ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย(TCI). ประกาศศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย(TCI)เรื่องการประเมินด้านจริยธรรม/จรรยาบรรณวารสารวิชาการไทยในฐานข้อมูล TCI. [ออนไลน์]. (2562). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 2 มิถุนายน 2553]. เข้าถึงได้จาก http://www.kmutt.ac.th/jif/public_html/News/2562/Jun24 /News.html.

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

1. หลักเกณฑ์ในการพิมพ์ต้นฉบับ

1.1 ส่วนบทคัดย่อ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษอย่างละ 1 หน้า

1.1.1 พิมพ์บนกระดาษขาวขนาด A4 รูปแบบภาษาไทยใช้ Angsana New ขนาด 16 ระยะห่าง 1 บรรทัด รูปแบบตัวอักษรภาษาอังกฤษใช้ Angsana New ขนาด 16

1.1.2 ระยะห่างของกระดาษขอบบนและขอบล่าง ขนาด 1.14 นิ้ว ซ้ายและขวา ขนาด 0.83 นิ้ว

1.1.3 ชื่อเรื่อง (Title) ชื่อภาษาไทยใช้ Angsana New ขนาด 18 และชื่อภาษาอังกฤษ Angsana New ขนาด 18

1.1.4 ชื่อผู้เขียน (Authors) ทุกคน ภาษาไทยใช้ Angsana New ขนาด 16 ภาษาอังกฤษใช้ Angsana New ขนาด 16

1.1.5 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 300 – 350 คำ

1.1.6 คำสำคัญ (Keywords) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นการกำหนดคำสำคัญที่สามารถนำไปใช้เป็นคำสืบค้นในระบบฐานข้อมูล อยู่ระหว่าง 2 – 5 คำ

1.1.7 ผู้นิพนธ์ประสานงาน (Corresponding Author) ให้ทำเครื่องหมาย* ไว้หลังนามสกุลและระบุหมายเลขโทรศัพท์และไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail)

1.1.8 รูปแบบการจัดวางเนื้อหาให้จัดเป็น 2 คอลัมน์

1.2 ส่วนเนื้อหาประกอบด้วย

1.2.1 บทนำ (Introduction) บอกความสำคัญหรือที่มาของปัญหา

1.2.2 วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

1.2.3 ขอบเขตการวิจัย (Scope of Study)

1.2.4 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)

1.2.5 วิธีการดำเนินการวิจัย (Methodology)

1.2.6 ผลการศึกษา (Results)

1.2.7 อภิปรายผล (Discussion)

1.2.8 ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1.2.9 การปกป้องสิทธิ์กลุ่มเป้าหมาย (การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์)

1.2.10 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements) อาจมีหรือไม่มีก็ได้

1.2.11 เอกสารอ้างอิง (References) ต้องไม่น้อยกว่า 5 เรื่อง เขียนเรียงลำดับตามลำดับการอ้างอิงในเนื้อหา

1.2.12 กราฟหรือตาราง จำนวนภาพและตารางรวมกันแล้วไม่เกิน 3 – 5 ภาพ/ตาราง

1.2.13 ภาพประกอบ ควรเป็นภาพถ่ายขาว – ดำที่ชัดเจน นอกจากจำเป็นต้องใช้สี ถ้าเป็นภาพวาดลายเส้นให้วาดบนกระดาษขาวโดยใช้หมึกดำ ควรวาดให้สะอาดและลายเส้นคมชัด

1.3 ขนาดของเนื้อหา

1.3.1 บทความวิชาการ (Article) ควรอยู่ระหว่าง 10 – 15 หน้า รวมเอกสารอ้างอิง

1.3.2 บทความวิจัยต้นฉบับ (Research) ควรอยู่ระหว่าง 15 – 20 หน้า รวมเอกสารอ้างอิง

2. หลักเกณฑ์การอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ตัวเลข “พิมพ์ตัวยก” เรียงลำดับตามการอ้างอิงในเนื้อหา ไม่เรียงลำดับตามพยัญชนะ โดยเอกสารอ้างอิงเขียนระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver) หากเรื่องที่มีผู้นิพนธ์มากกว่า 3 คนขึ้นไป ให้ใส่เฉพาะ 3 ชื่อแรกและตามด้วย “และคณะ” (et al.) ใช้ชื่อย่อของวารสารตามที่กำหนดใน List of Journals Index Medicus ใส่เลขหน้าแรกถึงหน้าสุดท้ายของเอกสาร โดยไม่ต้องเขียนเลขหน้าที่ซ้ำกัน เช่น 125 – 9, 181 – 95 เป็นต้น

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

วารสาร

ชื่อผู้เขียน (Author).//ชื่อบทความ (Title of article).//ชื่อวารสาร (Title of Journal) ปีที่ (Year);/เล่มที่/ฉบับที่ของวารสาร (Volume/(No):/หน้าเริ่มต้น – หน้าสุดท้าย (Page).
เช่นตัวอย่างด้านล่าง

สุคนธา ปัทมสิงห์. การอักเสบจากการติดเชื้อในลูกตาหลังผ่าตัดต่อกระจกโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2542; 8: 517 – 25.

หนังสือ

ชื่อผู้เขียน (Author).//ชื่อหนังสือ (Title of the book).//ครั้งที่พิมพ์ (ตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป) (Edition).//สถานที่พิมพ์ (Place of Publication) : สำนักพิมพ์ (Publisher) ; ปี (Year).
เช่นตัวอย่างด้านล่าง

ไพศาล เหล่าสุวรรณ. หลักพันธุศาสตร์. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช; 2535.

วิทยานิพนธ์

ชื่อผู้นิพนธ์./ชื่อเรื่อง [ประเภท / ระดับปริญญา].//เมืองที่พิมพ์:มหาวิทยาลัย;ปีที่ได้รับปริญญา
ตัวอย่างด้านล่าง

อังคาร ศรีชัยรัตน์กุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

บทความที่ตีพิมพ์ใน Website

ชื่อผู้เขียน (Author).//ชื่อบทความ (Title of article).//ชื่อวารสาร (Title of Journal).// [ประเภทของสื่อ/วัสดุ].//ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่] ; ฉบับที่ : [หน้า/screen].// เข้าถึงได้จาก/Available from URL://http://.....เช่นตัวอย่างด้านล่าง

จิราภรณ์ จันทร์จร. การเขียนรายงานอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางการแพทย์. [ออนไลน์]. (ม.ป.ป.) [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2551]. เข้าถึงได้จาก <http://161.200.96.214/guide/vancouver.pdf>

3. การส่งต้นฉบับ ผู้เขียนสามารถส่งบทความวิจัยต้นฉบับ/บทความวิชาการผ่านทางเว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/>
4. ผลงานจะได้รับการพิจารณา / ประเมิน จากกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน ก่อนการตีพิมพ์
5. ผลการพิจารณา / ประเมิน ผ่านหรือไม่ผ่านจะแจ้งให้ผู้เขียนทราบผ่านทางเว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/>
6. เมื่อคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาให้ตีพิมพ์แล้ว ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับที่แก้ไขครั้งสุดท้ายพร้อมจดหมายชี้แจงการแก้ไข ผ่านทางเว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/>
7. ผู้มีชื่อในผลงานทุกคนต้องลงนามยินยอมและรับทราบการส่งผลงานเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพในแบบฟอร์มใบนำส่งต้นฉบับ
8. เมื่อผลงานได้รับการตีพิมพ์ ผู้เขียนจะได้รับวารสารฉบับที่ลงพิมพ์ จำนวน 2 เล่ม
9. สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่เว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/>

วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

255 หมู่ 11 ตำบลโคกกรวด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30280

โทรศัพท์ 0-4446-5010-4 ต่อ 310-311 โทรสาร 0-4446-5021 E-mail : Journalkorat@gmail.com

ใบนำส่งบทความวิชาการ / นิพนธ์ต้นฉบับ

ชื่อเรื่อง

(ภาษาไทย).....

(ภาษาอังกฤษ).....

บทคัดย่อ

() ภาษาไทย (ไม่เกิน 300 - 350 คำ) จำนวนคำ.....

() ภาษาอังกฤษ (ไม่เกิน 300 - 350 คำ) จำนวนคำ.....

คำสำคัญ (กรุณาใส่เครื่องหมาย ทั้ง 2 ภาษา) () ภาษาไทย () ภาษาอังกฤษ

ผู้เขียน ชื่อ-นามสกุล..... ตำแหน่ง.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อ/ส่งเอกสารได้สะดวก.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

E-mail:..... มือถือ.....

จำนวนรูปภาพ (ไม่เกิน 5 ภาพ).....

จำนวนตาราง (ไม่เกิน 5 ตาราง).....

บรรณานุกรม (ใช้แบบของ Vancouver).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า () งานวิจัยของนิพนธ์ต้นฉบับนี้ ได้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว
() ขอรับรองว่าต้นฉบับของบทความวิชาการ / นิพนธ์ต้นฉบับนี้ ส่งเพื่อขอรับการตีพิมพ์ในวารสาร
วิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพแห่งเดียวเท่านั้น ไม่เคยตีพิมพ์ในวารสาร / เอกสารการประชุม
วิชาการใดมาก่อน

*หากตรวจพบการเผยแพร่ซ้ำ วารสารฯ มีสิทธิ์ไม่ตีพิมพ์ผลงานของท่านและท่านต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในกระบวนการ
ที่ได้ดำเนินการไปแล้ว

.....
(.....) (.....) (.....)

ผู้เขียนร่วมคนที่ 1

ผู้เขียนร่วมคนที่ 2

ผู้เขียนร่วมคนที่ 3

ข้าพเจ้านำส่งผลงานนี้ในประเภท () บทความวิชาการ () บทความวิจัยต้นฉบับ

วันที่ส่งเอกสารให้ฝ่ายจัดการ วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

เจ้าของบทความ / นิพนธ์ต้นฉบับ

กองบรรณาธิการพิจารณาแล้ว () รับเรื่องส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิได้ () ไม่รับ ส่งคืนผู้เขียน

บรรณาธิการ

วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
255 หมู่ 11 ตำบลโคกกรวด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30280
โทรศัพท์ 0-4446-5010-4 ต่อ 310-311 โทรสาร 0-4446-5021 E-mail : Journalkorat@gmail.com

ใบวารสาร / เอกสาร

วันที่สมัคร..... หมายเลขสมา
ชิก.....

สมัครส่วนตัว (นาย/นาง/น.ส.).....(พิมพ์หรือเขียนด้วยตัวบรรจง)
หรือสมัครในนามหน่วยงานชื่อ.....
ที่อยู่ (สำหรับส่งวารสาร).....
.....
โทรศัพท์..... โทรสาร..... E-mail:.....

มีความประสงค์ () สมัครใหม่ () ต่ออายุสมาชิก
ประเภทสมาชิก () ราย 2 ปี 1,500 บาท
ต้องการรับวารสารฯ ตั้งแต่ปีที่..... ฉบับที่.....

การชำระเงิน

- () เงินสด
- () โอนผ่านชื่อบัญชี วารสารวิจัยฯ จ.นม. บัญชีเลขที่ 374-0-49482-4 ธนาคารกรุงไทย สาขาสามแยกปึกธงชัย
ส่งหลักฐานการโอนเงินมาที่ Journalkorat@gmail.com

ออกใบเสร็จรับเงินในนาม.....

สำนักงานติดต่อ

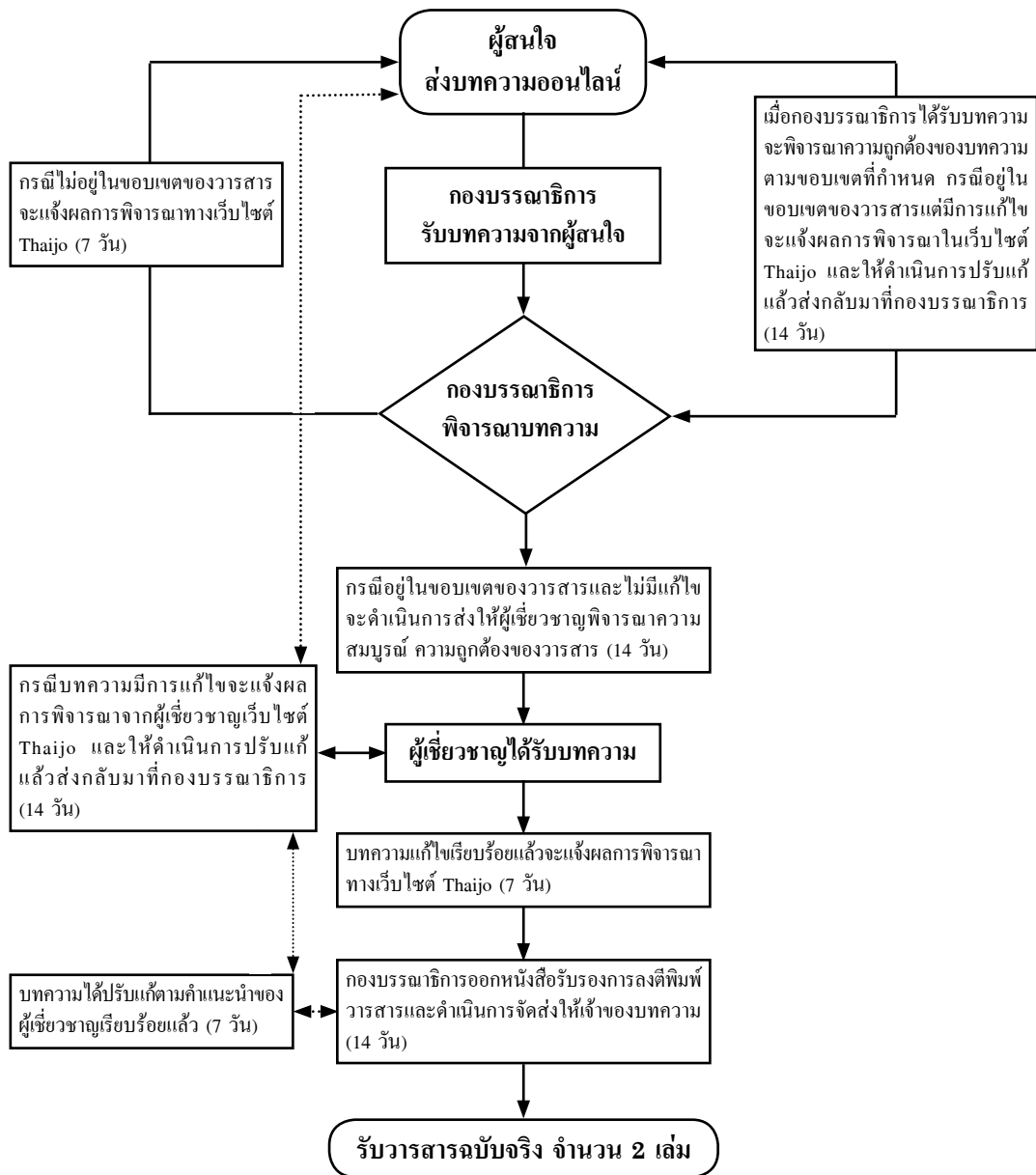
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
255 หมู่ 11 ตำบลโคกกรวด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30280
โทรศัพท์ 0-4446-5010-4 ต่อ 310-311 โทรสาร 0-4446-5021 E-mail : Journalkorat@gmail.com

สำหรับเจ้าหน้าที่

ได้รับเงินแล้วจำนวน..... บาท (.....)
ออกใบเสร็จรับเงินเล่มที่.....เลขที่.....ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับเงิน
(.....)

Flow chart การส่งวารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพฯ



หมายเหตุ

ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มต้นถึงขั้นต้นสุดท้ายใช้ระยะเวลาประมาณ 4 สัปดาห์ กรณีไม่มีแก้ไข และ 9 สัปดาห์ กรณีมีแก้ไข หรือช้ากว่านี้ ขึ้นอยู่กับความร่วมมือของเจ้าของบทความ

ทำเนียบผู้เชี่ยวชาญ

1. Dr. Holly Lakey
University of Oregon, USA
2. อาจารย์ นายแพทย์ ดร.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล
สำนักวิชาแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
3. รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงชวัลัญญา รัตนพิบูลย์
สำนักวิชาแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรพัชร์ รัตนพิบูลย์
สำนักวิชาแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทันตแพทย์ ดร.ไพบูลย์ จิตประเสริฐวงศ์
สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
6. อาจารย์ ทันตแพทย์ฉัฐพล ฉินสถิตย์
สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.หนึ่งหทัย ขอผลกลาง
สำนักวิชาเทคโนโลยีสังคม
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
8. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
9. อาจารย์ ดร.ณัฐจิตา เพชรประไพ
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
10. อาจารย์ ดร. นริศลักษณ์ สุวรรณโนบล
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
11. อาจารย์ ดร.สมชาย ชัยจันทร์
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
12. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิศมัย หอมจำปา
คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
13. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อำภา คนชื้อ
คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
14. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เมธีรัตน์ มั่นวงศ์
วิทยาลัยแพทยศาสตร์
และการสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
15. รองศาสตราจารย์ ดร.เกศักรพุดผิงค์ สัตยวงศ์ทิพย์
คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

- | | |
|--|--|
| 16. รองศาสตราจารย์ ดร.ชนิดา ผาติเสนะ | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา |
| 17. ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัชชัย เอกสันติ | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา |
| 18. อาจารย์ ดร.ฐิติมา โพธิ์ชัย | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา |
| 19. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มะลิ โพธิ์พิมพ์ | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล |
| 20. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วลัญช์ชยา เขตบำรุง | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล |
| 21. อาจารย์ ดร.วรารัตน์ สังวะลี | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล |
| 22. อาจารย์ ดร.จุน หน่อแก้ว | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล |
| 23. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉนกร ปัญญาไสโสภณ | คณะสาธารณสุขศาสตร์
วิทยาลัยนครราชสีมา |
| 24. อาจารย์ ดร.ไตรมาส พูลผล | มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์
ในพระบรมราชูปถัมภ์ |
| 25. อาจารย์ ดร.แจ่มจันทร์ เทศสิงห์ | วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม |
| 26. อาจารย์ ดร.วิภารัตน์ สุวรรณไวกัฒนะ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา |
| 27. อาจารย์ ดร.วิไลพร รังควัต | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา |
| 28. แพทย์หญิง ดร. สาวิตรี วิษณุโยธิน | โรงพยาบาลทหารบกนครราชสีมา |
| 29. ดร.มิ่งขวัญ ภูหงส์ทอง | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น |
| 30. ดร.คมกริช ฤทธิ์บุรี | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิมาย |
| 31. ดร.วีระพล วงษ์ประพันธ์ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา |
| 32. ดร.ก้อง เค็มกระโทก | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา |
| 33. ดร.ภูวคล พลศรีประดิษฐ์ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา |