

วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ผลการวิจัยทางด้านการพัฒนาสุขภาพ อันเป็นกลไกให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เป็นแหล่งให้บุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ ในระดับประเทศและระดับนานาชาติ รวมถึงประชาชนทั่วไป

วารสารฯ ฉบับนี้เปิดรับบทความวิจัยต้นฉบับ และบทความวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์สาขาเวชกรรมป้องกัน การสาธารณสุข การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยบทความทุกเรื่องผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง (double blinded) อย่างน้อย จำนวน 3 ท่าน

คณะที่ปรึกษา

1. นพ.สุพล ตติยนันทพร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
2. นพ.วิญญู จันทน์เนตร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
3. พญ.อารีย์ เชื้อเดช	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
4. นพ.สมบัติ วัฒนะ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
5. รศ.นพ.สุธรรม ปิ่นเจริญ	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
6. ศ.ทพ.ดร.พสุธา ชาญญะกิจไพศาล	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
7. ผศ.ดร.วันทนา ถิ่นกาญจน์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
8. รศ.ดร.ธนิศา ผาติเสนะ	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
9. อ.ดร.วิทย์ เพชรเสียบ	มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
10. อ.ดร.นิสากร วัฒนชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
11. ผศ.ดร.ทนพ.สราวุธ สายจันทมา	วิทยาลัยนครราชสีมา

ประธานกองบรรณาธิการ

นพ.วิชาญ คิดเห็น

บรรณาธิการด้านการแพทย์

ผศ.พญ.ปัทมา ทองดี

บรรณาธิการด้านทันตสาธารณสุข

ผศ.ทพ.ดร.ไพบูลย์ จิตประเสริฐวงศ์

บรรณาธิการด้านเภสัชสาธารณสุข การแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

รศ.ภก.ดร.พุดิพงษ์ สัตยวงศ์ทิพย์

บรรณาธิการด้านการพยาบาล

อ.ดร.สมชาย ชัยจันทร์

บรรณาธิการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และสาธารณสุขทั่วไป

ดร.กษัยกิจจุฑ์ พลศรีประดิษฐ์

เลขานุการกองบรรณาธิการ

นายกัณฑ์กมล แก้วสง่า

กองบรรณาธิการ

- | | |
|---------------------------------|------------------------------------|
| 1. นพ.วิชาญ กิดเห็น | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา |
| 2. รศ.ดร.ธนิดา ผาติเสนาะ | มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา |
| 3. ผศ.ดร.วลัญช์ชยา เขตบำรุง | มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล |
| 4. ผศ.ดร. มะลิ โพธิพิมพ์ | มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล |
| 5. อ.ดร.สมชาย ชัยจันทร์ | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 6. ผศ.ดร.ธนกกร ปัญญาโตโสภณ | วิทยาลัยนครราชสีมา |
| 7. ดร.วีระพล วงษ์ประพันธ์ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา |
| 8. ดร.กษัยกิจจุฑ์ พลศรีประดิษฐ์ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา |

สำนักงาน

กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 255 หมู่ 11

ตำบลโคกกรวด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30280

โทรศัพท์ 0-4446-5010-4 ต่อ 310-311

โทรสาร 0-4446-5250

E-mail : journalkorat@gmail.com

สถานที่พิมพ์

ห้างหุ้นส่วนจำกัด เลิศศิลป์ สาส์ณ โฮลดิ้ง

336 ถนนสุรนารี ตำบลในเมือง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา 30000

เบอร์โทรศัพท์ 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

บทความวิชาการ

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงสำหรับนักศึกษาพยาบาล :	5
การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดยนงลักษณ์ คำสวัสดิ์ และวิไลลักษณ์ เพ็ญพันธ์	
พฤติกรรมการทำงานในร่างกายที่ไม่สมบูรณ์ โดยนนทนันท์ อัครพรพรหม และศทาวุธ คีปรีชา	18

บทความวิจัยต้นฉบับ

การประเมินผลลัพธ์โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยใช้แนวคิดการวิจัยประเมินผลเชิงปฏิบัติการ โดยนพพงษ์ พงศ์เลิศโกศล	28
การศึกษาระดับความเครียดและแนวทางจัดการกับความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติก ที่เข้ารับการรักษาแผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์ โดยแสงนภา บารมี และทยาวิทย์ จันทรวินวัฒน์	44
อุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด ลักษณะทางคลินิก และการรักษาในทารกแรกเกิดที่คลอด ในโรงพยาบาลปัทมรังษี โดยวิลาวัลย์ วงศ์วัฒนอนันต์	62
ผลการตรวจหาการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมต ในผักผลไม้ เขตจังหวัดนครราชสีมา โดยจิราภรณ์ ประธรรมโย วลัยรัชชา เขตบำรุง ธมณ วัชรเมธาทพงษ์ และชมพูนุท หวังแลกกลาง	78
ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยศิริลักษณ์ แสงส่อง และกุสุมา พลเยี่ยม	91

ประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ ชุมชนผู้สูงอายุ จังหวัดระยอง โดยวิลาวัลย์ เอี่ยมสะอาด และกรรณิการ์ พินิจ	103
ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลธงชัยเหนือ อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา โดยชลลดา งามสำโรง และณัฐวุฒิ กกกกระโทก	115
การพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน โดยสิวพร พานเมือง อักษรานัฐ สุทธิประภา และวิไลลักษณ์ เพ็ชรพันธ์	130
ผลกระทบของการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมาตรการของจังหวัดนครราชสีมา ต่อการเข้ารับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยอริคม สวงนตระกูล	145
ประสิทธิผลของการนำกลไก “พชอ.” มาขับเคลื่อนงานด้านการควบคุม และป้องกันโรคไข้เลือดออก อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา โดยคมกริช ฤทธิ์บุรี	160

บทความวิชาการ :
การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงสำหรับนักศึกษาพยาบาล:
การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ
Teaching and Learning Using Simulation based Learning for Nursing Students:
Systematic Review

นงลักษณ์ คำสาสดี* และวิไลลักษณ์ เพ็ญพันธ์**
Nonglak Khamsawarde* and Wilailak Phuakphan**
คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม***
Faculty of Nursing, Srimahasarakham Nursing College***
เบอร์โทรศัพท์: 08-1974-0862; E-mail: nonglakk@smnc.ac.th*
วันที่รับ 14 ก.พ. 2566; วันที่แก้ไข 27 มี.ค.2566; วันที่ตอบรับ 19 เม.ย.2566

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบมีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงสำหรับนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนกระบวนการ (the process) และผลผลิต (product) ขั้นตอนกระบวนการ (the process) ใช้ฐานข้อมูล Google และ Google Scholar เมื่อวันที่ 18 กันยายน 2565 และวันที่ 14 มกราคม 2566 คำสำคัญ (key word) คือ การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง นักศึกษาพยาบาล และ SBL ผลผลิต (product) พบเอกสารเกี่ยวข้อง 22 เรื่อง ตีพิมพ์ระหว่าง พ.ศ. 2559 – 2564 เป็นบทความวิชาการ 9 เรื่อง และงานวิจัย 13 เรื่อง เป็นภาษาไทย 11 เรื่อง และภาษาอังกฤษ 2 เรื่อง ใช้เกณฑ์ Joanna Briggs Institute (JBI) แบ่งระดับพบว่าจำนวนวรรณกรรมที่นำมาทบทวนนั้นบทความวิชาการ จำนวน 9 เรื่อง มีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับ 4 ส่วนงานวิจัยจำนวน 13 เรื่อง มีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับ 2

บทความนี้นำเสนอเกี่ยวกับความหมาย ขั้นตอนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นต่อนักศึกษาพยาบาล เช่น ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ความมั่นใจในตนเอง และความรู้การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับอาจารย์พยาบาลที่ต้องพัฒนาวิธีการสอน เพื่อให้มีความทันสมัยต่อสถานการณ์ปัจจุบัน จากการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาผลของการจัดการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงต่อนักศึกษาพยาบาลพบเป็นส่วนน้อยในเรื่องการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงให้เป็นรูปแบบของสถานศึกษาแต่ละแห่ง ซึ่งประเด็นนี้เป็นจุดที่ทำนายสำหรับการวิจัยในอนาคตต่อไป

คำสำคัญ : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ; การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง; นักศึกษาพยาบาล

Abstract

This article presents a systematic review of teaching and learning using simulation-based learning for nursing students. The review process consists of two steps; the process step and the product step. The process step used Google and Google Scholar as a database. Entries were retrieved on September 18, 2022 and January 14, 2023. The keywords used were “teaching and learning using simulation-based learning,” “nursing students” and “SBL.” The product step, consisting of search retrievals, yielded 22 titles published between 2016 - 2022. Nine were academic articles, 13 were research work, 11 in Thai and 2 in English. The Joanna Briggs Institute (JBI) levels of evidence were used to determine appropriateness for inclusion. It was found that the 9 articles were in level 4 while the 13 studies were in level 2.

This article also presents the meaning, the process of teaching and learning using simulation-based learning, and outcomes for nursing students such as nursing practice skill, self-confidence, and knowledge. The teaching and learning using simulation-based learning is crucial for nursing teachers to develop teaching methods to keep up with the current situation. This review found that most of the studies looked into the effects of teaching and learning using simulation-based learning on nursing students and not many were found to deal with development of a model of teaching and learning using simulation-based learning for each particular educational institution. This issue is a challenge for future research.

Keyword : Systematic Review; Teaching and Learning Using Simulation-based Learning; Nursing Students

บทนำ

การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง (simulation based learning) เป็นวิธีการจัดการเรียนการสอนรูปแบบหนึ่งที่ผู้สอนได้มีการสร้างสถานการณ์ให้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงให้มากที่สุดร่วมกับการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ร่วมกันในสถานการณ์ที่สร้างขึ้นเพื่อให้ผู้เรียนได้ฝึกปฏิบัติก่อนการไปพบกับสถานการณ์จริงที่จะเกิดขึ้น มีนักวิชาการหลายท่านได้กล่าวถึงผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ในบทความวิชาการนี้ได้รวบรวมและสรุปความรู้ในประเด็นเกี่ยวกับความหมาย ขั้นตอนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง และผลการทบทวนวรรณกรรม โดยมีการละเอียดดังต่อไปนี้

ความหมาย

ความหมายของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง หรือ การเรียนรู้จากสถานการณ์จำลอง มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายไว้รายละเอียดดังนี้

การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง “เป็นการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์ที่ใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด โดยกำหนดรูปแบบสถานการณ์ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่กำหนด ทั้งนี้ผู้เรียนสามารถฝึกทักษะปฏิบัติทาง การพยาบาลในสถานการณ์ที่เหมือนจริงซ้ำได้จนเกิดความมั่นใจ ก่อนให้การพยาบาลผู้ป่วยในสถานการณ์จริง”^[1]

การสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง หมายถึง “กระบวนการที่ผู้สอนใช้ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด โดยผู้สอนจัดสถานการณ์ขึ้นเลียนแบบของจริง โดยกระตุ้นให้ผู้เรียนได้เรียนรู้โดยการแก้ปัญหา ได้ใช้ทักษะกระบวนการคิดและการตัดสินใจจากสถานการณ์นั้น ๆ โดยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในบทบาทหรือในสถานการณ์นั้น ๆ ให้มากที่สุด”^[2]

การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง “เป็นกลยุทธ์การสอนที่จะทำให้ผู้เรียนฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ เพิ่มความปลอดภัยและลดความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย โดยให้ผู้เรียนเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้และปฏิบัติการพยาบาลด้วยตนเอง สามารถบทบาทและฝึกปฏิบัติซ้ำได้หลายครั้งโดยไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยโดยตรง”^[3]

การจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลอง “เป็นกระบวนการที่ผู้สอนใช้ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด โดยให้ผู้เรียนเล่นในสถานการณ์ที่มีบทบาท ข้อมูลและกติกา การเล่นที่สะท้อนความเป็นจริง และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งต่างๆ ที่อยู่ในสถานการณ์อย่างมีวิจารณญาณ มีความมั่นใจและความสามารถนั้น โดยใช้ข้อมูลที่มีสภาพคล้ายกับของจริง”^[4]

การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (simulation-based learning: SBL) “เป็นกระบวนการการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ช่วยเชื่อมโยงระหว่างทฤษฎีสู่การปฏิบัติ ที่ช่วยให้ผู้เรียนได้ฝึกปฏิบัติดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่เสมือนจริง ฝึกทักษะปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งมียอดประกอบของสถานการณ์จำลอง หุ่นจำลองเสมือนจริง อุปกรณ์เครื่องมือที่เกี่ยวข้องและสิ่งแวดล้อมที่สร้างขึ้นให้มีความเสมือนจริง”^[5]

ขั้นตอนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง

การจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง มี 3 ขั้นตอน^[1] ดังนี้

1. ขั้นการนำ (pre – brief) เป็นขั้นตอนที่ผู้สอนเตรียมความพร้อมผู้เรียน โดยการแจ้งวัตถุประสงค์ของการเรียน อธิบายบทบาทผู้เรียน แนะนำอุปกรณ์เครื่องใช้ในสถานการณ์ในสถานที่ โดยผู้เรียนต้องเรียนรู้บทบาทเนื้อหาที่จะเรียนมาก่อน

2. ขั้นการปฏิบัติ (scenario)

3. ขั้นสรุปผลการเรียนรู้ (debriefing)

นอกจากนั้นพบว่าในแต่ละขั้นตอนการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน^[6] มีรายละเอียดเพิ่มเติมดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นนำปฐมนิเทศ ซึ่งแจ้งรายละเอียดใช้เวลา 20 นาทีโดยผู้สอนปฐมนิเทศ และให้คำแนะนำแก่ผู้เรียนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในห้องเสมือนจริง แนะนำอุปกรณ์ต่างๆ และเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้คุ้นเคยกับหุ่น

ขั้นที่ 2 ปฏิบัติการณ์ในสถานการณ์ ใช้เวลา 15-20 นาที โดยผู้สอนและผู้เรียนมีบทบาทในสถานการณ์ ดังนี้

1. บทบาทผู้สอน ควรมีผู้สอนอย่างน้อย 2 คน โดยผู้สอนคนที่ 1 เป็นผู้ควบคุมสถานการณ์ โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ซึ่งจะเปลี่ยนสถานการณ์ตามที่กำหนดไว้รวมทั้งเป็นผู้สังเกตพฤติกรรมและบันทึกพฤติกรรมในโปรแกรม ผู้สอนคนที่ 2 แสดงบทบาทเป็นแพทย์และเข้าช่วยเหลือเมื่อผู้เรียนมีปัญหารวมทั้งประเมินการเรียนรู้ในช่วงอภิปรายและสรุปผล การเรียนรู้

2. บทบาทผู้เรียน ผู้เรียนแต่ละคนแสดงบทบาทที่ได้รับมอบหมาย ได้แก่ การประเมินสภาพผู้ป่วย คิดวิเคราะห์ รายงานอาการผู้ป่วย

ที่รวบรวมได้ ตามหลัก “SBAR” ซึ่งประกอบด้วย สถานการณ์ที่ต้องรายงาน ภูมิหลังเกี่ยวกับสถานการณ์ การประเมินสถานการณ์และการให้ข้อเสนอแนะ นำข้อมูลมาระบุปัญหาและตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาตามลำดับขั้นที่ 3 สรุปผลการเรียนรู้ (debriefing) ใช้เวลา 20-30 นาที เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดของการเรียนรู้ เพราะจะช่วยให้ผู้เรียนทำความเข้าใจกับประสบการณ์ โดยวิเคราะห์ความคิดความรู้สึกและกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติในสถานการณ์

วัตถุประสงค์

บทความวิชาการนี้เพื่อสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอน โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงสำหรับนักศึกษาพยาบาล

วิธีดำเนินการ

วิธีดำเนินการครั้งนี้เป็นการรวบรวมและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ (documentary systematic review) ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนกระบวนการ (the process) และขั้นผลผลิต (product)

ขั้นตอนกระบวนการ (the process) โดยการเข้าใช้ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ Google และ Google Scholar เมื่อวันที่ 18 กันยายน 2565 และวันที่ 14 มกราคม 2566 ด้วยการใช้คำสำคัญ (key word) คือ คำสำคัญ (key word) คือ “การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง” “นักศึกษาพยาบาล” และ “SBL” ขั้นผลผลิต (product) พบเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2559–2564 รวมทั้งหมด 22 เรื่อง เป็นภาษาไทย 14 เรื่อง และภาษาอังกฤษ 2 เรื่อง ดังรายละเอียดในผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

เมื่อใช้เกณฑ์การประเมินของ Joanna Briggs Institute (JBI)^[7] แบ่งระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน

Level 1- Experimental Designs

Level 2- Quasi- Experimental Designs

Level 3- Observation- Analytic Designs

Level 4- Observational- Descriptive Studies

Level 5- Expert Opinion and Bench Research

การกำหนด Inclusion criteria

1. มีระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานระดับ 1-5 ของ Joanna Briggs Institute

2. มีการตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2559–2564

3. ผลงานเป็นงานวิจัยหรือบทความวิชาการ

4. ผลงานเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ

การกำหนด exclusion criteria

1. การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ที่ไม่ใช่สำหรับนักศึกษาพยาบาล

2. มีการตีพิมพ์ก่อนปี พ.ศ. 2559

3. ผลงานไม่ใช่ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ

4. ระดับความน่าเชื่อถือไม่ตรงตามหลักฐานของ Joanna Briggs Institute

การตรวจสอบคุณภาพของบทความวิชาการและบทความวิจัย โดยทีมทบทวนจำนวน 2 คน ได้ดำเนินการตามขั้นตอนกระบวนการและเกณฑ์การประเมินของ JBI ผลการตรวจสอบคุณภาพตรงกันพบบทความวิจัย จำนวน 13 เรื่อง มีความน่าเชื่อถือระดับ 2 และเป็นบทความวิชาการจำนวน 9 เรื่อง มีความน่าเชื่อถือระดับ 4 จึงได้สรุปเป็นความรู้ทางวิชาการ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 งานวิจัย/บทความวิชาการเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง

ชื่องานวิจัย/บทความวิชาการ	การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง	
	ประเภท	ผลลัพธ์ต่อนักศึกษาพยาบาล
1. การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง: การออกแบบการเรียนรู้ทางการพยาบาลบทความวิชาการ		1. ทักษะการแก้ปัญหาการพยาบาล 2. ทักษะการตัดสินใจทางคลินิก 3. การเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยสุพรรณิ กันหัดถ และ ตรีชฎา ปุ่นสำเร็จ ^[8]
2. สถานการณ์จำลองสำหรับนิสิตนักศึกษาพยาบาล บทความวิชาการ		1. มีประสบการณ์ที่เหมือนจริง 2. สามารถปฏิบัติการซ้ำได้ โดยวงเดือน สุวรรณศิริ, อรพิน จุลมณี และจิตติอาภา ตั้งคำวานิช ^[9]
3. การสอนโดยการจำลองสถานการณ์เสมือนจริงในรายวิชาปฏิบัติการและเทคนิคการพยาบาล	งานวิจัย	1. มั่นใจต่อการฝึกทักษะทางการพยาบาล 2. ลดความเครียดและความวิตกกังวล 3. การทำงานร่วมกับทีมทางการพยาบาลในสถานการณ์ที่เหมือนจริง โดย สุกฤษณ์ ธนาโรจน์ ^[1]
4. ผลการจัดการเรียนรู้ด้วยหุ่นจำลองเสมือนจริงต่อความมั่นใจในตนเองและพึงพอใจของนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	งานวิจัย	1. มีความพึงพอใจ 2. มีความมั่นใจในตนเอง โดยสุรชาติ สิทธิปกรณ์ อภิญา คุมมาตย์ สุรพันธ์ สืบเนียม จารุรินทร์ พงศ์ประเทศ อุไร จำปาอะดี วสันต์ แก้วเกลื่อน โสรัจญา สุริยนต์ และ นิตยา สุทธยากร ^[10]

ตาราง 1 งานวิจัย/บทความวิชาการเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง (ต่อ)

ชื่องานวิจัย/บทความวิชาการ	การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง	
	ประเภท	ผลลัพธ์ต่อนักศึกษาพยาบาล
6. การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองขั้นสูง: วิธีพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาล	บทความวิชาการ	1. มีความรู้เพิ่มขึ้น 2. มีความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3. ลดความวิตกกังวล 4. มีความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้น 5. เพิ่มความสามารถในการดูแล 6. การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย 7. การทำงานเป็นทีม 8. ความสามารถในการบริหารจัดการในสถานการณ์วิกฤต 9. ทักษะการเป็นผู้นำ 10. การใช้เหตุผลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่ซับซ้อน 11. พัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยมาลี คำคง และปริยณัฐ ชัยกองเกียรติ ^[12]
7. การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง: การนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน.	บทความวิชาการ	1. ส่งเสริมทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ การให้เหตุผลทางการพยาบาล การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจทางการพยาบาล 2. ส่งเสริมทักษะที่ไม่ใช่การปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ การทำงานเป็นทีม และการสื่อสาร 3. มีความรู้เพิ่มขึ้น 4. มีความพึงพอใจ 5. มีความมั่นใจในตนเอง โดย สมจิตต์ สินธุชัย และกันยารัตน์ อุบลวรรณ ^[13]

ตาราง 1 งานวิจัย/บทความวิชาการเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง (ต่อ)

ชื่องานวิจัย/บทความวิชาการ	การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง	
	ประเภท	ผลลัพธ์ต่อนักศึกษาพยาบาล
9. การพัฒนาทักษะการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง	บทความวิชาการ	1. การส่งเสริมทักษะการพยาบาล 2. ทักษะการคิดวิเคราะห์ 3. ทักษะการตัดสินใจทางคลินิก โดยจินตนา ลีละไกรวรรณ ธรณิศ สายวัฒน์ สุมลชาติ ดวงบุผา ปราณี แสงคงและ นวลใย พิษชาติ ^[15]
10. การพัฒนาทักษะการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง	งานวิจัย	1. มีความรู้ทางทฤษฎี โดยชนิดา ธนสารสุธิ ละมัด เลิศล้ำ และ สุภาเพ็ญ ปาณะวัฒน์พิสุทธิ์ ^[16]
11. การพัฒนารูปแบบการบริหารเพื่อสนับสนุนการจัดการเรียนการสอนแบบสถานการณ์จำลอง	งานวิจัย	1. มีความพึงพอใจ 2. การคิดวิเคราะห์ 3. ความเชื่อมั่นในตนเอง โดยธานี กล่อมใจ สมัยพร อาชาล สมศรี ทาทาน ทักษิภา ชัชรวัตรน์ ^[3]
12. การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง	งานวิจัย	1. ส่งเสริมความสามารถในการ ประยุกต์ความรู้ทางทฤษฎีไป ดูแลผู้ป่วย 2. เพิ่มทักษะการพยาบาล โดยละมัด เลิศล้ำ ชนิดา ธนสาร สุธิ สุภาเพ็ญ ปาณะวัฒน์พิสุทธิ์ ชัชริย์ บำรุงศรี ^[17]
13. การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ	งานวิจัย	1. มีความมั่นใจในตนเอง 2. กัดค้น กล้า กังวล ในระยะแรก และเปลี่ยนเป็นรู้สึกสนุก มีความ สุขและพอใจกับการเรียนการ สอนโดยทิวา มหาพรหม ^[18]

ตาราง 1 งานวิจัย/บทความวิชาการเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง (ต่อ)

ชื่องานวิจัย/บทความวิชาการ	การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง	
	ประเภท	ผลลัพธ์ต่อนักศึกษาพยาบาล
14. การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจำลองในสถานการณ์เสมือนจริงในการศึกษาการพยาบาลอนามัยชุมชน	งานวิจัย	1. เพิ่มประสิทธิภาพในการเรียน 2. เพิ่มทักษะการปฏิบัติการ 3. สร้างความมั่นใจ 4. มีความพึงพอใจในการเรียน โดยรังสรรค์ มาระเพ็ญ ^[2]
15. ศึกษาความพึงพอใจในการจัดการเรียนการสอนแบบใช้สถานการณ์จำลองในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะข้อคของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม	งานวิจัย	1. มีความพึงพอใจโดยรวม 5 ด้าน คือ ด้านการจัดกิจกรรมการสอน ด้านผู้เรียน ด้านเนื้อหา ด้านผู้สอน และด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ โดยวรรณวิสา ลำราญเนตรและ นิตยา กออิสรานุกภาพ ^[4]
16. การจัดการความรู้พยาบาลศาสตร์ด้วย เทคโนโลยีความเป็นจริงเสริมและห้องเรียนเสมือนจริง	บทความวิชาการ	1. ได้เรียนรู้เชิงรุกด้วยตนเอง 2. เข้าใจเนื้อหาสถานการณ์ได้ชัดเจนและเกิดความน่าสนใจในเนื้อหาวิชา 3. ไม่เสียเวลาในการเดินทาง โดยเปศล ขอบผล งามนิตย์รัตน์า นุกุล นฤมล พรหมภิบาล จิตรลดา สมประเสริฐและ นิตินดี สุขเจริญ ^[19]
17. ศึกษารูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงสำหรับนักศึกษาพยาบาลในยุคโควิด-19.	งานวิจัย	1. มีความพึงพอใจ 2. เพิ่มความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก โดยพัทธวรรณ ชูเลิศ มนต์ชนกข์ กุลพานิชย์ อ้อมใจ พลกายา รัชณี ครองระวะะ หยาชชล ทวีนาวนิชย์ ^[20]

ตาราง 1 งานวิจัย/บทความวิชาการเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง (ต่อ)

ชื่องานวิจัย/บทความวิชาการ	การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง	
	ประเภท	ผลลัพธ์ต่อนักศึกษาพยาบาล
18. ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองต่อความรู้ ความมั่นใจและความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลมารดาและทารกในระยะคลอดของนักศึกษาพยาบาล	งานวิจัย	1. เพิ่มความมั่นใจในความสามารถของตนเอง 2. เพิ่มความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลมารดาและทารก โดยพรรณทิพย์ ชัชขุนทด ปรังทิพย์ ทาเสนาะเอลเทอร์ นุชมาศ แก้วกุลชล รัชณี พงนา ^[21]
19. การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง จากห้องเรียนสู่การเรียนรู้ด้วยโปรแกรมออนไลน์	บทความวิชาการ	1. ฝึกการเรียนรู้ฝึก-คิดด้วยตนเอง 2. เกิดความมั่นใจในทักษะนั้น ๆ 3. รู้จักการแก้ปัญหา การวางแผนการเรียน การบริหารเวลา และการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ โดยวันดี แก้วแสงอ่อน อุทุมพร ดุลยเกษมและ สุทัศน์ เหมทานนท์ ^[6]
20. ผลการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลและความมั่นใจในการปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล	งานวิจัย	1. เพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล 2. เพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติทางการพยาบาล โดยศุภรัตน์ แจ่มแจ้ง วิรดา อรรถมธากุล รัตนา นิงเลื่อม นาดยา วงศ์ยะรา ^[5]

ตาราง 1 งานวิจัย/บทความวิชาการเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง (ต่อ)

ชื่องานวิจัย/บทความวิชาการ	การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง	
	ประเภท	ผลลัพธ์ต่อนักศึกษาพยาบาล
21. Effects of Integrated Nursing Practices Simulation-Based Learning Training on Stress, Interest in Learning, and Problem-Solving Ability of Nursing Students	งานวิจัย	1. เพิ่มทักษะการใช้เหตุผลทางคลินิก 2. เพิ่มความรู้ Sun-Nam, P., Min-Sum, C., Yoon-Young, H., Sun-Hee, K., & Sun-Kyoung, L. [22]
22. Effects of Simulation on Nursing Students' Knowledge, Clinical Reasoning and Self-Confidence: A Quasi-Experimental Study	งานวิจัย	1. เพิ่มทักษะการใช้เหตุผลทางคลินิก 2. เพิ่มความรู้ Ji Young, K. & Eun Jung, K. [23]

ตาราง 1 แสดงให้เห็นว่าการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นแก่นักศึกษาพยาบาล ได้แก่ ผลลัพธ์ต่อทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ผลลัพธ์ต่อทักษะที่ไม่ใช่การปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ต่อการจัดการเรียนการสอน

ผลลัพธ์ต่อทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ทักษะการตัดสินใจในแก้ไขปัญหาในคลินิก การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การใช้กระบวนการพยาบาลตลอดจนการเพิ่มประสบการณ์เพื่อก้าวสู่วิชาชีพพยาบาลอย่างมั่นใจผลลัพธ์ต่อทักษะที่ไม่ใช่การปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ทักษะการทำงานเป็นทีม ทักษะผู้นำ ทักษะการติดต่อสื่อสาร ทักษะสมรรถนะแห่งตน ส่วนผลลัพธ์ต่อการจัดการเรียนการสอน ได้แก่ ความพึงพอใจต่อการจัดการเรียน การสอนในด้านกิจกรรมการสอนผู้สอนและสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ตลอดจนสามารถนำความรู้ทางทฤษฎีสู่การปฏิบัติการ

พยาบาล การเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง การเรียนรู้ซ้ำได้ เมื่อว่าง ลดความเครียด ลดความวิตกกังวล และไม่เสียเวลาในการเดินทาง

สรุป

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้ ใช้เกณฑ์การประเมินของ Joanna Briggs Institute (JBI) ในการแบ่งระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน การคัดเลือกผลงานวิชาการระหว่างปีพ.ศ. 2559-2564 จำนวน 22 เรื่อง แยกเป็นบทความวิจัย จำนวน 13 เรื่อง มีความน่าเชื่อถือระดับ 2 และบทความวิชาการ จำนวน 9 เรื่อง มีความน่าเชื่อถือระดับ 4 พบว่าการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง เป็นกระบวนการจัดการเรียนการสอนที่จำลองสถานการณ์ให้เหมือนสภาพจริงทางคลินิกมากที่สุดเพื่อเชื่อมโยงความรู้ทางทฤษฎีสู่การปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ กระบวนการจัดการเรียน การสอนมี 3 ขั้นตอน

ตอนคือ ขั้นการนำ ขั้นการปฏิบัติ และขั้นสรุปผล การเรียนรู้ เกิดผลลัพธ์ต่อผู้เรียนได้แก่ ทักษะ การปฏิบัติการพยาบาล ทักษะที่ไม่ใช่ การปฏิบัติ การพยาบาลและผลลัพธ์ต่อการจัดการเรียนการสอน

อภิปรายผล

การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ถือได้ว่าเป็นวิธีการจัดการเรียนการสอน รูปแบบหนึ่งที่คุณสอนมีการสร้างสถานการณ์ ให้เหมือนสภาพความจริงมากที่สุดเพื่อให้เกิด ผลลัพธ์ต่อผู้เรียนตามวัตถุประสงค์ของการจัดการ เรียนการสอนที่กำหนดไว้

การใช้คำเกี่ยวกับการเรียนรู้โดยใช้ สถานการณ์เสมือนจริง พบว่ามีการใช้คำที่แตก ต่างกัน เช่น การสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง หรือ การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองขั้นสูง ส่วนขั้นของการจัดการเรียนการสอนเหมือนกัน คือการมีจำนวน 3 ขั้นตอน คือ ขั้นการนำ ขั้น การปฏิบัติและขั้น การสรุปผลการเรียนรู้ นอกจากนี้ ยังพบว่าบทความวิชาการ จำนวน 9 เรื่อง มุ่งเน้นการให้ความหมาย และขั้นตอนของ การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ส่วนบทความวิจัยจำนวน 13 เรื่อง เป็น การวิจัย เชิงปริมาณ การศึกษาความพึงพอใจของผู้เรียนและ ผลการจัดการเรียนการสอนเสมือนจริงเกิดผลลัพธ์ ต่อผู้เรียนด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ทักษะ ที่ไม่ใช่การปฏิบัติการพยาบาล และการจัดการ เรียนการสอน

แม้ว่าผลลัพธ์ที่เกิดต่อผู้เรียนจะเกิดผลลัพธ์ หลายประการแต่ประเด็นที่น่าสนใจคือความมั่นใจ ในตนเองของผู้เรียนเพื่อการปฏิบัติการพยาบาล ทางคลินิกและการก้าวสู่วิชาชีพพยาบาลอย่างมี คุณภาพ

ข้อเสนอแนะ

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์ เสมือนจริง เป็นการเรียนที่ผู้เรียนมีความพึงพอใจ มีความมั่นใจสำหรับการปฏิบัติการพยาบาล ทางคลินิกและสามารถนำความรู้ทางทฤษฎีสู่ การปฏิบัติ ดังนั้นการพัฒนา รูปแบบการจัดการ เรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงของ สถาบันสถานศึกษาแต่ละแห่ง จึงเป็นประเด็นที่ ทำทนายสำหรับอาจารย์ผู้สอนและการทำวิจัยใน อนาคต

เอกสารอ้างอิง

- [1] สุกัลยชัย ธนาโรจน์. การสอนโดยการจำลอง สถานการณ์เสมือนจริงในรายวิชาปฏิบัติ หลักการและเทคนิคการพยาบาล. วารสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรดิตถ์ 2560; 9: 70 – 84.
- [2] รังสรรค์ มาระเพ็ญ. การพัฒนารูปแบบ การจัดการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจำลอง ในสถานการณ์เสมือนจริงในการศึกษา การพยาบาลอนามัยชุมชน [วิทยานิพนธ์ หลักสูตรปรัชญาดุสิตบัณฑิตสาขาวิชา พัฒนาศึกษา] บัณฑิตวิทยาลัย กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2562.
- [3] ธาณี กล่อมใจ สมัยพร อาชาล สมศรี ทาทาน ทักษิภา ชัยวรรัตน์. การพัฒนารูปแบบ การบริหารเพื่อสนับสนุนการจัดการเรียน การสอนแบบสถานการณ์จำลอง. วารสาร การพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา 2562; 21: 149 – 65.
- [4] วรวิยา สำราญเนตรและนิตยา กออิสรานุภาพ. ศึกษาความพึงพอใจในการจัดการเรียน การสอนแบบใช้สถานการณ์จำลองใน

- การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2562; 22: 64-75.
- [5] สุภรัตน์ แจ่มแจ้ง วิรดา อรรถเมธากุล รัตนานิลเลื่อม นาดยาว ศัยระ. ผลการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2564; 4: 178-94.
- [6] วันดี แก้วแสงอ่อน อุทุมพร ดุลยเกษมสุทัศน์ เหมทานนท์. การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง จากห้องเรียนสู่การเรียนรู้ด้วยโปรแกรมออนไลน์. วารสารมหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2564; 8: 96-111.
- [7] อัจฉรา คำมะนิตย์ มัลลิกา มากรัตน์. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ: วิธีการปฏิบัติทีละขั้นตอน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2559; 3: 246-59.
- [8] สุพรรณิ กัณห์ลิด และตรีชฎา ปุ่นสำเร็จ. การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง : การออกแบบการเรียนรู้ทางการพยาบาล. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2559; 9: 1-14.
- [9] วงเดือน สุวรรณศิริ อรพิน จุลมูติ และจิตติอาภา ตั้งคำวานิช. การจัดการเรียน การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองสำหรับ นิสิตนักศึกษาพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2559; 28 : 1-13.
- [10] สุรชาติ สิทธิปกรณ์ อภิญา คุมมาตย์ สุรพันธ์ สืบนิยม จารุรินทร์ พงศ์ประเทศ อุไร จำปาเวศิ วสันต์ แก้วเกลื่อน โสรัจญา สุริยนต์ นิตยา สุทธยากร. ผลการจัดการ เรียนรู้ด้วยหุ่นจำลองเสมือนจริงต่อความ มั่นใจในตนเองและพึงพอใจของนิสิต พยาบาลชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. มหาวิทยาลัย มหาสารคามวิจัย 2560; 14: 600-09.
- [11] สมศรี ทาทาน วราภรณ์ ศรีจันทร์พาล. การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์ จำลอง. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ 2560; 23: 1-10.
- [12] มาลี คำคง และ ปรีณัฐ ชัยกองเกียรติ. การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง ขั้นสูง: วิวัฒนาการสมรรถนะทางการพยาบาล. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและ การสาธารณสุขภาคใต้ 2560; 4(พิเศษ): 332-44.
- [13] สมจิตต์ สินธุชัย และกันยารัตน์ อุบลวรรณ. การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง: การนำไปใช้ในการจัดการเรียน การสอน. วารสารพยาบาลทหารบก 2560; 18: 29-38.
- [14] สีวภรณ์ เจริญวงศ์ ทิพย์ฉมพร เกษโกมล อภิสิทธิ์ ตามศักดิ์. ห้องเรียนเสมือนจริงกับ การเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล ในยุคดิจิทัล. วารสารพยาบาลทหารบก 2561; 19(2) : 121-28.
- [15] จินตนา ลีละไกรวรรณ ธรณิศ สายวัฒน์ สุมลชาติดวงนุภาพราณีแสดงกมลวิพิชาติ. การพัฒนาทักษะการจัดการเรียน การสอน โดยใช้สถานการณ์จำลอง. วารสารการพยาบาล และการดูแลสุขภาพ. 2562; 37: 6-11.
- [16] ชนิกา ชนสารสุธี ละมัด เลิศล้ำ สุภาเพ็ญ ปาณะ วัฒนพิสุทธิ. การพัฒนาทักษะ การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์ จำลอง. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลสุรินทร์ 2562; 9: 55-70.

- [17] ละมัด เลิศล้ำ, ชนิตา ธนสารสุธี, สุภาเพ็ญ ปานะวัฒนพิสุทธิ และ ชัยรัช บำรุงศรี. การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอน ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง. วารสาร เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการ สาธารณสุขภาคใต้ 2562; 6(พิเศษ): 43 – 58.
- [18] ทิพา มหาพรหม. การพัฒนารูปแบบการ จัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง เสมือนจริงในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มี ปัญหาสุขภาพ วารสารสหวิชาการเพื่อ สุขภาพ 2562; 1: 47 – 61.
- [19] เปศล ชอบผล งามนิตย์ รัตนานุกูล นฤมล พรหมภิบาล จิตรลดา สมประเสริฐและ นิธิบดี สุขเจริญ. การจัดการความรู้พยาบาล ศาสตร์ด้วยเทคโนโลยีความเป็นจริงเสริม และห้องเรียนเสมือนจริง. วารสารเกษม บัณฑิต 2563; 21: 193 – 210.
- [20] พัทธวรรณ ชูเลิศ มนัสชนก กุลพานิชย์ อ้อมใจพลกายารัชนี ครอบระวะและหยาดชล ทวีนาวนิชย์ศึกษารูปแบบการเรียนการสอน โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงสำหรับ นักศึกษาพยาบาลในยุคโควิด-19 วารสาร มหาจุฬานาครทรรศน์ 2564; 8: 121 – 33.
- [21] พรรณทิพย์ ชัยขุนทด ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์ นุชมาศ แก้วกุลทล รัชณี พจนา. ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์ จำลองต่อความรู้ ความมั่นใจและความ สามารถในการใช้กระบวนการพยาบาล มาตรฐานและทารกในระยะคลอดของนักศึกษา พยาบาล. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563; 29: 1062 – 72.
- [22] Sun-Nam, P., Min-Sun, C., Yoon-Young, H., Sun-Hee, K., & Sun-Kyoung, L. Effects of Integrated Nursing Practices Simulation-Based Learning Training on Stress, Interest in Learning, and Problem-Solving Ability of Nursing Students. Journal of Korean Academic Fundamental Nursing 2015; 22: 424 – 32.
- [23] Ji Young, K. & Eun Jung, K. Effects of Simulation on Nursing Students' Knowledge, Clinical Reasoning and Self-Confidence : A Quasi-Experimental Study. Korean Journal of A duly Nursing 2015; 27: 604 – 11.

บทความวิชาการ :
พฤติกรรมการทำงานในร่างกายนี้อย่างไม่สมบูรณ์
Presenteeism

นันทนันท์ อัครพรพรหม* และคทาวิฑูรย์ ดีปรีชา**
Nontanun Akkaraponporm* and Katawut Deeprecha**

กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า*

Outpatient Department, Phramongkutklao Hospital*

กองส่งเสริมสุขภาพและเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารบก**

Health Promotion and Preventive Medicine Division, Army Medical Department**

เบอร์โทรศัพท์ 09-6070-7875; Email: fireworkpcm@gmail.com*

วันที่รับ 9 มี.ค.2566; วันที่แก้ไข 7 เม.ย.2566; วันที่ตอบรับ 20 เม.ย.2566

บทคัดย่อ

พฤติกรรมในการทำงานเป็นปัจจัยที่สามารถบ่งบอกสภาวะของพนักงานได้ ซึ่งพฤติกรรมการทำงานในร่างกายนี้อย่างไม่สมบูรณ์ (presenteeism) หรือการมาทำงานในสภาพที่ไม่พร้อมเต็มที่เนื่องจากอาการป่วยการบาดเจ็บ หรือโรคต่าง ๆ เป็นหนึ่งในนั้น ทำให้เกิดการทำงานที่ผิดพลาด ได้คุณภาพของงานน้อยลง และมีค่าใช้จ่ายมากกว่าพฤติกรรมการทำงานเป็นประจำ พฤติกรรมนี้พบได้ทั่วไปถึงได้ถึงร้อยละ 40 และมากขึ้นอีกในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ร้อยละ 45 พฤติกรรมนี้เกิดได้จากหลายสาเหตุ ทั้งความเจ็บป่วยด้านสุขภาพ ปัญหาเรื่องเศรษฐกิจ ลักษณะของงาน วัฒนธรรมองค์กร ค่านิยมชีวิตผลงาน นิัยส่วนตัวและสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งในระดับบุคคล สังคม และองค์กร โดยส่งผลกระทบต่อในเรื่องการเจ็บป่วย ทำให้หายช้าลง ส่งผลกระทบต่อผู้อื่นในเรื่องความสัมพันธ์ในที่ทำงานที่ไม่ราบรื่น และส่งผลกระทบต่อองค์กรในเรื่องของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น

และผลผลิตที่น้อยลง ดังนั้นจึงควรมีการดำเนินการแนวทางด้านอาชีวอนามัยในการค้นหาและพัฒนาการป้องกันพฤติกรรมนี้ ทั้งในขั้นปฐมภูมิทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยต้องได้รับความร่วมมือทั้งจากเจ้าของกิจการ หัวหน้างาน และผู้ทำงาน เพื่อสุขภาพที่ดีของพนักงานที่มีพฤติกรรมนี้และมีความเสี่ยงในการเกิดพฤติกรรมนี้อยู่

คำสำคัญ : พฤติกรรมการทำงานในร่างกายนี้อย่างไม่สมบูรณ์; บุคลากรทางการแพทย์

Abstract

Behaviors at work can be indicative of a worker's health. Presenteeism, a practice of being present at work while not fully functioning from illness, injury, or other medical conditions hence potential errors, compromised efficiency, and additional costs over frequent absence, is one of them. 40% of this particular behavior at workplace is found in general. The number increases to 45% among medical workers. The

causes vary from illnesses, financial problems, nature of work, organizational culture, Key Performance Indicator, personal preferences, and the outbreak of COVID-19 that cause impacts on individual, social, and organizational levels. On the individual level, people suffer prolonged and more serious condition. On the social level, workplace relationships are disrupted. On the organization level, health coverage increases while productivity has declined. Occupational health approaches should be put in place, with the collaboration of business owners, supervisors, and those who look after the health of workers with the behavior and the risk of developing it, to find and develop primary, secondary, and tertiary prevention on it.

Keyword : Presenteeism; Healthcare Worker

บทนำ

เนื่องจากพฤติกรรมการทำงานในร่างกายนที่ไม่สมบูรณ์ (presenteeism) ไม่ได้เป็นที่กล่าวถึงเท่าใดนักในประเทศไทย ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่สามารถพบได้ทั่วไปทุกที่ทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องดูแลคนไข้โดยมีลักษณะตรงกันข้ามกับพฤติกรรมการขาดงานเป็นประจำ (absenteeism) การทำงานในร่างกายนที่ไม่สมบูรณ์นั้น จะทำให้ผลิตผลจากการทำงานของบุคคลดังกล่าวลดลง ไม่เต็มประสิทธิภาพ^[1] ซึ่งพฤติกรรมนี้สามารถตรวจจับได้ยากกว่าขาดงานเป็นประจำ ซึ่งมีการบันทึกอย่างชัดเจนและสังเกตเห็นได้

ซึ่งผลกระทบของพฤติกรรมการทำงานในร่างกายนที่ไม่สมบูรณ์นั้น ทำให้เกิดการทำงานที่ผิดพลาด ได้คุณภาพของงานน้อยลง และมีค่า

ใช้จ่ายมากกว่าพฤติกรรมการขาดงานเป็นประจำถึง 5 เท่า^[2] เนื่องจากต้องใช้เวลาในการรักษาโรคเรื้อรังที่ไม่หายเนื่องจากไม่ยอมหยุดงาน ดังนั้นการนโยบายป้องกันพฤติกรรมนี้จึงมีความสำคัญเนื่องจากมี การตรวจจับได้ยากและส่งผลเสียต่อการทำงานทั้งองค์กร พนักงาน และเพื่อนร่วมงาน

การเข้าใจถึงสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมการทำงานในร่างกายนที่ไม่สมบูรณ์ ทำให้ผู้ที่ดูแลงานอาชีวเวชศาสตร์ในสถานประกอบการหรือหัวหน้างานสามารถหาวิธีป้องกัน และแก้ไขปัญหของพฤติกรรมนี้ได้อย่างถูกวิธี

ระบาดวิทยา

มีการศึกษา^[3] ในประเทศเดนมาร์คในปี ค.ศ. 2008 ในพนักงาน 12,935 คน พบว่ามีความชุกในการเกิดพฤติกรรมการทำงานในร่างกายนที่ไม่สมบูรณ์อย่างน้อย 1 ครั้ง ในรอบ 12 เดือน ถึงร้อยละ 70 โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องทำให้พฤติกรรมนี้เกิดมากขึ้น คือ การเป็นหัวหน้างาน เวลาในการทำงานมากกว่า 45 ชั่วโมงต่อสัปดาห์เป็นองค์กรขนาดเล็ก นิยส์ส่วนตัวที่มักทำงานที่บ้านนอกเวลางาน และมีความคาดหวังในการทำงานสูง ยังมีการศึกษา^[4] หาความชุกของพฤติกรรมการทำงานในร่างกายนที่ไม่สมบูรณ์โดยใช้แบบสอบถาม (european working conditions surveys) ในระหว่างปี ค.ศ. 2010-2015 มีผู้ตอบแบบสอบถามประมาณ 40,000 คน ใน 34 ประเทศในยุโรป โดยพบว่ามีความชุกในการเกิดพฤติกรรมการทำงานในร่างกายนที่ไม่สมบูรณ์อย่างน้อย 1 ครั้ง ในรอบ 12 เดือน ถึงร้อยละ 40 โดยประมาณร้อยละ 60 เคยทำเช่นนั้นน้อยกว่า 6 วันใน 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 35 เคยทำเช่นนั้นระหว่าง 6-20 วันใน 12 เดือนที่ผ่านมาและประมาณร้อยละ 5 ของคนที่เคยทำงานขณะเจ็บป่วย เคยทำเช่นนั้นทำงานมากกว่า

20 วันใน 12 เดือนที่ผ่านมา ความชุกของอายุในแต่ละกลุ่มเกิดพอ ๆ กัน ความชุกแต่ละเพศไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ความชุกของงานตำแหน่งผู้จัดการ หรือผู้เชี่ยวชาญ พบมากที่สุดประมาณร้อยละ 60 ของผู้ทำงาน ส่วนงานช่างงานควบคุมเครื่องจักร งานธุรการ เกิดน้อยกว่า ค่าเฉลี่ยประมาณร้อยละ 30 ซึ่งเหตุผลในการเกิดพฤติกรรมการทำงานในร่างกายที่ไม่สมบูรณ์ แยกตามตำแหน่งหน้าที่การงานนั้นอาจเกิดจากงานที่มีหน้าที่ความรับผิดชอบที่ไม่สามารถหาผู้อื่นมาทำงานแทนได้จึงทำให้ต้องมาทำงานทั้งที่มีความเจ็บป่วย และยังพบอีกว่าอาชีพด้านการศึกษาและบุคลากรทางการแพทย์ยังมีการเกิดพฤติกรรม การทำงานในร่างกายที่ไม่สมบูรณ์สูงกว่าค่าเฉลี่ย ประมาณร้อยละ 45 ในประเทศไทย ไม่พบการศึกษาที่หาความชุกหรืออัตราอุบัติการณ์ของพฤติกรรมนี้

นินยามและแนวทางวินิจจัน

อาการที่พบได้ของพฤติกรรมการทำงาน
ในร่างกายนี่ไม่สมบูรณ์นั้น คือการมาทำงานทั้ง
ที่มีความเจ็บป่วยสมควรแก่การหยุดงาน ซึ่งมี
ผลกระทบของพฤติกรรมการทำงานในร่างกายนี่
ไม่สมบูรณ์ไว้ใน 2 แง่ คือ ด้านเศรษฐกิจ คือ ผล
การทำงานน้อยลงไม่ได้ประสิทธิภาพเนื่องจาก
ไปทำงานขณะเจ็บป่วย ทำงานได้ไม่เหมือนปกติ
และด้านพฤติกรรม คือ ไปทำงานทั้งที่มีความ
เจ็บป่วยจำเป็นต้องหยุดงาน^[6] หรือไปทำงาน
ทั้งที่มีความรู้สึกเจ็บป่วย^[7] ในปัจจุบันยังไม่มี
การมาตรฐานการวินิจฉัยพฤติกรรมการทำงาน
ในร่างกายนี่ไม่สมบูรณ์ แต่ที่นิยมใช้กัน คือ The
Stanford Presenteeism Scale^[8] หรืออาจเป็นคำถาม
สั้น ๆ พบได้ในงานวิจัยที่ผ่านมาหลาย ๆ ชิ้นว่า
มีการมาทำงานทั้งที่มีความเจ็บป่วยหรือไม่ โดย

พฤติกรรมการทำงานในร่างกายที่ไม่สมบูรณ์นั้น
เป็นพฤติกรรม ไม่ใช่โรคจึงไม่มีการระบุไว้ใน
ระบบ ICD-10 และ DSM-V

สาเหตุ

พฤติกรรมการทำงานในร่างกายที่ไม่
สมบูรณ์นั้นมีสาเหตุที่เกิดจาก ดังต่อไปนี้

สาเหตุด้านสุขภาพสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่มดังนี้ (1) เจ็บป่วยเฉียบพลัน อาทิ เป็นหวัด ภูมิแพ้ อาหารเป็นพิษ โรคกระเพาะ เป็นต้น (2) โรคที่เป็นซ้ำๆ อาทิ ภูมิแพ้ เป็นต้น (3) โรคเรื้อรัง อาทิ ข้ออักเสบ ปัญหากระดูกและกล้ามเนื้อ อาการทางสุขภาพจิต อาการนอนไม่หลับ เป็นต้น (4) ปัจจัยด้านวิถีชีวิต อาทิ มีปัญหาเรื่องการกินอาหาร การสูบบุหรี่ เป็นต้น^[9] ประเด็นเกณฑ์เรื่องความรุนแรงของโรค (โดยเฉพาะสุขภาพจิต ปัญหา) ว่าสมควรต้องมีการหยุดงานหรือไม่ เป็นสาเหตุที่ทำให้มีความชอบธรรมน้อยกว่าการเจ็บป่วยทางกายในการหยุดงาน ทำให้เกิดพฤติกรรมการทำงานในร่างกายนี่ไม่สมบรูณ์มากขึ้น

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจยังเป็นสาเหตุในการเกิดพฤติกรรมการทำงานในร่างกายนที่ไม่สมบูรณ์ได้แก่ (1) ความไม่มั่นคงของการทำงาน (เช่น ลูกจ้างชั่วคราว) การศึกษา^[10] ที่ได้ทำในประเทศฟินแลนด์ในปี ค.ศ. 2003 กับบุคลากรทางการแพทย์ 4851 คน (ชาย 710 คน หญิง 4141 คน) ที่ปัจจุบันเป็นลูกจ้างประจำแล้วพบว่าอัตราการเกิดการลาป่วยเพิ่มขึ้น และพฤติกรรมการทำงานในร่างกายนที่ไม่สมบูรณ์ลดลงเมื่อลูกจ้างย้ายจากลูกจ้างชั่วคราวเป็นลูกจ้างประจำที่ได้รับสิทธิการลาป่วยโดยได้รับค่าจ้าง(2)การขาดทางเลือกในการจ้างงานและถ้าหยุดงานจะไม่ได้รับเงินชดเชยแม้จะป่วยจริง^[1] มีการกล่าวถึงสาเหตุอื่นที่พบว่าพนักงานโดยเฉพาะผู้ที่มีอายุมาก อาจมีส่วนใน

การไม่ใช้สิทธิการลาป่วยที่ได้รับค่าจ้าง ทำให้การเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้น ในอนาคตและความรุนแรงของความเจ็บป่วยมากขึ้น^[11]

ตัวบ่งชี้ในการทำงานโดยการนับวันหยุดงาน เพื่อเป็นการให้พนักงานนั้นมาทำงานให้มากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่ไม่สามารถควบคุมคุณภาพการทำงานได้แต่เน้นที่การมาทำงานให้มากที่สุดเป็นหลัก มีรายงานในประเทศอังกฤษเรื่องการจัดการพนักงานที่ไม่มาทำงานในปี ค.ศ. 2016^[12] โดยองค์กรใช้การหยุดงานเป็นตัวบ่งชี้ในการทำงาน และการเลื่อนตำแหน่ง ทำให้มีการส่งเสริมพฤติกรรมการทำงานในร่างกายที่ไม่สมบูรณ์ให้มากขึ้น

วัฒนธรรมองค์กรที่มีการกำหนดมาตรฐานความเจ็บป่วยที่ชัดเจนในการลาหยุดงาน มีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นเมื่อมีความเจ็บป่วย และการทำตัวเป็นแบบอย่างของหัวหน้างานในการหยุดงานเมื่อมีความเจ็บป่วย สามารถช่วยลดการทำงานทั้งที่มีความเจ็บป่วยได้^[11]

ลักษณะของงานที่เป็นสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมการทำงานในร่างกายที่ไม่สมบูรณ์ จะเป็นงานที่ (1) ใช้ความสามารถสูง (2) งานหนัก (3) ทำงานแข่งกับเวลา (4) งานกะ (5) งานที่ต่อเนื่องเป็นเวลานาน (6) งานที่ไม่มีอำนาจในการตัดสินใจ (7) งานที่มีความเสี่ยง (8) งานที่มีความเครียดสูง^[9,13]

นิสัยส่วนตัวที่ติดการทำงาน ทุ่มเทให้กับงาน อาจเกิดผลเสียทำให้เกิดพฤติกรรมการทำงานในร่างกายที่ไม่สมบูรณ์มากขึ้น เกิดภาวะหมดไฟ ในการทำงาน (burnout syndrome) มากขึ้นและมีความสุขในการทำงานน้อยลง ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานต่ำ^[14] และนิสัยของพนักงานที่ปฏิเสธผู้อื่นไม่เป็น ยังเป็นส่วนที่ทำให้เกิดการมาทำงานทั้งที่มีความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นอีกด้วย^[11] ในลูกจ้างที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังพบว่า

การรู้จักประเมินตนเองว่ามีความเจ็บป่วยเหมาะสมกับการหยุดงาน สามารถลดการมาทำงานทั้งที่มีความเจ็บป่วยได้^[11]

อีกสาเหตุที่สามารถพบได้ในช่วงการระบาดของโควิด-19 ที่ผ่านมามีการเปลี่ยนรูปแบบการทำงานครั้งใหญ่เป็นการทำงานที่บ้าน (work from home) ซึ่งเป็นข้อดีต่อคนบางคน และบางคนก็มีปัญหาในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่บ้านในการทำงาน และรูปแบบการทำงานใหม่ ทำให้มีงานที่ได้มีประสิทธิภาพน้อยลง ความเครียดในการทำงานสูงขึ้น และยังส่งผลต้องมีการทำงานในขณะที่มีอาการเจ็บป่วย เนื่องจาก ไม่สามารถแยกแยะระหว่างเรื่องงานกับกิจวัตรส่วนตัวด้วยได้^[15-16]

สามารถจัดกลุ่มสาเหตุการเกิดพฤติกรรมดังกล่าว ได้เป็นกลุ่มที่มีสาเหตุจากงาน (working condition) ได้แก่ ประเภทงานหนัก งานใช้ความสามารถสูง งานที่ต้องทำแข่งกับเวลา งานที่ทำเป็นกะ งานที่ทำต่อเนื่องเป็นเวลานาน งานที่ไม่มีอำนาจในการตัดสินใจ งานที่มีความเสี่ยง งานที่มีความเครียดสูง สาเหตุจากคนงาน (worker) ได้แก่ อาการเจ็บป่วย ปัญหาเรื่องเศรษฐกิจ นิสัยส่วนตัว เช่น จี้เกียจทำงานและสาเหตุจากสภาพแวดล้อมในการทำงาน (working environment) ได้แก่ ตัวบ่งชี้ในการทำงาน วัฒนธรรมในการทำงาน การทำงานที่บ้านในช่วงการระบาดของโควิด-19

ผลกระทบต่อนตนเอง

ผลกระทบต่อนตนเอง พบว่าการเกิดพฤติกรรมการทำงานในร่างกายที่ไม่สมบูรณ์นั้น อาจไม่ได้เป็นผลเสียต่อร่างกายที่ทำงานขณะที่มีความเจ็บป่วยอยู่ แต่อาจเกิดผลกระทบภายหลังที่มีผลตามมาเนื่องจากไม่ได้มีการรักษาอาการเจ็บป่วยหรือโรคที่เกิดขึ้น ทั้ง (1) เรื่องการลาหยุดที่มากกว่า

ในภายหลัง โดยมีการศึกษา^[17] ในประเทศสวีเดน ในปี ค.ศ. 2009 พบว่าการเจ็บป่วยเล็กน้อย ถ้าไม่ได้ให้ความสนใจและหยุดพักให้หายดี โดยมีการไปทำงานทั้งที่มีความเจ็บป่วยมากกว่าปีละ 5 วันอาจนำไปสู่ความเจ็บป่วยที่รุนแรงมากขึ้นและทำให้ต้องหยุดงานเพื่อรักษาตัวนานกว่า 30 วันต่อปี ซึ่งในผลกระทบในรายบุคคล และ(2) อันตรายที่เกิดขึ้นรุนแรงกว่าอีกด้วย มีการศึกษา^[18] ในเมืองลอนดอน ประเทศอังกฤษในปี ค.ศ. 2005 ที่ทำงานในแผนกราชการ จำนวน 10,380 คน (ชาย 6,835 คน หญิง 3,413 คน) พบว่าคนที่มีการเจ็บป่วยที่ไม่ได้ลาป่วยที่เหมาะสม มีความเสี่ยง 2 เท่าที่จะเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ในส่วนของโรคทางจิตเวชยังพบความสัมพันธ์โรคโรคซึมเศร้า (depression) และโรควิตกกังวล (anxiety disorder) ทำให้เกิดพฤติกรรมการทำงานในร่างกายนที่ไม่สมบูรณ์และโรคซึมเศร้ายังส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการทำงาน ทำงานแล้วเกิดความเครียดสูงขึ้น และทำให้ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานแย่ลงอีกด้วย^[19-20] ในพนักงานบางกลุ่มพบว่าพฤติกรรมการทำงานในร่างกายนที่ไม่สมบูรณ์นั้น อาจเกิดผลดีได้ และทำให้โรคที่รักษาหายได้อีกด้วย มีศึกษา^[21] ในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 2009 พบว่าในพนักงานที่มีอาการกระดูกและกล้ามเนื้อเรื้อรัง 2191 คน มีผู้ที่มีอาการผิดปกติที่กระดูกและกล้ามเนื้อ ที่ได้รับ การเข้าโปรแกรมบำบัดฟื้นฟูผู้ที่ยังคงทำงานต่อทั้งที่มีความเจ็บป่วยอยู่มีโอกาสบำบัดจนหายและสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติได้มากกว่ากลุ่มที่หยุดงาน อีกทั้งการทำงานที่สามารถมีความยืดหยุ่นในการปรับชั่วโมงการทำงานหรือหน้าที่ที่ทำได้ในขณะที่เจ็บป่วยก็มีส่วนทำให้ลูกจ้างหายป่วยเร็วขึ้นหรือแย่ลงได้

แม้ว่าจะมีการสนับสนุนว่าการทำงานขณะที่ป่วยเป็นผลดีต่อการหายป่วยของโรคที่เกิดขึ้น

ผลกระทบต่อเพื่อนร่วมงานและผู้อื่น

ผลกระทบต่อเพื่อนร่วมงานและผู้อื่น ถ้าพนักงานทำงานขณะที่มีความเจ็บป่วยโดยความเจ็บป่วยนั้นเป็นโรคติดต่อ อาจส่งผลให้ (1) โรคติดต่อกระจายไปทุกที่พนักงานไปทำงาน ซึ่งอาจเป็นผลทำให้ผู้อื่นเกิดความเจ็บป่วย และอาจจะมีผลกระทบมากยิ่งขึ้นไป ถ้าพนักงานคนนั้นได้มีการไปสัมผัสกลุ่มเปราะบาง ซึ่งเราเรียกเหตุการณ์ที่ป่วยเป็นโรคติดต่อแล้วไปทำงานว่าพฤติกรรมการทำงานในขณะที่เป็นโรคติดต่อ (contagious presenteeism) ซึ่งมีการศึกษาที่ทำในช่วงของการระบาดของโควิด-19 ในปี ค.ศ. 2009^[22] พบว่าในช่วงของการระบาดของโควิด-19 มีความกังวลอย่างมากต่อผู้ที่ติดเชื้อที่มาทำงาน ซึ่งจากสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในช่วงปี ค.ศ. 2020-2022 ที่ผ่านมา สถานประกอบการก็ได้ตระหนักถึงความสำคัญในเหตุการณ์นี้เป็นอย่างดี ทำให้กรณีนี้อาจเป็นผลกระทบที่สามารถถูกควบคุมได้ดีและมีแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้อง อีกทั้งยังมีผลกระทบที่สำคัญของพฤติกรรมการทำงานในร่างกายนที่ไม่สมบูรณ์ที่ทำให้งานที่ได้มี (2) ประสิทธิภาพแย่ลง เกิดความผิดพลาดในการทำงาน เกิดอุบัติเหตุ เป็นอันตรายต่อเพื่อนร่วมงานและผู้อื่นอีกด้วย^[23] (3) ความสัมพันธ์การเพื่อนร่วมงานแย่ลง เนื่องจากเพื่อนร่วมงานรู้สึกถึงการงานที่น้อยลงของเพื่อนถูกเอาเปรียบโดยพนักงานที่มีพฤติกรรมการทำงานในร่างกายนที่ไม่สมบูรณ์^[24]

ตาราง 1 แสดงผลดีและผลเสียที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการทำงานในร่างกายนที่ไม่สมบูรณ์

พฤติกรรมการทำงาน	ผลดี	ผลเสีย
พฤติกรรมการทำงานในสภาพที่ไม่สมบูรณ์	รายได้ ได้ผลผลิตบางส่วน ได้รับการสนับสนุนทางสังคม สุขภาพดีขึ้น	ประสิทธิภาพการทำงานน้อยลง ความสัมพันธ์กับทีมงานลดลง อุบัติเหตุ สุขภาพแย่ลง เวลาหายจากการเจ็บป่วยนานขึ้น

ผลกระทบต่อองค์กร

ผลกระทบต่อองค์กรที่มีพนักงานมีพฤติกรรมการทำงานในร่างกายนที่ไม่สมบูรณ์ คือ (1) ผลผลิตของงานไม่ได้ประสิทธิภาพตามความรุนแรงของโรค ยิ่งเจ็บป่วยมากยิ่งประสิทธิภาพในการทำงานน้อยลง^[10] และสามารถเกิดอุบัติเหตุในการทำงาน (2) เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพนักงานมากกว่าเมื่อเทียบกับการเจ็บป่วยเล็กน้อยแล้วหยุดงาน (3) เสียบุคลากรในการทำงานเนื่องจากผลระยะยาวทำให้มีการลาหยุดมากกว่าการหยุดเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย โดยรวมจะเป็นผลเสียในด้านบุคลากรและเศรษฐกิจ ทำให้มีค่าใช้จ่ายในองค์กรมากขึ้น

โดยค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นอาจไม่ได้เป็นค่าใช้จ่ายโดยตรง แต่มาในรูปแบบการทำงานที่มีประสิทธิภาพต่ำลงเนื่องจากพฤติกรรมการทำงานในร่างกายนที่ไม่สมบูรณ์มีการศึกษา^[25] ในพนักงานบริการ ในเมืองเอลจิน ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าอาการคัดจมูก น้ำมูกไหลจากโรคภูมิแพ้จมูก ในฤดูกาลที่มีเกสรของต้น แร็กวีด มีผลทำให้การทำงานของพนักงานที่มีอาการ มีประสิทธิภาพในการทำงานลดลงร้อยละ 7 อีกทั้งยังมีการศึกษาต่ออีกว่า การรักษาอาการภูมิแพ้จมูกด้วยยาต้านฮีสตามีน แบบไม่่วงนอนมีราคาในการรักษา 18 เหรียญดอลลาร์สหรัฐต่อสัปดาห์ แต่สามารถ

สร้างมูลค่าในการทำงานเพิ่มขึ้นมากกว่าตอนเจ็บป่วยแล้วไม่กินยาถึง 36 เหรียญดอลลาร์สหรัฐต่อสัปดาห์ ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าพฤติกรรมการทำงานในร่างกายนที่ไม่สมบูรณ์เป็นภัยเงียบต่อต้นทุนขององค์กรได้

บุคลากรทางแพทย์กับพฤติกรรมการทำงานในร่างกายนที่ไม่สมบูรณ์

สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นกลุ่มอาชีพที่สามารถพบพฤติกรรมการทำงานในร่างกายนที่ไม่สมบูรณ์ได้บ่อย ซึ่งเกิดจากลักษณะของงานประกอบไปด้วย (1) งานที่ต้องใช้ความสามารถสูง (2) งานที่มีลักษณะเฉพาะทางสูง (3) งานที่ชั่วโมงการทำงานยาวนาน และ (4) งานมีความเสี่ยงสูงต่อความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงาน (burnout syndrome)^[1,26] นอกจากนี้ลักษณะงานที่กล่าวไปแล้ว บุคลากรทางการแพทย์ก็จะให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับ (5) หน้าที่ คุณธรรมอันดี และวัฒนธรรมองค์กร เพื่อประโยชน์สูงสุดของคนไข้ทำให้เป็นส่วนที่เพิ่มความกดดันใน การทำงาน^[7] มีการศึกษา^[27] ในเมืองฟิลาเดลเฟีย รัฐเพนซิลเวเนีย ประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 2015 พบว่าปัจจัยที่ทำให้บุคลากรทางแพทย์นั้น ไปทำงานในขณะที่มีอาการป่วย ได้แก่ ความรู้สึกถึงหน้าที่และ

ความคาดหวังจากคนไข้ที่มีกับบุคลากรทางแพทย์ที่ร่วมกันรักษาคคนไข้ เป็นห่วงคนไข้ในการดูแลรักษาที่อาจจะขาดความต่อเนื่อง กลัวเพื่อนร่วมงานทำงานหนักและสูญเสียความเคารพซึ่งกันและกัน รู้สึกกดดันว่าตนเองจะเสียภาพลักษณ์ที่มีสุขภาพดี รวมทั้งยังเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมองค์กรที่บุคลากรทางแพทย์ต้องแสดงความเสียสละ และการทำเพื่อประโยชน์ของผู้อื่น การที่มีอาการป่วยจนต้องพักรักษาตัวนั้นจะแสดงถึงความอ่อนแอ ยังพบอีกว่าแพทย์ก็จะมีพฤติกรรมบางอย่างที่ไม่รับประทานยาในช่วงเจ็บป่วยที่ต้องมาทำงาน ซึ่งในความเป็นจริงสามารถรับประทานยา ร่วมกับการทำงานทางการแพทย์ได้ การแสดงให้เห็นถึงความเจ็บป่วยเป็นประเด็นที่พบได้ในบุคลากรทางการแพทย์ก่อนการหยุดงานเพื่อแสดงความชอบธรรมให้เพื่อนร่วมงานเห็นก่อนจะลาป่วย^[23] อีกทั้งยังมีเหตุการณ์การระบาดของโควิด-19 ที่ทำให้บุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มพยาบาลที่ต้องมีการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 อย่างใกล้ชิดและเป็นเวลานาน ซึ่งจากการศึกษา^[28] พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ 509 คนในปี ค.ศ. 2022 โดยเครื่องมือที่ใช้คือ แบบวัดความเครียดของกรมสุขภาพจิต แบบสอบถามความกลัวต่อสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่ามีความเครียดสูงถึงร้อยละ 45.8 และได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก อีก 4 ประเด็น คือ (1) รู้สึกละทิ้งการดูแลรอบครัวในภาวะวิกฤต (2) ความกลัวและความรับผิดชอบหลักต่อการดูแลผู้ป่วย (3) ภาวะหมดไฟจากการทำงาน (4) ความต้องการ การดูแลด้านจิตสังคม ซึ่งมีถึง 3 ประเด็น ยกเว้นความรู้สึกละทิ้งการดูแลรอบครัวในภาวะวิกฤต ยังเป็นส่วนที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการทำงานในร่างกายที่ไม่สมบูรณ์อีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา^[29] ภาวะสุขภาพ

จิตและภาวะหมดไฟในการทำงานในระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19 ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของจังหวัดชลบุรีในปี ค.ศ. 2022 ซึ่งพบว่าพยาบาลมีความเครียดถึงร้อยละ 57 และมีการเมินเฉยต่องานซึ่งเป็นลักษณะหนึ่งของภาวะหมดไฟในการทำงาน ร้อยละ 58 ทำให้สามารถสรุปได้ว่าสถานการณ์ การระบาดของโควิด-19 มีผลโดยตรงกับการเกิดพฤติกรรมการทำงานในร่างกายที่ไม่สมบูรณ์ซึ่งอาจเกิดผลกระทบต่อพยาบาลได้ จึงให้ประเด็นที่ความสำคัญทางอาชีวอนามัย องค์การควรมีระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตรวมถึงการป้องกันการเกิดพฤติกรรมการทำงานในร่างกายที่ไม่สมบูรณ์ของพยาบาล

การป้องกัน

ขั้นตอนเริ่มแรกในการป้องกันพฤติกรรมการทำงานในร่างกายที่ไม่สมบูรณ์ นั้นควรเริ่มต้นที่ การป้องกันปฐมภูมิ (primary prevention) ก่อน โดยจัดการความเสี่ยงในที่อยู่ในสถานประกอบการ โดย (1) จัดการองค์กร (organization management) ก่อนเบื้องต้นต้องมีการประเมินหัวหน้างาน และพนักงานในการทราบถึงลักษณะงาน องค์ประกอบในงาน หรือวัฒนธรรมองค์กรว่าในส่วนไหนเป็นปัญหา และมีการหาทางออกร่วมกัน แต่สำหรับการจัดการองค์กรอาจทำได้ยากกว่าที่ต้องใช้ความร่วมมือจากทุกฝ่ายทั้งเจ้าของ หัวหน้างาน พนักงาน และความยืดหยุ่นขององค์กรในการปรับเปลี่ยนอาจไม่เพียงพอ (2) การจัดการเปลี่ยนแปลงนโยบายการลาป่วยและวัฒนธรรมองค์กรเรื่องการลาป่วยเป็นเรื่องที่สำคัญที่มีส่วนช่วยได้ในการลดพฤติกรรมการทำงานในร่างกายที่ไม่สมบูรณ์ โดยการที่มโนนโยบายที่ไม่ได้มีการชี้วัดผลงานหรือการเลื่อนตำแหน่งจากการนับ

วันมาทำงาน และ(3) มีเกณฑ์ที่ชัดเจนในการลาป่วยเป็นสิ่งที่ทำให้สามารถจัดการกับพฤติกรรมการทำงานในร่างกายนั่นไม่สมบูรณ์ได้ผล ซึ่งมีการศึกษา^[30] ในปีค.ศ.2008 ที่ได้ทำในประเทศเนเธอร์แลนด์ ทำการสัมภาษณ์ลูกจ้าง 30 คน (ชาย 16 คน หญิง 14 คน) ที่มีอาการทางกระดูกและกล้ามเนื้อ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยมีความชัดเจนที่รุนแรงเช่น กระดูกหัก ลูกจ้างคนนั้นจะสามารถตัดสินใจได้ว่าการเจ็บป่วยนี้ควรได้รับการหยุดงานเพื่อพักฟื้น แต่สำหรับกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยที่ไม่สามารถระบุรายละเอียดที่ชัดเจนเช่น ปวดหลังส่วนล่าง ลูกจ้างจะต้องมีการตัดสินใจว่าควรหยุดงานหรือไม่ ซึ่งเป็นปัญหาในการประเมินตนเองของลูกจ้าง ซึ่งไม่ได้มีแนวทางที่ชัดเจนในการตอบคำถามนี้ให้ลูกจ้าง ซึ่งการหยุดงานไปก่อนเพื่อปรึกษาตัวให้ลูกจ้างที่เจ็บป่วยนั้นอาจเป็นคำตอบที่ไม่เพียงพอ ซึ่งในส่วนนี้องค์กรควรมีการปรึกษาแพทย์ว่าควรมีการระบุแนวทางการหยุดพักงานให้เหมาะสม และเพียงพอกับพนักงานที่เจ็บป่วยเพื่อช่วยพนักงานในการตัดสินใจหยุดงานเมื่อป่วย ในส่วนของวัฒนธรรมองค์กรนั้นต้อง (5) สร้างค่านิยมให้เรื่องสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญ ซึ่งอาจเกิดการที่หัวหน้างานทำเป็นแบบอย่างถ้าเกิดความเจ็บป่วยควรมีการพักให้หายดีก่อนกลับมาทำงาน มีการศึกษา^[31] ในประเทศโครเอเชีย ในปีค.ศ. 2017 ในบุคลากรทางการแพทย์ 595 คน (แพทย์ 150 คน พยาบาล 445 คน) โดยให้ทำแบบสอบถามเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการทำงานและวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลคนไข้ พบว่า กลุ่มที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลคนไข้สูง (เน้นคนไข้เป็นศูนย์กลาง ไม่สนใจสุขภาพตนเอง) จะทำให้เกิดพฤติกรรมการทำงานในร่างกายนั่นไม่สมบูรณ์ และประสิทธิภาพในการทำงานต่ำ ส่วน

การป้องกันทุติยภูมิ (secondary prevention) และการป้องกันตติยภูมิ (tertiary prevention) ที่เป็นการดูแลพนักงานรายบุคคลอาจทำได้ง่ายกว่าและมีรูปธรรมที่จับต้องได้มากกว่าเพราะไม่ต้องไปเปลี่ยนโครงสร้างการทำงาน การบริหาร อาจทำในรูปแบบของการใช้แบบสอบถามคัดกรองพฤติกรรมการทำงานในร่างกายนั่นไม่สมบูรณ์หรือเป็นการจัดโปรแกรมช่วยเหลือพนักงาน (employee assistance program) ซึ่งเป็นรูปแบบให้พนักงานมาปรึกษากับนักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์เรื่องเกี่ยวกับภาวะทางสุขภาพจิต โดยมีการนำข้อมูลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับพฤติกรรม การทำงานในร่างกายนั่นไม่สมบูรณ์ ไปวิเคราะห์ย้อนหลังเพื่อหาสาเหตุและจะได้จัดการปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพที่ถูกต้องตรงประเด็น อีกทั้งยังเป็นการรักษาภาวะทางสุขภาพจิตต่าง ๆ

สรุปผล

ปัญหาเรื่องพฤติกรรมการทำงานในร่างกายนั่นไม่สมบูรณ์นั้นอาจไม่ใช่เรื่องที่คนทั่วไปให้ความสนใจนัก เนื่องจากสามารถหาตัวชี้วัดได้ยาก และไม่เห็นถึงผลกระทบต่องานและองค์กรในหลาย ๆ ด้าน แต่ในลักษณะงานที่มักจะเป็นสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมดังกล่าว เช่น บุคลากรทางการแพทย์ แพทย์ ครัว ผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆที่มีความจำเพาะกับงานมากๆ ไม่สามารถหาคนมาทำแทนได้ ในองค์กรที่มีอาชีพเหล่านี้ควรมีการดูแลด้านอาชีวอนามัยในการทำงาน อาจเริ่มด้วยการจัดโปรแกรมช่วยเหลือพนักงาน ก่อน เพื่อรักษาและฟื้นฟูปัญหาที่เกิดขึ้น อีกทั้งยังได้ข้อมูลว่าหน่วยงานไหนบ้างมีปัญหาเรื่องพฤติกรรมการทำงานในร่างกายนั่นไม่สมบูรณ์มาน้อยเพียงใด และนำข้อมูลที่ได้อ้างอิงหาปัญหาที่แท้จริงโดย

ใช้ส่วนร่วมของหัวหน้าแผนกและผู้ปฏิบัติงานในการจัดการองค์กรเพื่อปรับลักษณะงาน หรืออย่างน้อยที่สุดเพื่อการปรับสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้เหมาะสมยิ่งขึ้น เช่น การปรับตัวบ่งชี้ในการทำงานโดยไม่ใช้ตัวชี้วัดด้านการมาทำงาน แต่ให้มีการชี้วัดที่ผลงานแทน หรือการปรับแบบเกณฑ์การหยุดงานให้มีระเบียบชัดเจนถึงเกณฑ์หยุดในการเจ็บป่วยต่าง ๆ ให้พนักงานง่ายต่อการตัดสินใจหยุดงาน

เอกสารอ้างอิง

- [1] Johns GJJooob. Presenteeism in the workplace: A review and research agenda 2010; 31(4): 519 – 42.
- [2] Nagata T, Mori K, Ohtani M, Nagata M, Kajiki S, Fujino Y, et al. Total health-related costs due to absenteeism, presenteeism, and medical and pharmaceutical expenses in Japanese employers 2018; 60(5) : 273.
- [3] Hansen CD, Andersen JH. Going ill to work--what personal circumstances, attitudes and work-related factors are associated with sickness presenteeism? Social science & medicine 2008; 67(6): 956–64.
- [4] Eurofound. Health and Wellbeing at Work: A Report Based on the Fifth European Working Conditions Survey; 2012.
- [5] Turpin RS, Ozminkowski RJ, Sharda CE, Collins JJ, Berger ML, Billotti GM, et al. Reliability and validity of the Stanford Presenteeism Scale 2004; 1123 – 33.
- [6] Smithy DJJAoEHAIJ. Absenteeism and “presenteeism” in industry 1970; 21(5): 670–7.
- [7] Aronsson G, Gustafsson K, Dallner MJJoE, Health C. Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism 2000; 54(7): 502 – 9.
- [8] Koopman C, Pelletier KR, Murray JF, Sharda CE, Berger ML, Turpin RS, et al. Stanford presenteeism scale: health status and employee productivity; 2002.
- [9] Schultz AB, Edington DWJJoor. Employee health and presenteeism: a systematic review. 2007; 17(3): 547 – 79 .
- [10] Virtanen M, Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J, Ferrie JEJO, medicine e. From insecure to secure employment: changes in work, health, health related behaviours, and sickness absence. 2003; 60(12): 948–53.
- [11] Kinman G, Clements AJ, Hart JJTPJ. When are you coming back? Presenteeism in UK prison officers 2019; 99(3): 363 – 83.
- [12] Development CIOPa. CIPD Absence Management: Annual Survey Report; 2016
- [13] Miraglia M, Johns GJJoohp. Going to work ill: A meta-analysis of the correlates of presenteeism and a dual-path model 2016; 21(3): 261.
- [14] Schaufeli WB, Bakker AB, Van Rhenen WJJJoBTIJJoI, Occupational, Psychology O, Behavior. How changes in job demands and resources predict burnout, work engagement, and sickness absenteeism 2009; 30(7): 893–917.
- [15] Development CIOPa. CIPD Good Work Index 2022 SURVEY REPORT; 2022.
- [16] Hayes SW, Priestley JL, Ishmakhametov N, Ray HE. “I’m not Working from Home, I’m Living at Work”: Perceived Stress and

- Work-Related Burnout before and during COVID-19; 2020.
- [17] Bergström G, Bodin L, Hagberg J, Aronsson G, Josephson MJ. Sick leave, medicine use, sickness absenteeism today, sickness absenteeism tomorrow? A prospective study on sickness absenteeism and future sickness absenteeism; 2009.
- [18] Kivimäki M, Head J, Ferrie JE, Hemingway H, Shipley MJ, Vahtera J, et al. Working while ill as a risk factor for serious coronary events: the Whitehall II study 2005; 95(1): 98 – 102.
- [19] Sanderson K, Andrews G. Common mental disorders in the workforce: recent findings from descriptive and social epidemiology 2006; 51(2): 63 – 75.
- [20] Sanderson K, Tilse E, Nicholson J, Oldenburg B, Graves N. Which presenteeism measures are more sensitive to depression and anxiety? 2007; 101(1-3): 65 – 74.
- [21] Howard KJ, Mayer TG, Gatchel RJ. Effects of presenteeism in chronic occupational musculoskeletal disorders: stay at work is validated; 2009.
- [22] Webster RK, Liu R, Karimullina K, Hall I, Amlot R, Rubin G. A systematic review of infectious illness presenteeism: prevalence, reasons and risk factors; 2019 19(1): 1 – 13.
- [23] Kinman G. Sick leave presenteeism at work: prevalence, costs and management. British medical bulletin; 2019.
- [24] Sanderson K, Cocker F. Presenteeism: Implications and health risks 2013; 42(4): 172 – 5.
- [25] Hemp PJ. Presenteeism: at work-but out of it 2004; 82(10): 49 – 58.
- [26] Garrow V. A review of current thinking; 2016.
- [27] Szymczak JE, Smathers S, Hoegg C, Klieger S, Coffin SE, Sammons JS. Reasons why physicians and advanced practice clinicians work while sick: a mixed-methods analysis 2015; 169(9): 815 – 21.
- [28] Nittaya Suksupa WJ. Stress and Fear on the Duty Awareness during COVID-19 Outbreak of Registered Nurses, Chareonkrung Phacharuk Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2022; 23(3): 457 – 69.
- [29] Parit Phongam NP, Srirat Lormphongs. Mental Health Status and Burnout during COVID-19 Pandemic among Registered Nurses in a General Hospital, Chonburi Province. Journal of The Royal Thai Army Nurse 2022; 23(2): 364 – 71.
- [30] Hoofman WE, Westerman MJ, Van Der Beek AJ, Bongers PM, Van Mechelen W. What makes men and women with musculoskeletal complaints decide they are too sick to work? ;2008.
- [31] Brborović H, Brborović O. Patient safety culture shapes presenteeism and absenteeism: a cross-sectional study among Croatian healthcare workers. 2017; 68(3): 185 – 9.

บทความวิจัยต้นฉบับ :
การประเมินผลลัพธ์โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
โดยใช้แนวคิดการวิจัยประเมินผลเชิงปฏิบัติการ
Outcomes Assessment of the Health Behavior Modification Program
for Diabetes Disease Risk Groups using the Action Research Evaluation.

นพพงษ์ พงศ์เลิศโกศล
Noppong Pongloesgason
โรงพยาบาลเทพารักษ์ จังหวัดนครราชสีมา
Theparak hospital, Nakhon Ratchasima Province
เบอร์โทรศัพท์ 09-7336-0901; E-mail : oatsawa30@gmail.com
วันที่รับ 14 ก.พ. 2566; วันที่แก้ไข 27 มี.ค. 2566; วันที่ตอบรับ 20 เม.ย. 2566

บทคัดย่อ

การวิจัยประเมินผลลัพธ์โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยใช้แนวคิดการวิจัยประเมินผลเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลลัพธ์การดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ เจตคติและพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ระหว่างเดือน มิถุนายน ถึง ธันวาคม 2565 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบบันทึกการประชุม และแบบสอบถาม เก็บข้อมูล 2 ครั้ง ก่อนและหลังการดำเนินงานข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลจากแบบสอบถามวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ เจตคติและพฤติกรรมด้วยสถิติวิเคราะห์ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการดำเนินงานกลุ่มเสี่ยงมีระดับน้ำตาลลดลงเป็นกลุ่มปกติ 9 คน อยู่ในระดับเสี่ยง 21 คน และ 1 คนระดับน้ำตาลไม่เปลี่ยนแปลง นอกนั้นระดับน้ำตาลลดลงทั้งหมด

ข้อมูลจากแบบสอบถามพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.7) อายุระหว่าง 55-64 ปี (ร้อยละ 43.0) จบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 63.3) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 63.3) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 2,001 – 6,000 บาท (ร้อยละ 36.7) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 16.7) ส่วนใหญ่เป็นไขมันสูง (ร้อยละ 6.7) ญาติสายตรงป่วยเป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 20.0) โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 20.0) เป็นทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 23.3) รอบเอวเฉลี่ย 70 – 85 เซนติเมตร น้ำหนักเฉลี่ย 64 - 79 กิโลกรัม ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 102 ถึง 122 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ก่อนการเข้าร่วมโครงการกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 83.3) ค่าเฉลี่ยด้านเจตคติต่อโรคเบาหวานอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 53.3) ค่าเฉลี่ยด้านพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 76.7) หลังเข้าร่วมโครงการมีค่าเฉลี่ยความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 86.7) ค่าเฉลี่ยด้านเจตคติระดับต่ำ (ร้อยละ 46.7) และค่าเฉลี่ยด้านพฤติกรรมระดับสูง (ร้อยละ 40.0) เปรียบเทียบความแตกต่างของ

ค่าเฉลี่ยความรู้ เจตคติและพฤติกรรม ก่อนและหลังโครงการ พบว่าความรู้เจตคติและพฤติกรรม หลังเข้าร่วมโครงการดีขึ้น (P -value 0.17, 0.00 และ 0.00 ตามลำดับ)

คำสำคัญ : โรคเบาหวาน; กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน; การวิจัยประเมินผลเชิงปฏิบัติการ

Abstract

The outcome assessment of health modification program for diabetes risk groups research using the concept of action research evaluation. Aimed to evaluate the outcomes of the health behavior change program and compare the means differences of knowledge, attitude and health behaviors of diabetes risk groups. Conducted between June and December 2022. The tools used for data collection were group meeting recordings and 2 data collection questionnaires before and after the operation. Qualitative data analyzed by content analysis. Questionnaires data analyzed by descriptive statistics. Compare the means differences of knowledge, attitudes and behaviors analyzed by Paired t-test.

The results from focus group, The risk group had a decrease in sugar level as a normal group of 9 people, still in the risk level of 21 people, found that 1 person whose sugar level did not change. Other than that, sugar levels are all reduced. The samples were female (66.7%), aged between 55-64 years (43.0%), primary school education (63.3%), occupation being agriculture (63.3%), average monthly income 2,001– 6,000 Baht (36.7%) had underlying disease (16.7%), high lipid disease (6.7%), relative with diabetes

(20.0%), hypertension (20.0%) were both diabetes and hypertension (23.3%) had an average waistline 70-85 centimeters, an average weight of 64-79 kilograms, an average blood sugar level of 102 to 122 mg/dL. Before joining the project, the samples group had a moderate level of diabetes knowledge (83.3%). The average attitude towards diabetes was low level (53.3%), the average behavior was low level (76.7%). After participating, the mean of knowledge was moderate level (86.7%), attitude toward diabetes was low level (46.7%) and behavior was high level (40.0%). Comparing the differences mean of knowledge, attitudes and behaviors of Diabetes Risk Groups before and after operation, It was found that, knowledge attitude and behavior after participating in the project improved (P -value 0.17, 0.00 and 0.00 respective)

Keywords : Diabetes Disease; Diabetes Disease Risk Groups; Action Research Evaluation

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและทำให้เกิดปัญหาในด้านต่าง ๆ อย่างมากมาย และเป็นอีกหนึ่งปัญหาด้านสาธารณสุขของประเทศไทย ที่ยังคงคุกคามสุขภาพอนามัยของประชาชนอย่างต่อเนื่อง เป็นโรคเรื้อรังที่มีสาเหตุมาจากพันธุกรรม และหรือความบกพร่องในการผลิตอินซูลินของตับอ่อน หรืออินซูลินขาดประสิทธิภาพ โดยมีแนวโน้มที่รุนแรงเพิ่มมากขึ้น ข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่าในปี พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 537 ล้านคน และโรคเบาหวานเป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 คน

ในทุก ๆ 5 วินาที และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยสูงถึง 643 ล้าน คน^[1] ส่วนประเทศไทยพบว่าในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยจำนวน 3.3 ล้านคน มีผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 3 แสนคนและในปีพ.ศ.2563 มีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 16,388 คน คิดเป็นอัตราตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน โดยทำให้เกิดความสูญเสียด้านการรักษาพยาบาลทางด้านสาธารณสุขเป็นจำนวนเงินถึง 47,596 ล้านบาท^[2] สำหรับอำเภอเทพารักษ์ จังหวัดนครราชสีมาพบว่า ในปี พ.ศ. 2563 มีอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวาน 10,057.75 ต่อประชากรแสนคน มีอัตราผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 996.58 ต่อประชากรแสนคน อัตรากลุ่มเสี่ยง 4195.83 ต่อประชากรแสนคน และในปี พ.ศ. 2564 มีอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 10,660.20 ต่อประชากรแสนคน อัตราผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 1,024.82 ต่อประชากรแสนคน มีอัตรากลุ่มเสี่ยง 2,945.72 ต่อประชากรแสนคน^[3] และจากการตรวจคัดกรองประชาชนอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ในพื้นที่อำเภอเทพารักษ์จำนวน 8,710 คน ในระหว่างเดือนตุลาคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2564 พบว่ามีกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเบาหวานจำนวน 470 คน คิดเป็นร้อยละ 5.40 ของประชาชนที่ได้รับการตรวจคัดกรอง^[4] ที่ผ่านมาอำเภอเทพารักษ์ จังหวัดนครราชสีมาได้มีการดำเนินโครงการ เพื่อแก้ไขปัญหาโรคเบาหวานในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เช่น การรวมกลุ่มกันออกกำลังกาย การให้ความรู้ผ่านช่องทางต่าง ๆ และการรณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักให้เกิดขึ้นแก่ประชาชนในพื้นที่ แต่พบว่าปัญหาการเกิดกลุ่มเสี่ยงและเกิดผู้ป่วยรายใหม่ยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 โรงพยาบาลเทพารักษ์ จึงได้ดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้

กับกลุ่มเสี่ยง ประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยประเมินผลเชิงปฏิบัติการเป็นรูปแบบของกระบวนการวิจัย กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยคือกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่ได้จากการคัดกรองในปีงบประมาณ 2565 ในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2564 ซึ่งสมัครใจเข้าร่วมในกระบวนการวิจัย จำนวน 30 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2565

โดยการวิจัยนี้จะให้ความสำคัญกับ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (diabetes disease risk groups) ซึ่งหมายถึงผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป หรือผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี ถ้ามีปัจจัยเสี่ยง เช่น มีญาติสายตรงป่วย อ้วนโดยมีน้ำหนักตัวมากกว่าร้อยละ 20 ของน้ำหนักตัว หรือดัชนีมวลกาย มากกว่าหรือเท่ากับ 25 ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หรือมีประวัติการคลอดบุตรที่น้ำหนักตัวแรกคลอดมากกว่า 4 กิโลกรัม หรือมีประวัติน้ำตาลในเลือดสูงจากการตรวจเลือดโดยการงดอาหาร (fasting plasma glucose) คือ 100-125 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือตรวจวัดน้ำตาลในเลือด 2 ชั่วโมงหลังกินกลูโคส 75 กรัม ตรวจพบน้ำตาล 140 - 199 มิลลิกรัม/เดซิลิตร^[5] อย่างไรก็ตามกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่ไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงที่มี จะสามารถพัฒนาความรุนแรงของความเสี่ยงทำให้กลายเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ในอนาคต ดังนั้นพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานควรจะต้องคำนึงถึง โดยพฤติกรรมสุขภาพแบ่งออกเป็น 2 ด้าน^[6] คือ พฤติกรรมสุขภาพภายนอก (overt health behavior) เป็นปฏิกิริยาต่าง ๆ ของบุคคลที่แสดงออกมาทั้งทางวาจา และการกระทำซึ่งคนอื่นสามารถ

มองเห็นหรือสังเกตได้ และพฤติกรรมสุขภาพภายใน (covert health behavior) เป็นปฏิกิริยาภายในตัวบุคคลมีทั้งเป็นรูปธรรมและนามธรรม ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นทั้งการปรับเปลี่ยนภายในและภายนอก^[7]

อย่างไรก็ตามเนื่องจากเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติมาอย่างเคยชิน การจะเปลี่ยนแปลงหรือปรับเปลี่ยนทันทีจึงเป็นเรื่องยาก ดังนั้นกระบวนการติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่คาดหวังจึงเป็นสิ่งสำคัญ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการวิจัยประเมินผลเชิงปฏิบัติการ (action research evaluation) มาประยุกต์ใช้ เนื่องจากเป็นกระบวนการวิจัยเพื่อประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานโครงการ หรือแผนงานต่าง ๆ ซึ่งนำระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาประยุกต์ใช้ให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการทำงานหรือโครงการที่ดำเนินการ นิยมนำมาใช้ในการประเมินผลลัพธ์ของโครงการที่เน้นการมีส่วนร่วมในกระบวนการประเมินเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของกระบวนการพัฒนาที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยน หรือเกิดผลลัพธ์ที่ต้องการมากขึ้น โดยมีแนวคิดที่สำคัญ 4 ประการ^[8] ได้แก่ เน้นการพูดคุยและสะท้อนข้อมูลเรื่องผลลัพธ์เป็นสำคัญ คนที่มาพูดคุยต้องเป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียหรือเกี่ยวข้องกับกระบวนการที่ดำเนินการ ดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อทำให้เกิดเป็นการเรียนรู้ร่วมกัน และต้องคุยกันด้วยข้อมูลที่เกิดขึ้นเชิงประจักษ์ นอกจากนี้การติดตามด้วยวิธีนี้ยังเป็นการส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายได้มีโอกาสทบทวนความรู้ที่เคยได้รับ และมีโอกาสได้สอบถาม แลกเปลี่ยนข้อมูลกับคนอื่น ๆ เพื่อนำไปปรับใช้กับตนเอง ที่จะช่วยทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้กระบวนการประชุมกลุ่ม เพื่อให้เกิดบรรยากาศของการพูดคุย

ทบทวนและแลกเปลี่ยนอย่างต่อเนื่อง ยังจะช่วยทำให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ขึ้นได้ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพคือระดับสมรรถนะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และปรับใช้ข้อมูลความรู้ และบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม^[9] ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงเป็นประเด็นที่หลายประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศที่พัฒนาแล้วกำลังให้ความสนใจกันอย่างมากในขณะนี้ จากการที่มีหลักฐานและวิจัยจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ ที่บ่งชี้ว่าการศึกษาแม้จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้คนอ่านออกเขียนได้ แต่การศึกษาเพียงอย่างเดียวอาจไม่สามารถทำให้คนมีทักษะ เพียงพอ หรือ “รอบรู้” พอที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อปฏิบัติตน และรักษาสุขภาพของตนเองให้ได้อยู่เสมอ ซึ่ง Nutbeam D. และ คณะ^[10] ศึกษาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ในเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในกลุ่มผู้ป่วยประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ร้อยละ 48 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวานที่เขาเป็นอยู่ ในระดับที่ต่ำ ซึ่งไม่เพียงพอต่อการดูแลสุขภาพตนเอง การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพดูเหมือนเป็นทางออกที่สำคัญที่จะแก้ต้นเหตุของปัญหาโดยตรงความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงถือว่าเป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคม ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพตนเองให้คงดีอยู่เสมอ^[11] ดังนั้นหากประชากรมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานระดับต่ำแล้ว ย่อมส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับต่ำเช่นกัน^[12]

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอเทพารักษ์ จังหวัดนครราชสีมา

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลัง การดำเนินงานของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอเทพารักษ์ จังหวัดนครราชสีมา

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตเชิงพื้นที่ การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในพื้นที่อำเภอเทพารักษ์ จังหวัดนครราชสีมา
ขอบเขตเชิงประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่ได้จากการตรวจคัดกรองน้ำตาลในกระแสเลือดด้วยวิธีการเจาะปลายนิ้วมือหลังอดอาหารไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง โดยมีระดับน้ำตาล 140-180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 470 คน กลุ่มตัวอย่างได้แก่ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่สมัครใจเข้าร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานของโรงพยาบาลเทพารักษ์ จำนวน 30 คน

ขอบเขตช่วงเวลาที่ศึกษา การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาวิจัยระหว่าง มิถุนายน พ.ศ. 2565 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2565

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผลเชิงปฏิบัติการ

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่ได้จากการตรวจคัดกรองน้ำตาลในกระแสเลือดด้วยวิธีการเจาะปลายนิ้วมือหลังอดอาหารไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง ในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 470 คน

กลุ่มตัวอย่างคือประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่สมัครใจเข้าร่วมในโครงการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานของโรงพยาบาลเทพารักษ์ จำนวน 30 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการวิจัย : ประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยประเมินผลเชิงปฏิบัติการที่สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพนำมาใช้เพื่อประเมินผลโครงการและมีการพัฒนาโดยผู้เชี่ยวชาญมาแล้ว ซึ่งเน้นกระบวนการสะท้อนผลลัพธ์ของการดำเนินงานกับกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการวิจัยโดยใช้รูป

แบบของการประชุมกลุ่มและการติดตามผล โดยเน้นการคุยเรื่องผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (focus group)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล : ประกอบด้วยแบบบันทึกการประชุมกลุ่ม และแบบสอบถามกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน:

2.1 แบบบันทึกการประชุมกลุ่ม เป็นการบันทึกตามเนื้อหาและประเด็นของการประชุม เป็นแบบปลายเปิด โดยประเด็นในการประชุมกลุ่มจะให้ความสำคัญถึงกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดำเนินการ ข้อมูลและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน เพื่อร่วมกันวิเคราะห์และหาแนวทางในการพัฒนาและปรับกระบวนการให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

2.2 แบบสอบถามกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ผู้วิจัยพัฒนาจากเอกสารและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยเมื่อสร้างเครื่องมือเสร็จแล้วได้นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ในพื้นที่อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา เนื่องจากเป็นพื้นที่ใกล้เคียงกับพื้นที่วิจัย และมีบริบทชุมชนคล้ายกัน กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจำนวน 30 คน ได้ผลการทดสอบความเชื่อมั่น ของเครื่องมือเท่ากับ 0.85 อยู่ในเกณฑ์ที่สามารถนำเครื่องมือไปใช้ในการวิจัยได้ต่อไป

2.2.1 ข้อมูลด้านความรู้มีทั้งหมด 12 ข้อ มีคำตอบให้เลือกคือ ใช่ และ ไม่ใช่ และจะแบ่งระดับความรู้ออกเป็น 3 ระดับตามคะแนนเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์การประเมินของ ชนิศาต สงวนวงศ์ วิจิตร^[13] คือ

ความรู้ที่ถูกต้องอยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 80 ถึง 100

ความรู้ที่ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 60 ถึง 79.99

ความรู้ที่ถูกต้องอยู่ในระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ย ต่ำกว่าร้อยละ 60 ลงมา

2.2.2 ข้อมูลด้านเจตคติของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีทั้งหมด 9 ข้อ มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย แบ่งระดับเจตคติออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับของเบสท์^[14] คือ

มีเจตคติที่ถูกต้องในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ย 2.34 ถึง 3.00

มีเจตคติที่ถูกต้องในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 1.68 ถึง 2.33

มีเจตคติที่ถูกต้องในระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ย 1 ถึง 1.67

2.2.3 ข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพมีทั้งหมด 10 ข้อ มีคำตอบให้เลือกคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้งและ ไม่เคยปฏิบัติ และแบ่งระดับของพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การประเมินของ เบสท์^[14] คือ

มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับสูงมีคะแนนเฉลี่ย 2.34 ถึง 3.00

มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 1.68 ถึง 2.33

มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ย 1 ถึง 1.67

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล : แบบบันทึกการประชุมกลุ่ม จัดเก็บจำนวน 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 หลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมที่โครงการจัดขึ้นครั้งแรก ครั้งที่ 2 ระหว่างการดำเนินงานตามแผน และครั้งที่ 3 เมื่อการดำเนินงานครบกระบวนการที่กำหนดไว้ โดยจะเน้นที่ผลลัพธ์ของการปรับ

เปลี่ยนพฤติกรรมเป็นหลัก ส่วนแบบสอบถาม พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง เก็บ 2 ครั้ง คือก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ โดยทีมวิจัยเป็นผู้ช่วยเก็บ รวบรวม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย : ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ข้อมูลจาก แบบบันทึกการประชุมการตั้งวงสะท้อน ใช้ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา(content analysis) ส่วนข้อมูล ที่ได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของ กลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความ แตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ เจตคติและพฤติกรรม สุขภาพก่อนและหลังการดำเนินงานโดยใช้สถิติ Paire t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย ได้รับการรับรอง จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา รหัส KHE 2022-034 เมื่อวันที่ 26 พฤษภาคม 2565 ทั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แจง วัตถุประสงค์การวิจัยและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่าง ทราบด้วยตนเอง เพื่อให้การตัดสินใจเข้าร่วม กิจกรรมเป็นไปด้วยความเข้าใจและสมัครใจเข้า ร่วมในกระบวนการวิจัยด้วยตนเอง

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

1. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการดำเนิน โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอเทพารักษ์ จังหวัด นครราชสีมา

1.1 ข้อมูลจากแบบบันทึกการประชุม

1.1.1 การประชุมครั้งที่ 1 หลังการเข้าร่วม กิจกรรมที่โครงการจัดขึ้นครั้งแรกทันที (วันที่ 11 มิถุนายน พ.ศ. 2565) การประชุมครั้งนี้มี วัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันของทีม วิจัยที่เกี่ยวข้องและกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้า ร่วมกิจกรรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เกี่ยวกับแนวทางและกิจกรรมต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น ตลอดระยะเวลาการวิจัย 6 เดือน โดยผู้วิจัยได้ให้ รายละเอียดเกี่ยวกับหลักสูตรและเนื้อหาที่นำมา ใช้ในการเข้าค่ายกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเน้นให้เกิดการเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่าง จาก การลงมือทำเองและการแลกเปลี่ยนกับสมาชิก ที่มาร่วมกัน

ผลจากการประชุมครั้งที่ 1 ทำให้กลุ่ม ตัวอย่างมีความเข้าใจถึงกระบวนการที่ต้อง เข้าร่วมในกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ การเข้าร่วมการประชุมเพื่อติดตามผลลัพธ์ การเปลี่ยนแปลงการนำแนวคิดและความรู้ที่ได้รับ ไปปฏิบัติต่อเมื่ออยู่ในครอบครัว รวมถึงร่วม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันระหว่างกลุ่ม ตัวอย่างด้วยกัน และกับผู้วิจัย

1.1.2 การประชุมครั้งที่ 2 ระหว่างการดำเนินงาน (วันที่ 9 กันยายน พ.ศ. 2565) การประชุมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามผลลัพธ์ของการดำเนินงาน และติดตามการทำกิจกรรม ต่าง ๆ ที่สืบเนื่องจากการประชุมครั้งที่ 1 การประชุมเริ่มต้นจากการ ทบทวนกระบวนการทำงานตามข้อตกลงที่ได้ตกลงร่วมกันไว้ตั้งแต่การประชุมครั้งที่ 1 โดยเน้นเรื่องการปรับพฤติกรรมตนเองตาม แนวทางที่ได้รับความรู้ไป และเน้นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผ่านมาของแต่ละคนในช่วง 3 เดือน

ผลที่ได้จากการประชุมในครั้งนี้ 2 พบว่า ในประเด็นการนำความรู้ที่ได้ไปปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ สิ่งที่เกิดการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดคือ การเลือกรับประทานอาหารที่ลดความเสี่ยงมากขึ้น เช่น เปลี่ยนจากไข่เจียวเป็นไข่ต้ม เน้นการกินผักต้มมากกว่านำมาผัด ลดปริมาณข้าวในแต่ละมื้อลง หลีกเลี่ยงการกินระหว่างมื้อ และที่ชัดเจนคือการดื่มน้ำในแต่ละวันเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมเพื่อการออกกำลังกายในแต่ละวันเพิ่มมากขึ้น โดยบางคนนำความรู้จากการเข้าค่ายมาออกกำลังกาย และบางคนมีการออกกำลังกายตามความถนัดของตนเอง โดยส่วนใหญ่จะหาเวลาออกกำลังกายเองที่บ้าน สิ่งที่เห็นในเวทีคือการเสริมแรงระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ที่คิดว่าตนเองยังทำได้ไม่ดีพอ หรือเป็นปัญหาในการปฏิบัติ ซึ่งจะเป็นการช่วยกระตุ้นและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ผลที่เกิดขึ้นครั้งนี้ทำให้กลุ่มเป้าหมายไม่ล้มกระบวนการที่เป็นข้อตกลงร่วมกันได้ทบทวนความรู้ และเนื้อหาที่ได้จากการเข้าค่ายปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเกิดการแลกเปลี่ยนแนวทางการดำเนินงาน และมี การเสริมสร้างกำลังใจเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่จะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานร่วมกัน และสุดท้ายก่อนปิดการประชุมกลุ่ม ผู้วิจัยได้ทบทวนกระบวนการทำงานร่วมกันอีกครั้ง ทบทวนความรู้และแนวทางปฏิบัติที่ควรจะต้องดำเนินการร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงและลดความเสี่ยงลง และได้นัดหมายการประชุมกลุ่มครั้งที่ 3 ซึ่งเป็นครั้งสุดท้ายก่อนปิดโครงการ

1.1.3 การประชุมครั้งที่ 3 เมื่อกระบวนการดำเนินงานสิ้นสุดลงตามแผนงานที่กำหนดไว้ (18 ธันวาคม พ.ศ. 2565) ครั้งนี้เน้นการพูดถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นโดยให้แต่ละคนเล่าเรื่องราว และประสบการณ์ของตนเองในช่วงตั้งแต่เริ่มต้น

จนถึงวันประชุมนี้ ว่าทำอะไรบ้าง ทำอย่างไร ทำแล้วเห็นการเปลี่ยนแปลงอะไรเกิดขึ้นบ้าง ปัญหาอุปสรรคที่พบจากการเข้าร่วมกิจกรรมและนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติที่บ้านและการประชุมครั้งนี้จะมีการวัดรอบเอวชั่งน้ำหนักและการเจาะเลือดที่ปลายนิ้วมือ เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งจะมีทีมผู้ช่วยวิจัยมาช่วยเก็บข้อมูลเหล่านี้ ก่อนที่จะเริ่มการประชุมกลุ่ม

ผลที่ได้จากการประชุมกลุ่มครั้งนี้คือกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน ได้มีโอกาสเล่าประสบการณ์ของตนเอง ในการนำความรู้ที่ได้ไปปรับเปลี่ยน พฤติกรรมของ ซึ่งจะเห็นว่าแม้จะได้รับความรู้เดียวกันจากการเข้าค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแต่วิธีการและแนวทางที่แต่ละคนนำไปปฏิบัติกันนั้นจะมีความแตกต่างกัน ตามสถานการณ์ บริบท และสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนและอาชีพของแต่ละคน ทำให้เห็นความหลากหลายของ การนำแนวทางไปปรับใช้ ส่วนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้านรอบเอว น้ำหนักและระดับน้ำตาลพบว่า ก่อนการดำเนินงานกลุ่มตัวอย่างมีรอบเอวเฉลี่ย 87.33 เซนติเมตร น้ำหนักเฉลี่ย 64.76 กิโลกรัม และมีระดับน้ำตาลเฉลี่ย 114.80 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ส่วนหลัง การดำเนินงาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรอบเอวเฉลี่ย 84.73 เซนติเมตร น้ำหนักเฉลี่ย 63.06 กิโลกรัม และมีระดับน้ำตาลเฉลี่ย 107.53 มิลลิกรัม/เดซิลิตร จากข้อมูลดังกล่าวพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรอบเอวเท่าเดิมไม่มีการเปลี่ยนแปลงจำนวน 6 ราย มีน้ำหนักไม่เปลี่ยนแปลงจำนวน 10 ราย และมีระดับน้ำตาลไม่เปลี่ยนแปลงจำนวน 1 ราย ในจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับน้ำตาลลดลงพบว่าเข้าสู่เกณฑ์ปกติจำนวน 9 ราย และยังจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงจำนวน 20 ราย ไม่มีกลุ่มตัวอย่างคนใดที่มีระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้นจากการวัดครั้งที่ 2

สำหรับประเด็นปัญหา อุปสรรคที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พบได้แก่ ในระยะแรก ๆ จะมีการล้มเทคนิคและวิธีการที่ได้จากการเข้าค่ายไปบ้าง แต่ก็แก้ปัญหาด้วยการสอบถามคนอื่น ๆ เพื่อความชัดเจนการต้องปรับวิธีการปรุงอาหารที่จะต้องกินร่วมกันทั้งครอบครัว ซึ่งเป็นการปรับตัวร่วมกันของสมาชิก ที่อาจจะไม่คุ้นชิน ลดการซื้ออาหารสำเร็จรูปมาบริโภค การปรับวิธีการต้มน้ำเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพให้มากขึ้น โดยพบว่าแรก ๆ ตัวเองกับครอบครัวยังไม่ชินกับการทานอาหารที่ต้องเปลี่ยนแปลงไปบ้าง ทำให้ในระยะแรก ๆ อยู่ระหว่างการปรับตัว การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจึงยังเกิดไม่ชัดเจน แต่หลังจากเดือนที่ 2 มาแล้ว กิจกรรมต่าง ๆ เริ่มชัดเจนและสามารถปรับตัวได้แล้ว จึงสามารถจัดกิจกรรมและดำเนินการต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ทำให้เมื่อถึงเดือนสุดท้ายจึงเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น และปัญหา อุปสรรคหนึ่งที่กลุ่มตัวอย่างสะท้อนร่วมกันว่าเกี่ยยากนั้นคือการมีงานบุญในชุมชนที่ยังมีการจัดเมนูอาหาร

ที่ยังเน้นอาหารรสหวานและมันอยู่

1.2 ข้อมูลจากแบบสอบถาม

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 20 คน (ร้อยละ 66.7) อายุระหว่าง 55-64 ปี จำนวน 13 คน (ร้อยละ 43.0) การศึกษาสูงสุดระดับชั้นประถมศึกษา จำนวน 19 คน (ร้อยละ 63.3) อาชีพหลักเป็นอาชีพเกษตรกรกรรม จำนวน 19 คน (ร้อยละ 63.3) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 2,001 – 6,000 บาท จำนวน 11 คน (ร้อยละ 36.7) มีโรคประจำตัวจำนวน 5 คน (ร้อยละ 16.7) ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคไขมัน จำนวน 2 คน (ร้อยละ 6.7) มีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 6 คน (ร้อยละ 20.0) โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 6 คน (ร้อยละ 20.0) เป็นทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 7 คน (ร้อยละ 23.3) มีรอบเอวเฉลี่ย 70–85 เซนติเมตร น้ำหนักเฉลี่ย 64 - 79 กิโลกรัม ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 102 ถึง 122 มิลลิกรัม/เดซิลิตร รายละเอียดตามตาราง 1

ตาราง 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	10	33.3
หญิง	20	66.7
อายุ ปี (เต็ม)		
น้อยกว่า 25 ปี	0	0.0
25-34 ปี	0	0.0
35-44 ปี	3	10.0
45-54 ปี	9	30.0
55-64 ปี	13	44.0

ตาราง 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=30) (ต่อ)

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
65 ปี ขึ้นไป	5	16.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	0	0.0
ประถมศึกษา	19	63.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	16.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	4	13.3
อนุปริญญา / ปวส. / หรือเทียบเท่า	0	0.0
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	2	6.7
อาชีพ		
เกษตรกร	19	63.4
รับจ้าง	9	30.0
ธุรกิจส่วนตัว	0	0.0
ค้าขาย	0	0.0
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	1	3.3
อื่นๆ	1	3.3
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ไม่เกิน 2,000 บาท	6	20.0
2,001 – 6,000 บาท	11	36.6
6,001 – 10,000 บาท	8	26.7
มากกว่า 10,000 บาท	5	16.7
ปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่		
มี	5	16.7
ไม่มี	25	83.3
ท่านมีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงหรือไม่		
มี	19	63.3
เบาหวาน	6	31.6
ความดันโลหิตสูง	6	31.6

ตาราง 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=30) (ต่อ)

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	7	36.8
ไม่มี	11	36.7
ความยาวรอบเอว (เซนติเมตร)		
70 ถึง 85	16	53.3
86 ถึง 96	8	26.7
97 ถึง 108	6	20.0
น้ำหนักตัวปัจจุบัน (กิโลกรัม)		
48 ถึง 63	13	43.6
64 ถึง 79	15	49.8
80 ถึง 99	2	6.6
ระดับน้ำตาลในเลือด (มิลลิกรัม/เดซิลิตร))		
102 ถึง 122	24	80.0
123 ถึง 142	5	16.7
143 ถึง 164	1	3.3

ก่อนการเข้าร่วมโครงการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานอยู่ในระดับ ปานกลาง (ร้อยละ 83.3) รองลงมาคือระดับสูง (ร้อยละ 10.0) และระดับต่ำ (ร้อยละ 6.6) และหลังจากเข้าร่วมโครงการมีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานอยู่ในระดับระดับปานกลาง (ร้อยละ 86.7) รองลงมาคือระดับสูง (ร้อยละ 10.0) และระดับต่ำ (ร้อยละ 3.3) รายละเอียดตามตาราง 2

ตาราง 2 แสดงระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม (n=30)

เนื้อหา	ความรู้ที่ถูกต้องระดับสูง		ความรู้ที่ถูกต้องระดับปานกลาง		ความรู้ที่ถูกต้องระดับต่ำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม	3	10.0	25	83.3	2	6.6
หลังการเข้าร่วมกิจกรรม	3	10.0	26	86.7	1	3.3

ก่อนการเข้าร่วมโครงการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยด้านเจตคติต่อโรคเบาหวานอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 53.3) รองลงมาคือระดับปานกลาง (ร้อยละ 26.7) และระดับสูง (ร้อยละ 20.0) และหลังจากเข้าร่วมโครงการมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 46.7) รองลงมาคือระดับสูง (ร้อยละ 40.0) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 13.3) รายละเอียดตามตาราง 3

ตาราง 3 แสดงระดับเจตคติเรื่องโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม (n=30)

เนื้อหา	เจตคติที่ต้อง ระดับสูง		เจตคติที่ต้อง ระดับปานกลาง		เจตคติที่ต้อง ระดับต่ำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม	6	20.0	8	26.7	16	53.3
หลังการเข้าร่วมกิจกรรม	12	40.0	4	13.3	14	46.7

คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมที่ต้องของ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานก่อนเข้าร่วมโครงการอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 76.7) รองลงมาคือระดับปานกลาง (ร้อยละ 13.3) และระดับสูง (ร้อยละ 10.0) และหลังจากเข้าร่วมโครงการมีค่าเฉลี่ยด้านพฤติกรรมที่ต้องอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 40.0) รองลงมาคือระดับปานกลาง (ร้อยละ 33.3) และระดับต่ำ (ร้อยละ 26.6) รายละเอียดตามตาราง 4

ตาราง 4 แสดงระดับพฤติกรรมสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม (n=30)

เนื้อหา	พฤติกรรมสุขภาพที่ ถูกต้องระดับสูง		พฤติกรรมสุขภาพที่ ถูกต้องระดับปานกลาง		พฤติกรรมสุขภาพ ที่ถูกต้องระดับต่ำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม	3	10.0	4	13.3	23	76.7
หลังการเข้าร่วมกิจกรรม	12	40.0	10	33.3	8	26.6

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลัง การดำเนินงานของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอเทพารักษ์ จังหวัดนครราชสีมา

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของความรู้ เจตคติและพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่าด้านความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการไม่มีความ

แตกต่างกันทางสถิติ (P-value 0.17, S.D 2.03) ด้านเจตคติหลังเข้าร่วมโครงการดีขึ้น โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับก่อน การเข้าร่วมโครงการ (P-value 0.00, S.D 2.62) และด้านพฤติกรรมหลังเข้าร่วมโครงการดีขึ้นโดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับก่อนการเข้าร่วมโครงการ (P-value 0.00, S.D 1.41) รายละเอียดดังตาราง 5

ตาราง 5 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง (n=30)

เนื้อหา	$\bar{X}$	S.D.	t – test	p-value
ด้านความรู้				
ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม	5.07	1.63	1.40	0.17
หลังการเข้าร่วมกิจกรรม	5.43	2.03	1.40	
ด้านเจตคติ				
ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม	18.43	3.61	5.19	0.00*
หลังการเข้าร่วมกิจกรรม	20.27	2.62	5.19	
ด้านพฤติกรรมสุขภาพ				
ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม	20.83	2.11	6.38	0.00*
หลังการเข้าร่วมกิจกรรม	23.00	1.41	6.38	

*p-value < 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยติดตามประเมินผลมาปรับใช้กับกระบวนการวิจัย ซึ่งเป็นแนวคิดที่เน้นการติดตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน และเน้นการพูดคุยด้วยข้อมูลที่เกิดขึ้นจริงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้เกิดเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าแนวทางที่นำมาใช้ ช่วยลดความเสี่ยงให้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้อย่างชัดเจน โดยประเมินได้จากความเปลี่ยนแปลงของกลุ่มตัวอย่างหลังการดำเนินงานที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรอบเอวเฉลี่ย น้ำหนักเฉลี่ยและระดับน้ำตาลเฉลี่ยลดลงเกือบทั้งหมด แม้ส่วนใหญ่ระดับน้ำตาลจะยังจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงแต่ระดับน้ำตาลก็ลดลงเข้าสู่เกณฑ์ของกลุ่มปกติมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบความแตกต่างของระดับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ที่พบว่าหลังการดำเนินงาน กลุ่ม

ตัวอย่างมีระดับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องเพิ่มมากขึ้น โดยกิจกรรมที่นำมาใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้น สามารถดำเนินการได้จริงและเห็นผลจริง ซึ่งแนวคิดของการวิจัยนี้เน้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ต่อเนื่องเพื่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ ดังนั้นจะเห็นว่ากระบวนการที่เกิดขึ้นช่วยทำให้พฤติกรรมด้านสุขภาพเกิดการเปลี่ยนแปลงได้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ขวัญเรือน คำวิฑู และชนิดา มัททวงกูร^[15] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่อาศัยอยู่ในชุมชนรอบมหาวิทยาลัยสยาม พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายอย่างเช่น ด้านครอบครัวและสิ่งแวดล้อม เศรษฐฐานะ ความรู้เดิมและความเชื่อส่วนบุคคลและสอดคล้องกับผลการวิจัยของ วิรุทธ สนธิเมือง^[12] ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและ ธีรภาพ เสาทอง^[16]

ที่ศึกษาผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าการให้ความรู้ผ่านกระบวนการเรียนรู้และการติดตามอย่างต่อเนื่องผ่านทั้งระบบกลุ่มและรายบุคคล มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อการลดน้ำตาลอย่างชัดเจน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อ้อมฤทัย มั่นในบุญธรรม^[17] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดย การเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพใน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ศึกษากับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้กระบวนการสร้างความตระหนักด้วยการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เกิดขึ้น พบว่ากระบวนการดังกล่าวสามารถสร้างความตระหนักให้เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้อย่างยั่งยืนและสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ราตรี ทองคำ^[18] ได้ศึกษาประสิทธิผลของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในจังหวัดลพบุรีที่ศึกษาพบว่ากระบวนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย สามารถช่วยสร้างความตระหนักให้เกิดขึ้นกับกลุ่มที่ศึกษาได้ ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านบวกและส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ย่อมมีข้อจำกัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะเริ่มแรก เนื่องจากสภาพสิ่งแวดล้อมทางครอบครัว และทางสังคม และความเคยชินที่เคยเป็นมา โดยพบว่าสิ่งแวดล้อมทางครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่ทำให้

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำได้ยาก เนื่องจาก การบริโภคอาหารยังคงบริโภคเป็นครอบครัว ดังนั้นการเปลี่ยนวิธีการปรุงอาหาร หรือการปรับประเภทของอาหารจะมีผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวด้วย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องค่อย ๆ สร้างความเข้าใจกับสมาชิกในครอบครัว และค่อย ๆ ปรับเมนูอาหารที่บริโภค รวมทั้งพฤติกรรมที่นิยมบริโภคอาหารสำเร็จรูปมากขึ้น ในปัจจุบัน ทำให้การเปลี่ยนแปลงเมนูอาหารค่อนข้างยาก ด้วยปัจจัยเหล่านี้ทำให้ต้องมีการติดตามและกระตุ้นกลุ่มตัวอย่างอย่างต่อเนื่องในระยะเริ่มแรก ซึ่งการติดตามที่ผู้วิจัยนำมาใช้นั้นมีหลายรูปแบบ เช่น ติดตามในระดับครัวเรือน โดยจะมีการให้ข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครัวเรือน เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันถึงเหตุผลของการต้องปรับเปลี่ยนในเรื่องอาหารการใช้ชีวิตประจำวัน และความร่วมมือที่จะต้องเกิดขึ้นร่วมกัน หรือ การประชุมกลุ่ม โดยการประชุมกลุ่มจะเน้นการสะท้อนผลลัพท์ของการดำเนินกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ผ่านมา การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ปัญหาที่พบและแนวทางแก้ไข เพื่อให้เกิดเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของกลุ่มตัวอย่าง ที่จะสามารถนำแนวทางของสมาชิกไปปรับเปลี่ยน หรือปรับแนวทางให้เหมาะสมกับตนเองได้ต่อไป และเป็นการเสริมแรงร่วมกัน เพื่อให้สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง ที่จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างกล้าตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ง่ายขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ^[8] ที่ได้นำแนวทางการเสริมแรงและการติดตาม กระตุ้นอย่างต่อเนื่อง กับกลุ่มผู้นำชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับโครงการด้านสุขภาพ

เพื่อให้เกิดแรงกระตุ้น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนได้

อย่างไรก็ตามกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเป็นกลุ่มที่จะสามารถพัฒนากลายเป็นผู้ป่วยรายใหม่ได้เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง นอกจากระดับน้ำตาลแล้ว เช่น อายุที่เพิ่มมากขึ้น ภาวะโลหิตสูง หรือความเจ็บป่วยอื่น ๆ ที่อาจจะสัมพันธ์กัน ดังนั้นถ้าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ได้เกิดขึ้นจากความตระหนักและความรอบรู้ทางสุขภาพที่ถูกต้องและเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องแล้ว ปัญหาผู้ป่วยโรคเบาหวานก็ยากที่จะได้รับการแก้ไข ซึ่งการสร้างความรู้ผ่านกระบวนการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการติดตามกระตุ้นและหนุนเสริมจากผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องด้วยเช่นกัน ซึ่งการกระตุ้นยังเป็นอีกช่องทางหนึ่งของการทบทวนความรู้ ความเข้าใจและการสร้างความมั่นใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง โดยเมื่อความตระหนักและการรอบรู้ด้านสุขภาพเกิดขึ้นแล้วความยั่งยืนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมย่อมจะเกิดขึ้นได้แน่นอน

ดังนั้นจะเห็นได้ว่ากระบวนการวิจัยครั้งนี้เป็นกระบวนการวิจัยที่ออกแบบมาเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ที่ถูกต้อง เข้าใจสถานะทางสุขภาพและความเสี่ยงของตนเอง และแนวทางที่จะนำมาใช้ลดความเสี่ยงเหล่านั้น ผ่านกระบวนการติดตามและกระตุ้นอย่างต่อเนื่องด้วยหลาย ๆ รูปแบบของการติดตาม เพื่อมุ่งให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนักและนำไปสู่การเกิดเป็นความรอบรู้ด้านสุขภาพได้อย่างชัดเจน และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกับกลุ่มตัวอย่างได้จริง

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้พบว่าการลดความเสี่ยงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อนำไปสู่การป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน รวมถึงโรคไม่

ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ นั้น จำเป็นต้องมีเรื่องสังคมและสิ่งแวดล้อมเข้ามาเป็นปัจจัยในการสนับสนุนให้เกิดผลลัพธ์ที่ชัดเจนมากขึ้น รวมถึงการมีวิธีการหรือกระบวนการใหม่ ๆ ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นจึงขอเสนอแนะการวิจัยในครั้งต่อไปคือ

1. ศึกษาปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
2. การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงโรคเบาหวาน

เอกสารอ้างอิง

- [1] World health organization. Health literacy. The solid facts. European journal of Public Health 2017; 24 :1880-87. 3. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ. รายงานประจำปี 2559 โรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง. [ออนไลน์]. (ม.ป.ป) [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2564]. เข้าถึงได้จาก [http:// www.thaincd.com](http://www.thaincd.com).
- [2] กรมควบคุมโรค. เดือนประชาชนใส่ใจดูแลสุขภาพตนเองและคนในครอบครัวระวังป่วยโรคเบาหวาน. [ออนไลน์]. (ม.ป.ป.) [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 25 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://pr.moph.go.th>.
- [3] สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, สำนักงาน. สรุปรายงาน 43 แฟ้มของหน่วยบริการ. [ออนไลน์]. (ม.ป.ป.) [เข้าถึงเมื่อ 31 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก [http:// www.korathealth.com/korathealth/index.php](http://www.korathealth.com/korathealth/index.php)
- [4] สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, สำนักงาน. สรุปรายงาน 43 แฟ้มของหน่วยบริการ. [ออนไลน์]. (ม.ป.ป.) [เข้าถึงเมื่อ 10 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก [http:// www.korathealth.com/korathealth/index.php](http://www.korathealth.com/korathealth/index.php)

- [5] กระทรวงสาธารณสุขกรมควบคุมโรคสำนักโรคไม่ติดต่อ. แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564). กรุงเทพฯ: บริษัท โอโมชั่น อาร์ต จำกัด ; 2560.
- [6] กัลยา ท้วมโคกหม้อ. ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช 2564 . [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 5 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก [http:// www.tako.moph.go.th](http://www.tako.moph.go.th)
- [7] เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน รายใหม่ ตำบลสิงห์โคก อำเภอกะชัง จังหวัดร้อยเอ็ด. ราชวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ 2561; 8(1) (มกราคม-มิถุนายน 2561) : 45 – 58.
- [8] สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. การติดตามประเมินผลด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ, สำเนาเอกสารประกอบการอบรมทีมสนับสนุนวิชาการ; 2564.
- [9] กระทรวงสาธารณสุขกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุขภาพ. โปรแกรมสุขภาพเพื่อสร้างเสริมความรู้ด้าน สุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตรายใหม่. กรุงเทพฯ: บริษัท 25 มิเดีย จำกัด; 2563.
- [10] Nutbeam D, McGill B, Premkumar P. Improving health literacy in community population: a review of progress. Health Promotion 2017; 33(5) : 901 - 11.
- [11] ชัชลิต รัตธาร. สถานการณ์ปัจจุบันและความร่วมมือเพื่อปฏิรูปการดูแลรักษาโรคเบาหวานในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี; 2560.
- [12] วิยุทธ สนธิเมือง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในกลุ่มชาวเลอุรักลา โว้ย อำเภอกะชัง จังหวัดกระบี่. มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร 2565; 5(2) มกราคม-มิถุนายน 2565: 68 – 78.
- [13] ชนิดา สงวนวงศ์วิจิตร. วิจัยดำเนินงานวิจัย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2552.
- [14] Best, John. Research in Education. New Jersey:Prentice Hall, Inc; 1977.
- [15] ขวัญเรือน กำวิตุ และ ชนิดา มัททวงกูร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่อาศัยอยู่ในชุมชนรอบมหาวิทยาลัยสยาม. วารสารพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยสยาม 2562; 20(38) : 83 – 4.
- [16] ชีรภาพ เสาทอง. ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2563; 36(3) กันยายน - ธันวาคม 2563 : 19 – 32.
- [17] อ้อมฤทัย มั่นในบุญธรรม. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2562; 1: 121 –32.
- [18] ราตรี ทองคำ. ประสิทธิผลของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่2 จังหวัดลพบุรี. Singburi Hospital Journal 2565; 30(3) มกราคม-เมษายน 2565: 86 –99.

บทความวิจัยต้นฉบับ :

การศึกษาระดับความเครียดและแนวทางการจัดการกับความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติก
ที่เข้ารับการรักษาแผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชินทร

The Stress level and Stress Management in Autistic child's Parents at Department of Child
and Adolescent Psychiatry, Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital.

แสงนภา บารมี* และทยาวิรุ จันทรวิวัฒน์**

Sangnapa Baramee* and Tayawee Juntarawiwat**

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา***

Baromrajonani College of Nursing Nakhon Ratchasima***

เบอร์โทรศัพท์ 08-1924-9264; E-mail : sangnapa@knc.ac.th*

วันที่รับ 14 ก.พ.2566; วันที่แก้ไข 27 มี.ค.2566; วันที่ตอบรับ 5 เม.ย.2566

บทคัดย่อ

ออทิสติกเป็นความผิดปกติในเรื่องการติดต่อสื่อสาร ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในด้านการพัฒนาทางด้านสังคมและภาษา เด็กเหล่านี้ต้องคอยช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิตในผู้ปกครอง การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียดและศึกษาแนวทางการจัดการกับความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาแผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชินทร กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ปกครองของเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาแผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชินทร จำนวน 100 คน ได้จากวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดระดับความเครียดกรมสุขภาพจิต (SPST-20) และแบบสอบถามการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม มีความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.748 สถิติใน

การวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัยพบว่าผู้ปกครองของเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีความเครียดระดับสูง(ร้อยละ 46) รองลงมา มีความเครียดระดับปานกลาง (ร้อยละ 26) มีความเครียดระดับรุนแรง (ร้อยละ 25) และมีความเครียดระดับน้อย (ร้อยละ 3) ผู้ปกครองของเด็กออทิสติกมีการจัดการกับความเครียด โดยมุ่งแก้ไขปัญหาและมุ่งแก้ไขอารมณ์อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.52$, $SD 0.76$) เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ผู้ปกครองจะพยายามหาวิธีในการแก้ไขปัญหาที่หลากหลายวิธีและเลือกใช้วิธีที่เป็นไปได้มากที่สุดในการแก้ไขปัญหา และพยายามวิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหานั้นอย่างรอบคอบเพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นควรนำผลการศึกษาที่ได้ส่งต่อให้คณะเจ้าหน้าที่แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชินทร เพื่อนำไปวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ปกครองเด็กออทิสติกต่อไป

คำสำคัญ : ระดับความเครียด; แนวทางการจัดการกับความเครียด; ผู้ปกครองเด็กออทิสติก

Abstract

Autism is communication disorder resulting in developmental defects social and language. These children need helping in their daily life that affect their parents mental health problems. This survey study aimed 1) to study the stress levels of autistic child's parents 2) to study the stress management of autistic child's parents at Department of Child and Adolescent Psychiatry Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital. Participants consisted of 100 autistic child's parents of who came to the Child and Adolescent Psychiatry Department Nakornratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital by simple random sampling. The online research instruments included a personal information questionnaire, the Suanprung Stress Test-20 and questionnaire of stress management with reliability equal to 0.748. Statistics used for the data analysis included: percentages, frequencies, means, standard deviations and means result interpretation.

The results showed that most of autistic child's parents had a hight stress (46%), moderate stress (26%), severe stress (25%), and mild stress (3%) respectively. Stress management was selected problems solving and emotional solving ($\bar{x}$ = 3.52, SD 0.76). They try to find how to solve the problems and choose the best to solve feasible solution and try to carefully analyze the root cause of the stress

to correct the problems. Recommendations should be refer the results of the study to the staff of the Child and Adolescent Psychiatry Department Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital plan to help autistic child's parents.

Keyword : Stress level; Stress Management; Autistic child's parents

บทนำ

กลุ่มอาการออทิสซึม (autism spectrum disorder: ASD) เป็นความบกพร่องของพัฒนาการที่เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมอง โดยมีอาการแสดงที่เป็นความบกพร่องใน 2 ด้านหลักคือ ด้านการใช้ภาษาสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ด้านพฤติกรรม และความสนใจที่เป็นแบบจำกัดหรือเป็นแบบแผนพฤติกรรมซ้ำ ๆ^[1] จากการศึกษาสถิติความชุกของเด็กกลุ่มอาการออทิสซึมทั่วโลก พบว่าในช่วงปี 2014-2015 พบค่าความชุกเพิ่มขึ้นสูงสุดเป็น 14.6:1,000 หรือ 1:68 ขณะที่การสำรวจอย่างเป็นทางการของไทยในเด็กอายุ 0-5 ปี เมื่อปี พ.ศ. 2547 พบว่ามีสัดส่วนความชุก 1 ต่อ 1,000 และเพิ่มขึ้นเป็น 6 ต่อ 1,000 ในปี พ.ศ. 2558 แม้ยังไม่เป็นที่แน่ชัดว่าจำนวนที่เพิ่มขึ้นนี้เกิดจากอัตราการเกิดโรคที่แท้จริง หรือเป็นเพราะเกณฑ์การวินิจฉัยที่เปลี่ยนแปลงไปแต่ผู้ป่วยที่มีภาวะออทิสซึมยังคงมีแนวโน้มที่จะมีจำนวนเพิ่มขึ้น^[1] ในเขตสุขภาพที่ 9 (4 จังหวัด ได้แก่ นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์) ปีพ.ศ. 2562 มีจำนวนเด็กออทิสติก จำนวนทั้งหมด 1,700 คน มีเด็กและวัยรุ่นเข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชนครินทร์ รวม 3,690 คน เป็น

เด็กออทิสติกจำนวน 956 คน คิดเป็นร้อยละ 26^[2] สาเหตุของการเกิดโรคออทิสติก ในปัจจุบันมีหลักฐานสนับสนุนชัดเจนว่าเกิดจาก การทำงานของสมองที่ผิดปกติมากกว่าเป็นผลที่มาจากสิ่งแวดล้อม ข้อมูลในปัจจุบันยืนยันได้ว่ารูปแบบการเลี้ยงดูไม่ใช่สาเหตุที่ทำให้เป็นออทิสติกแต่ถ้าเลี้ยงดูอย่างเหมาะสมก็จะช่วยให้เด็กพัฒนาดีขึ้นได้มาก ปัจจุบันพบว่ามีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านพันธุกรรมสูง คาดว่าในอนาคตอันใกล้จะมีความชัดเจนในเรื่องนี้เพิ่มขึ้น^[3]

เด็กออทิสติกมีความบกพร่องด้านภาษา การสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์ และข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันซึ่งพบในรายที่มีปัญหาด้านสติปัญญาในระดับรุนแรง ส่งผลให้มีปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ สังคมและการเรียนรู้ เด็กออทิสติกส่วนใหญ่จะมีระดับเชาวน์ปัญญาต่ำกว่าปกติ (IQ35-50) ร้อยละ 75 มีความสามารถเท่ากับเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาจากความผิดปกติของเด็กออทิสติกที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด แต่จะดีขึ้นได้โดยการรักษาแบบประคับประคอง รักษาตามอาการ และเพื่อให้เด็กมีสุขภาพ สวัสดิภาพ มีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข จึงต้องอาศัยความอดทน อดทน ใช้เวลาต่อเนื่องยาวนาน ส่งผลให้เกิดความเครียดแก่ผู้ปกครองเด็กในครอบครัว^[4] ความหมายของความเครียด Lazarus & Folkman กล่าวว่า ความเครียดเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม เมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณต้องเผชิญกับความกดดันจากเหตุการณ์ภายนอก ซึ่งมีมากกว่าความสามารถที่ตนจะสามารถรับมือได้ ก่อให้เกิดความเครียด บุคคลจะพยายามจัดการหรือเผชิญกับเหตุการณ์อย่างเต็มที่เพื่อตอบสนองต่อความเครียดและเพื่อให้ความเครียดลดลง

วิธีการเผชิญความเครียดต้องผ่านกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคลนั้น พิจารณาตัดสินใจถึงความสำคัญของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นอย่างไร^[5]

ระดับความเครียด หมายถึง ระดับที่แสดงถึงปริมาณความเครียดซึ่งได้จากการแปลผลคะแนนที่ได้จากแบบวัดความเครียดสวนปรง (Suanprung Stress Test – 20, SPST-20) ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระดับ (1) ความเครียดในระดับต่ำ (mild stress) หมายถึง ความเครียดขนาดเล็กน้อย ๆ และหายไปในช่วงเวลาอันสั้นเป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ความเครียดระดับนี้ไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต (2) ความเครียดในระดับปานกลาง (moderate stress) หมายถึง ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันเนื่องจากมีสิ่งคุกคาม หรือพบเหตุการณ์สำคัญ ๆ ในสังคม บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองออกมาในลักษณะความวิตกกังวล ความกลัว (3) ความเครียดในระดับสูง (height stress) หมายถึง ความเครียดในระดับที่บุคคลได้รับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดสูง ไม่สามารถปรับตัวให้ลดความเครียดลงได้ในเวลาอันสั้นถือว่าอยู่ในเขตอันตราย (4) ความเครียดในระดับรุนแรง (severe stress) หมายถึง ความเครียดระดับสูงที่ดำเนินติดต่อกันมาอย่างต่อเนื่อง จนทำให้บุคคลมีความล้มเหลวในการปรับตัวจนเกิดความเบื่อหน่ายท้อแท้เกิดโรคภัยต่าง ๆ ตามมาได้ง่าย^[6]

สำหรับเด็กที่ป่วยเป็นโรคนี้ ส่งผลกระทบโดยตรงต่อพ่อแม่ครอบครัว เนื่องจากต้องคอยช่วยเหลือเด็กทุกด้านในชีวิตประจำวันตลอดเวลา จึงเป็นกลุ่มเสี่ยงเกิดปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าครอบครัวทั่วไปทั้งภาวะการดูแลเด็ก ค่าใช้จ่าย

ต่างๆในการพาเด็กเข้าๆออกๆโรงพยาบาลความไม่เข้าใจกัน ทะเลาะ หย่าร้างกัน หรือมีภาวะซึมเศร้าถึงขั้นฆ่าตัวตายได้ ผลสำรวจของสถาบันพัฒนา การเด็กราชนครินทร์พบว่า ผู้ปกครองเด็กป่วยทางจิตเวช มีความเครียดสูงถึงร้อยละ 64 เช่นนอนไม่หลับ กังวลใจ และมีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 58 เช่นท้องอืดท้องเฟ้อซึมเศร้าเบื่อหน่ายลูก บางรายสามีห่างเหิน บางครอบครัวเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยว พบมากถึงร้อยละ 22 เป็นต้น ผู้ปกครองที่มีปัญหาสุขภาพจิตจะมีผลต่อการดูแลลูกและประสิทธิภาพการรักษา จึงมีนโยบายให้เปิดคลินิกดูแลสุขภาพจิตผู้ปกครองเด็กพิเศษควบคู่ไปด้วยซึ่งผลการดำเนินการพบว่าได้ผลดีช่วยให้ผู้ปกครองคลายความเครียดและส่งผลให้การดูแลเด็กดีขึ้นตามไปด้วย^[3]

ผู้ปกครองสามารถจัดการความเครียดของตนเองได้ ก็จะทำให้ช่วยส่งเสริมพัฒนาการและปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กออทิสติกได้จากเหตุผลและปัญหาเกี่ยวกับความเครียดที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาระดับความเครียดและแนวทางการจัดการกับความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติก ที่เข้ารับการรักษาแผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชนครินทร์ และคาดว่าผลที่ได้จากการศึกษาจะสามารถนำไปเป็นแนวทางสำหรับบิดา มารดา หรือผู้ที่ดูแลเด็กออทิสติก เพื่อนำไปจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการที่เลี้ยงดูเด็กที่เป็น ออทิสติก และเพื่อลดปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความเครียดในผู้ดูแลเด็กออทิสติก

วัตถุประสงค์การวิจัย

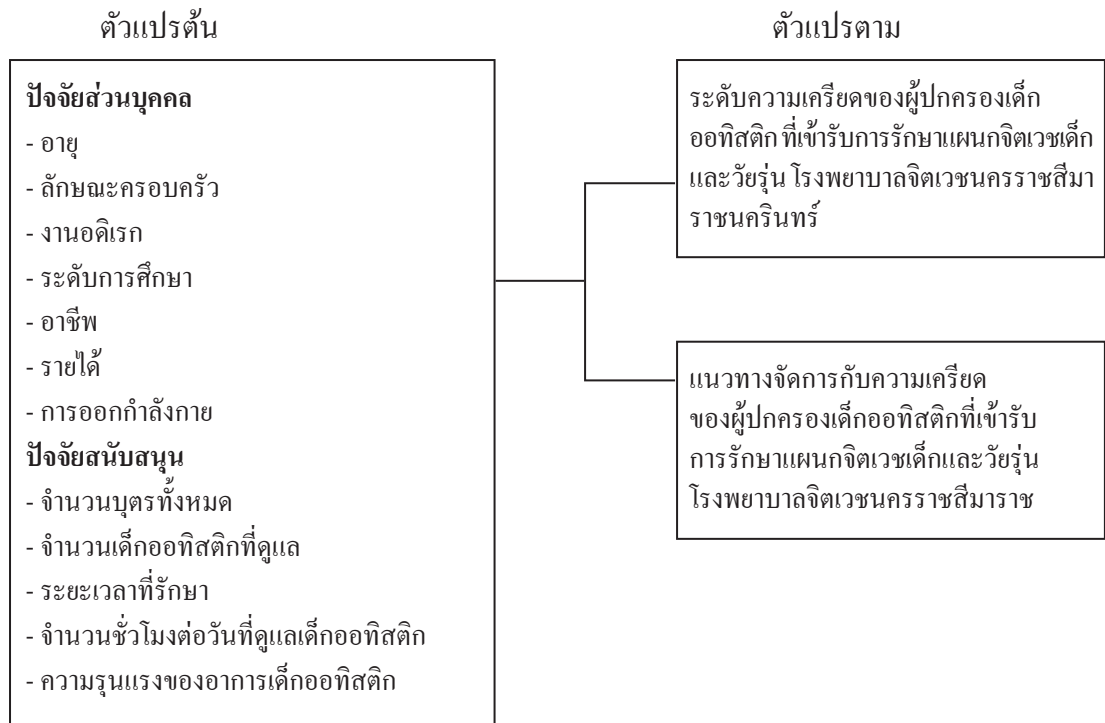
1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาแผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชนครินทร์
2. เพื่อศึกษาแนวทางการจัดการกับความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาแผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชนครินทร์

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา มุ่งศึกษา ระดับความเครียด และแนวทางการจัดการกับความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาแผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชนครินทร์
2. ขอบเขตด้านพื้นที่และประชากร การวิจัยนี้มุ่งศึกษาในผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่เข้ารับ การรักษาแผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาล จิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ จำนวน 100 คน
3. ขอบเขตด้านระยะเวลา การศึกษานี้ครอบคลุมระยะเวลา 6 เดือน ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2565 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2565

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุน ระดับความเครียดและแนวทางการจัดการกับความเครียด ของผู้ปกครองเด็กออทิสติก สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ใช้การวิจัยคือผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษา แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชชนรินทร์ ในเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 117 ราย

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การวิจัยคือผู้ปกครองที่ดูแลเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาแผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชชนรินทร์ จำนวน 91 ราย ป้องกันการสูญหายของประชากร (drop-out rate) อีก 9 ราย ซึ่งได้จากการคำนวณโดยใช้สูตรของการคำนวณโดยใช้สูตรตามหลักของ ยามาเน่ (Yamane โดยใช้ $e = 0.05$)

ขนาดของความเชื่อมั่นที่ระดับร้อยละ 95

เกณฑ์ในการคัดเลือกประชากรเข้าศึกษา (inclusion criteria) ได้แก่

1. เป็นผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาแผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมา ราชชนรินทร์
2. เด็กที่อยู่ในความปกครองได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นออทิสติก ตามหลักเกณฑ์ ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10 th Revision)
3. ผู้ปกครองเด็กออทิสติกมีสติสัมปชัญญะ เข้าใจภาษาไทย สามารถ พูด ฟัง อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ สามารถตอบคำถามได้

4. ผู้ปกครองเด็กออทิสติก สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และยินดีเข้าร่วมวิจัยตลอดช่วงระยะเวลาที่กำหนด

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria)

ผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่ไม่ประสงค์เข้าร่วมในการทำวิจัย ไม่ให้ความร่วมมือในการทำแบบสอบถาม

2. เครื่องมือที่ใช้การวิจัย ประกอบด้วย

2.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองและเด็กออทิสติก

2.2 แบบวัดระดับความเครียดกรมสุขภาพจิต (SPST-20) จำนวน 20 ข้อ^[7]

2.3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสมจำแนกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการมุ่งแก้ไขปัญห จำนวน 16 ข้อ และด้านมุ่งแก้ไขอารมณ์ จำนวน 14 ข้อ รวมจำนวน 30 ข้อ

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scales) 5 ระดับตามแนวคิดของลิเคิร์ต^[8]

มากที่สุด หมายถึง ข้อความนี้ตรงกับพฤติกรรมของผู้ปกครองในระดับมากที่สุด

มาก หมายถึง ข้อความนี้ตรงกับพฤติกรรมของผู้ปกครองในระดับมาก

ปานกลาง หมายถึง ข้อความนี้ตรงกับพฤติกรรมของผู้ปกครองในระดับปานกลาง

น้อย หมายถึง ข้อความนี้ตรงกับพฤติกรรมของผู้ปกครองในระดับน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนี้ตรงกับพฤติกรรมของผู้ปกครองในระดับน้อยที่สุด

ให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบคำถามเพียง 1 ตัวเลือก ข้อความที่แสดงการจัดการ

ความเครียด อย่างเหมาะสม โดยจะให้คะแนน 1 ถึง 5 สำหรับคำตอบที่น้อยที่สุดจนถึงมากที่สุดตามลำดับ ส่วนข้อความเชิงนิเสธ (ข้อ 5, 11, 19, 23, 28) จะได้คะแนนกลับกัน ผู้ตอบแบบสอบถามที่ได้คะแนนมากจะเป็นผู้ที่มีการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม มากกว่าผู้ตอบแบบสอบถามที่ได้คะแนนน้อย

เกณฑ์ในการประเมินระดับการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสมของผู้ปกครอง

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง ผู้ปกครองมีการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสมอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง ผู้ปกครองมีการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสมอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง ผู้ปกครองมีการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง ผู้ปกครองมีการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง ผู้ปกครองมีการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด

3. การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้เครื่องมือแบบสอบถามมาจากการวิจัยของคณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยศิลปากร พระราชวังสนามจันทร์ เรื่องการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสมของนักศึกษาวิชาชีพครู^[9] ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบข้อมูล ดังนี้

ตรวจสอบหาความเชื่อมั่น (reliability)

แบบสอบถามแนวทางในการจัดการความเครียดผ่านการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยซึ่งนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา

ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .748 ซึ่งถือได้ว่าอยู่ในระดับดี หมายถึงแบบสอบถามมีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปศึกษากับกลุ่มตัวอย่างได้

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ปกครองของเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาแผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมา ราชชนกรินทร์ จำนวน 100 ราย โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1. คณะผู้วิจัยได้ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ขอเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก ถึงผู้อำนวยการของโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมา ราชชนกรินทร์ ที่ต้องการจะเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อขออนุญาตเข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว

2. คณะผู้วิจัยได้เข้าพบกับกลุ่มตัวอย่างทำการแนะนำตัว อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ตลอดจนรายละเอียดของแบบสอบถาม และชี้แจงเรื่องของการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ก่อนที่จะเก็บรวบรวมข้อมูลผ่าน Google form

3. คณะผู้วิจัยส่งแบบยินยอมเข้าร่วมวิจัยในรูปแบบ Google form ชี้แจงเหตุผล ความเป็นมา วัตถุประสงค์ ความเสี่ยง ประโยชน์ ข้อปฏิบัติ ขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัครสิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย

4. หลังจากคณะผู้วิจัยได้ชี้แจงแบบยินยอมเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้ทำความเข้าใจพร้อมสมัครใจให้ความร่วมมือแล้วให้ทำการลงชื่อแบบยินยอมเข้าร่วมวิจัยในรูปแบบ Google form เพื่อแสดงความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

5. คณะผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 โดยใช้เวลาในการทำ 30 นาที ชี้แจงวิธีการทำแบบสอบถามและระยะเวลาที่ใช้ในการทำแบบสอบถาม

6. เมื่อคณะผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจนครบตามจำนวน คือ ผู้ปกครองของเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาแผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมา ราชชนกรินทร์ จำนวน 100 ราย จากนั้นทำการตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม

7. คณะผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย คณะผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาสรุปและวิเคราะห์ตามแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั้งหมดจะทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถามแต่ละชุดก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

2. ข้อมูลทั่วไป ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าร้อยละ (percentage)

3. ข้อมูลระดับความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาแผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมา ราชชนกรินทร์ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean)

4. ข้อมูลแนวทางการจัดการกับความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาแผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนินทร์ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าร้อยละ (frequency) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และการแปลผลค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 แสดงข้อมูลทั่วไปและคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (100)	ร้อยละ (100)
ความเกี่ยวข้องกับเด็กออทิสติก		
บิดา	26	26.00
มารดา	53	53.00
อื่น ๆ	21	21.00
ลักษณะครอบครัว		
อยู่คนเดียว	71	71.00
อยู่ด้วยกันกับคู่สมรส	14	14.00
อยู่กับลูก/หลาน/ญาติ	15	15.00
อายุ		
ต่ำกว่า 60 ปี	80	80.00
60 ปี ขึ้นไป	20	20.00
งานอดิเรก		
มี	53	53.00
ไม่มี	47	47.00
การออกกำลังกาย		
ออกกำลังกาย	50	50.00
ไม่ออกกำลังกาย	50	50.00
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	11	11.00
ประถมศึกษา	13	13.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	13	13.00

ตาราง 1 แสดงข้อมูลทั่วไปและคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (100)	ร้อยละ (100)
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า/ปวช.	23	23.00
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า/ปวส.	13	13.00
ปริญญาตรี	27	27.00
สูงกว่าปริญญาตรี	2	2.00
อาชีพ		
ว่างงาน	29	29.00
รับจ้าง	25	25.00
ค้าขาย	25	25.00
เกษตรกรรม	9	9.00
รับราชการ	7	7.00
รัฐวิสาหกิจ	5	5.00
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	32	32.00
5,001 – 10,000 บาท	19	19.00
10,001 – 15,000 บาท	23	23.00
มากกว่า 15,001 บาท	26	26.00
แหล่งที่มาของรายได้หลัก		
ตนเอง	49	49.00
ผู้อื่น	20	20.00
ตนเองและผู้อื่น	31	31.00
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน	31	31.00
เพียงพอ มีหนี้สิน	36	36.00
ไม่เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน	8	8.00
ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน	25	25.00
จำนวนบุตรทั้งหมด		
1 คน	39	39.00

ตาราง 1 แสดงข้อมูลทั่วไปและคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (100)	ร้อยละ (100)
2 คน	37	37.00
3 คน	18	18.00
มากกว่า 3 คน	6	6.00
จำนวนบุตรที่เป็นออทิสติก		
1 คน	87	87.00
2 คน	10	10.00
3 คน	0	0.00
ทุกคน	3	3.00
อายุบุตรออทิสติก		
แรกเกิด – 3 ปี	10	10.00
3 ปี 1 เดือน – 6 ปี	25	25.00
6 ปี 1 เดือน – 10 ปี	15	15.00
มากกว่า 10 ปี	50	50.00
เพศของบุตรที่เป็นออทิสติก		
ชาย	69	69.00
หญิง	31	31.00
ระยะเวลาที่รักษา (ตั้งแต่ทราบว่าเป็นออทิสติก)		
แรกเกิด – 10 ปี	71	71.00
11 ปี – 20 ปี	28	28.00
21 ปีขึ้นไป	1	1.00
จำนวนชั่วโมงต่อวันในการดูแลเด็กออทิสติก		
1 – 4 ชั่วโมง	15	15.00
5 – 8 ชั่วโมง	15	15.00
9 – 12 ชั่วโมง	13	13.00
มากกว่า 12 ชั่วโมง	57	57.00
ความรุนแรงของอาการบุตร		
มีความรุนแรงของอาการออทิสติกมาก	45	45.00

ตาราง 1 แสดงข้อมูลทั่วไปและคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (100)	ร้อยละ (100)
มีความรุนแรงของอาการออทิสติกปานกลาง	49	49.00
ความรุนแรงของอาการออทิสติกน้อย	6	6.00
เคยได้รับการอบรมการดูแลเด็กออทิสติกจากหน่วยงานรัฐ		
เคย	46	46.00
ไม่เคย	54	54.00

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองของเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาศูนย์เด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ จำนวน 100 คน มีความเกี่ยวข้องกับเด็กออทิสติกเป็นมารดาจำนวน 53 คน (ร้อยละ 53) ลักษณะครอบครัวอยู่คนเดียว จำนวน 71 คน (ร้อยละ 71) อายุต่ำกว่า 60 ปีจำนวน 80 คน (ร้อยละ 80) มีงานอดิเรกจำนวน 53 คน (ร้อยละ 53) ออกกำลังกาย จำนวน 50 คน (ร้อยละ 50) ระดับการศึกษาปริญญาตรี จำนวน 27 คน (ร้อยละ 27) ว่างาน จำนวน 29 คน (ร้อยละ 29) รายได้ต่ำกว่า 5000 บาท จำนวน 32 คน (ร้อยละ 32) แหล่งที่มาของรายได้หลักมาจากตนเอง จำนวน 49 คน (ร้อยละ 49) ความเพียงพอ มีหนี้สิน จำนวน 36 คน (ร้อยละ 36) บุตรทั้งหมดมี 1 คน จำนวน 39 คน (ร้อยละ 39) บุตรที่เป็นออทิสติก 1 คน จำนวน 87 คน (ร้อยละ 87) บุตรออทิสติกอายุมากกว่า 10 ปี จำนวน 50 คน (ร้อยละ 50) บุตรที่เป็นออทิสติกเพศชาย จำนวน 69 คน (ร้อยละ 69) ระยะเวลาที่รักษาแรกเกิด – 10 ปีจำนวน 71 คน (ร้อยละ 71) การดูแลมากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวันในการดูแลเด็กออทิสติกจำนวน 57 คน (ร้อยละ 57) มีความรุนแรงของอาการออทิสติกปานกลาง จำนวน 49 คน (ร้อยละ 49) ไม่เคยได้รับการอบรมการดูแลเด็กออทิสติกจากหน่วยงานรัฐ จำนวน 54 คน (ร้อยละ 54)

ส่วนที่ 2 ระดับความเครียดกรมสุขภาพจิต (SPST-20)

ตาราง 2 แสดงการวิเคราะห์ระดับความเครียดกรมสุขภาพจิต (SPST-20) ของผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาศูนย์เด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์

ระดับความเครียดกรมสุขภาพจิต (SPST-20)	จำนวน (100)	ร้อยละ (100)
ความเครียดระดับน้อย (0-23 คะแนน)	3	3.00
ความเครียดระดับปานกลาง (24-41 คะแนน)	26	26.00
ความเครียดระดับสูง (42-61 คะแนน)	46	46.00
ความเครียดระดับรุนแรง (62 คะแนนขึ้นไป)	25	25.00

จากตาราง 2 พบว่า ระดับความเครียดกรมสุขภาพจิต (SPST-20) ของผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาศูนย์เด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ มีความเครียดระดับสูง จำนวน 46 คน (ร้อยละ 46) ความเครียดระดับปานกลาง จำนวน 26 คน (ร้อยละ 26) ความเครียดระดับรุนแรง จำนวน 25 คน (ร้อยละ 25) และมีความเครียดระดับน้อย จำนวน 3 คน (ร้อยละ 3)

ส่วนที่ 3 แนวทางในการจัดการความเครียด

ตาราง 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อันดับทีและแนวทางในการจัดการความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาแผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

ความเครียดกรมสุขภาพจิต	Mean	S.D.	อันดับ	แปลผล
ด้านมุ่งแก้ไขปัญห				
1. เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นท่านจะพยายามแก้ไขปัญหานั้นโดยเร็วที่สุด	3.80	1.054	11	มาก
2. เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ท่านจะพิจารณาปัญหานั้นเป็นลำดับขั้นตอนเพื่อกำเนินการแก้ไข	4.01	.948	4	มาก
3. เมื่อเกิดความเครียดท่านจะพยายามหาสาเหตุของความเครียดนั้น	3.65	1.192	17	มาก
4. ท่านยอมรับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดนั้นและพร้อมจะแก้ไขสถานการณ์ที่เป็นสาเหตุนั้น	3.82	1.132	9	มาก
5. ท่านเกิดความท้อแท้ในการจัดการปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความเครียด	3.19	1.383	25	มาก
6. เมื่อท่านเกิดความเครียดจากการมีปัญหากับผู้อื่น ท่านจะคลี่คลายปัญหาเหล่านั้นโดยพยายามหาทางปรับความเข้าใจกัน	3.70	1.078	15	มาก
7. ท่านได้นำวิธีการแก้ปัญหที่เคยใช้แล้วประสบความสำเร็จ มาปรับใช้เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียด	3.64	1.194	18	มาก
8. เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ท่านจะขอคำปรึกษาจากผู้ที่มีความรู้ เพื่อให้ปัญหานั้นได้รับการแก้ไขอย่างถูกต้อง	3.68	1.317	16	มาก
9. เมื่อเกิดความเครียดจากความผิดพลาด ท่านจะหาแนวทางแก้ไขอย่างสุดความสามารถ	3.96	1.127	6	มาก
10. เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ท่านจะพยายามหาวิธีในการแก้ไขปัญหานั้นไว้หลากหลายวิธีเพื่อจะได้เลือกวิธีที่เป็นไปได้ที่สุด	4.51	5.116	1	มาก
11. เมื่อเกิดความเครียด ท่านหลีกเลี่ยงที่จะจัดการปัญหาแต่จะปล่อยให้สถานการณ์คลี่คลายไปเอง แม้ว่าจะสามารถแก้ไขปัญหานั้นได้	2.92	1.346	27	ปานกลาง

ตาราง 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อันดับที่และแนวทางในการจัดการความเครียดของ
ผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาแผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ (ต่อ)

ความเครียดกรมสุขภาพจิต	Mean	S.D.	อันดับ	แปลผล
12. เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ท่านจะพยายามตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน สำหรับการแก้ไขปัญหา	3.60	1.146	20	มาก
13. เมื่อเกิดความเครียด ท่านจะพยายามวิเคราะห์ถึงสาเหตุ ของความเครียดนั้นอย่างรอบคอบเพื่อแก้ไขได้อย่างถูกต้อง	4.03	1.049	3	มาก
14. เมื่อเกิดความเครียดท่านจะหาข้อมูลจากแหล่งต่างๆเพื่อให้ เป็นประโยชน์ต่อการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น	3.76	1.147	12	มาก
15. เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ท่านจะจ่อกับการแก้ไขปัญหาเพื่อ ไม่ให้อาการนั้นมีความรุนแรงมากขึ้น	3.81	1.161	10	มาก
16. เมื่อท่านต้องเผชิญกับปัญหาหลายอย่าง ท่านจะให้ความ สำคัญกับปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขมากที่สุดก่อน ด้านมุ่งแก้ารมณ์	3.87	1.143	8	มาก
17. เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ท่านมองว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย ความ สามารถในการแก้ปัญหของท่าน	3.38	1.221	23	มาก
18. เมื่อเกิดความเครียดท่านมองว่าทุกปัญหาย่อมมีทางออกเสมอ	4.05	1.123	2	มาก
19. เมื่อเกิดความเครียดท่านจะประชิดด้วยการกินอาหาร และเครื่องดื่มมากขึ้นเพื่อผ่อนคลายความเครียด	2.27	1.392	29	ปานกลาง
20. เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ท่านจะสูด ลมหายใจออกช้า ๆ เพื่อคลายความเครียด	3.62	1.301	19	มาก
21. เมื่อเกิดความเครียด ท่านจะหาเวลาในการทำกิจกรรม ร่วมกับผู้อื่นเพื่อเป็นการลดความเครียด เช่น ออกกำลังกาย ไปเที่ยว	3.21	1.395	24	มาก
22. เมื่อเกิดความเครียด ท่านจะพูดคุยกับคนใกล้ชิดเพื่อผ่อนคลาย ความเครียดที่เกิดขึ้น	3.47	1.329	21	มาก
23. เมื่อเกิดความเครียด ท่านจะระบายอารมณ์ใส่บุคคลใกล้ชิด	2.47	1.466	28	ปานกลาง
24. เมื่อเกิดความเครียด ท่านจะหาเวลาดูหนังหรือฟังเพลงที่ชอบ เพื่อคลายความเครียดที่เกิดขึ้น	3.39	1.348	22	มาก

ตาราง 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อันดับที่และแนวทางในการจัดการความเครียดของ
ผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาแผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ (ต่อ)

ความเครียดกรมสุขภาพจิต	Mean	S.D.	อันดับ	แปลผล
25. เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ท่านจะมองว่าผู้อื่นยังสามารถผ่านพ้นไปได้ ท่านเองก็สามารถทำได้เช่นกัน	3.88	1.258	7	มาก
26. เมื่อเกิดความเครียด ท่านจะใช้อารมณ์ขันในการผ่อนคลายความเครียดที่เกิดขึ้น เช่น การมองว่าเป็นเรื่องตลก	3.04	1.279	26	มาก
27. เมื่อเกิดความเครียด ท่านจะพักผ่อนสักพักเพื่อให้ตนรู้สึกพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับปัญหาต่อไป	3.72	1.272	14	มาก
28. เมื่อเกิดความเครียดท่านจะหวังพึ่งสารเสพติดเพื่อเป็นการผ่อนคลายความเครียด เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่	1.63	1.116	30	น้อย
29. เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ตึงเครียด ท่านมักจะให้กำลังใจตนเองเพื่อให้ผ่านพ้นไปได้ด้วยดี	3.99	1.185	5	มาก
30. เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ท่านคิดว่าเป็น โอกาสที่ดีในการเรียนรู้สิ่งที่เผชิญอยู่เพื่อที่จะได้พัฒนาตนเอง	3.74	1.220	13	มาก
รวม	3.52	.76		มาก

จากตาราง 3 พบว่า แนวทางการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสมของผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาแผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.52$, $S.D. = .76$) และเมื่อพิจารณารายชื่อเรียงลำดับตามค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย 3 อันดับแรก ได้ผลเป็นดังนี้

อันดับที่ 1 ได้แก่ ข้อ 10 เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ท่านจะพยายามหาวิธีในการแก้ไขปัญหาให้หลากหลายวิธีเพื่อจะได้เลือกวิธี ที่เป็นไปได้ที่สุด ($\bar{X}=4.51$, $S.D. = 5.116$)

อันดับที่ 2 ได้แก่ ข้อ 18 เมื่อเกิดความเครียด ท่านมองว่าทุกปัญหาย่อมมีทางออกเสมอ ($\bar{X}=4.05$, $S.D. = 1.123$)

อันดับที่ 3 ได้แก่ ข้อ 13 เมื่อเกิดความเครียด ท่านจะพยายามวิเคราะห์ถึงสาเหตุของความเครียดนั้นอย่างรอบคอบเพื่อแก้ไขได้อย่างถูกต้อง ($\bar{X}=4.03$, $S.D. = 1.049$)

อภิปรายผล

จากการที่ผู้วิจัยศึกษาระดับความเครียดและแนวทางการจัดการความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ สามารถนำมาอภิปราย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล พบว่าผู้ปกครองเด็กออทิสติกส่วนใหญ่เป็นมารดา

สอดคล้องกับวิจัยของ ดวงใจ พันธภาพ^[10] ที่ทำการ ศึกษาเรื่อง ระดับความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่นำบุตรเข้ารับการ รักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล พบว่า ผู้ดูแลเด็กออทิสติกเป็นเพศหญิง (มารดา) ร้อยละ 67.3 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Al-Farsio et al^[11] ที่ทำการศึกษารื่อง Stress, anxiety, and depression among parents of children with autism spectrum disorder in Oman: a case-control study พบว่า ผู้ปกครองผู้ป่วยมัก เป็นเพศหญิงประมาณร้อยละ 51.4 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเพศหญิงมีบทบาท ทางสังคม ในการรับผิดชอบในครอบครัว ดูแล งานบ้าน และเป็นเพศที่ถูกคาดหวังจากสังคมว่ามีความเหมาะสมในการรับบทบาทหน้าที่ดูแลเป็น ลักษณะพยาบาลประจำบ้าน

ลักษณะครอบครัว พบว่าส่วนใหญ่ อยู่คนเดียว อาจจะด้วยเหตุผลต่าง ๆ เช่น หม้าย หย่าร้าง แยกทาง ล้วนส่งผลต่อความเครียด สอดคล้อง กับงานวิจัยของ นิธิสนิ รุจิรังสีเจริญ^[12] ได้กล่าวว่าสถานภาพสมรสมีผลต่อระดับความเครียด โดยพบว่าสถานภาพสมรสของบิดา มารดาของ เด็กออทิสติกที่ หม้าย หย่าร้าง แยกทาง จะมีความเครียดสูงกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพสมรสของ บิดามารดาที่อยู่ด้วยกัน

ด้านอายุ พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่อายุต่ำกว่า 60 ปี สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ciara Padden & Jack E. James Ciara Padden & Jack E. James^[13] ที่ทำการศึกษารื่อง Stress among Parents of Children with and without Autism Spectrum Disorder: A Comparison Involving Physiological Indicators and Parent Self-Reports พบว่าอายุ ของผู้ปกครองเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีอายุน้อย

41.05 ปี อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการเกิด ความเครียดและการเผชิญปัญหาของบุคคล ซึ่ง Mercer^[14] กล่าวว่า อายุเป็นส่วนหนึ่งที่แสดงถึง การมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ และมีผลโดยตรงต่อ การปรับตัว ต่อเหตุการณ์และสภาพแวดล้อมได้ อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับที่ Lazarus^[15] กล่าวว่า การได้ผ่านประสบการณ์และมีวุฒิภาวะสูงขึ้น จะ ทำให้บุคคลเลือกใช้การเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น โดยเมื่ออายุมากขึ้น บุคคลจะมีประสบการณ์ใน การเผชิญปัญหากับภาวะวิกฤติและประสบการณ์ ในการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาใน ภาวะเหล่านั้น ทำให้มีวุฒิภาวะ มีความสามารถในการ คิดวินิจฉัยและตัดสินใจเลือกการเผชิญ ปัญหามากขึ้น

รายได้ครอบครัวของผู้ปกครองส่วนใหญ่ พบว่า ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน สอดคล้องกับ งานวิจัยของ ดวงใจ พันธภาพ^[10] ที่ทำการศึกษา เรื่อง ระดับความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของ บิดามารดาเด็กออทิสติกที่นำบุตรเข้ารับการ รักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล พบว่ารายได้ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลในการเผชิญความเครียด ดังนั้นจึงส่งผลต่อระดับความเครียดด้วยเนื่องจาก รายได้ของครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทาง ด้านการเงิน เป็นตัวเสริมแรงที่มีต่อภาวะจิตใจ ของบิดามารดา และระดับความเครียด ผู้มีรายได้สูงย่อมมีโอกาส หรือแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อใช้ในการดูแลบุตร ไม่ต้องกังวลกับ ปัญหาเศรษฐกิจ ส่วนผู้ที่มีรายได้น้อยต้องเผชิญ กับปัญหาค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ จากการที่ต้องเสีย ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จึงส่ง ผลเกิดความเครียดขึ้นได้

เพศของบุตร ส่วนใหญ่ พบว่า เป็นเพศชาย

สอดคล้องกับงานวิจัยของ ดวงใจ พันธภาพ^[10] พบว่าเพศของบุตรออทิสติกส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 84 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ciara Padden & Jack E.James^[13] พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 79 ซึ่งสอดคล้องกับอัตราส่วนระหว่างเพศที่พบว่าโรคออทิสติกจะเกิดในเด็กผู้ชายสูงกว่าเด็กผู้หญิง ในอัตราส่วน 4 : 1

ความรุนแรงของอาการบุตร ส่วนใหญ่มีความรุนแรงของอาการออทิสติกปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ดวงใจ พันธภาพ^[10] พบว่า ส่วนใหญ่บิดามารดารับรู้ความรุนแรงของอาการบุตรอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.9

2. ผลการศึกษาระดับความเครียด พบว่าระดับความเครียดของผู้ปกครองอยู่ในระดับสูง เนื่องจากผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นมารดา อยู่คนเดียว รายได้น้อย ว่างาน และไม่เคยได้รับการอบรม การดูแลเด็กออทิสติกจากหน่วยงานรัฐ จึงมีความต้องการการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม ให้เด็กช่วยเหลือตนเองได้ในอนาคตและมีสถานที่ดูแลตลอดชีวิตซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปวีดา โพธิ์ทอง และคณะ^[15] เรื่อง ความต้องการการได้รับการช่วยเหลือของมารดาเด็กออทิสติก พบว่าผู้ดูแลเด็กออทิสติกส่วนใหญ่ มีภาวะเครียดอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 50

3. ผลการศึกษาการจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสมของผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ พบว่าผู้ปกครองเด็กออทิสติกมีการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.52$) ทั้งนี้

อาจเพราะผู้ปกครองเด็กออทิสติกเป็นผู้ที่อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ และมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับอุดมศึกษา มีแนวทางการจัดการความเครียดที่หลากหลายวิธี โดยเลือกวิธีที่เป็นไปได้มากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ธนวุฒิ คำประเทือง^[5] ที่ทำการศึกษาเรื่องผลการศึกษาระดับความเครียดและแนวทางการจัดการกับความเครียดของสมาชิกในครอบครัวนักเรียนออทิสติก โดยอธิบายว่า สมาชิกในครอบครัวนักเรียนออทิสติกมีแนวทางการจัดการความเครียดที่หลากหลาย โดยวิธีการที่พบมากที่สุด คือ การพูดคุย ปรับทุกข์กับผู้อื่น รองลงมา คือ การอ่านหนังสือ ฟังเพลง ดูหนัง ออกกำลังกาย ซึ่งเลือกวิธีที่เป็นไปได้ และแตกต่างกันตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1.1 นำผลการศึกษาที่ได้ส่งต่อให้คณะเจ้าหน้าที่แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ เพื่อนำไปวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ปกครองเด็กออทิสติกต่อไป

1.2 ส่งต่อข้อมูลของผู้ปกครองที่มีความเครียดระดับรุนแรงให้กับพยาบาลแผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ เพื่อนำไปวางแผนให้การช่วยเหลือเร่งด่วนต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในระดับความเครียดแต่ละระดับ เพื่อเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมช่วยลด

ความเครียดแก่ผู้ปกครองของเด็กออทิสติก

2.2 การศึกษาวิจัยในลักษณะเดียวกันนี้
ควรขยายกลุ่มผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่เข้า
รับบริการในศูนย์การศึกษาพิเศษ โรงเรียน
นครราชสีมาปัญญานุกูล และในชุมชน

การปกป้องสิทธิกลุ่มเป้าหมาย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบ
จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยใน
มนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
(เอกสารรับรองเลขที่ KHE 2022-083) ลงวันที่ 10
สิงหาคม พ.ศ. 2565

เอกสารอ้างอิง

- [1] สมัย ศิริทองถาวร. การศึกษารูปแบบการนำ
เครื่องมือวินิจฉัยภาวะออทิสซึมในระยะ
เริ่มแรกสำหรับเด็กไทยไปสู่การปฏิบัติงาน
ในบริบทจริงของเขตสุขภาพที่ 1. [ออนไลน์].
(2564). [เข้าถึงเมื่อ 21 มิถุนายน 2565].
เข้าถึงได้จาก <https://kb.hsri.or.th>
- [2] กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูล
ด้านการแพทย์และสุขภาพ HDC. [ออนไลน์].
(2562). [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2565]. เข้า
ถึงได้จาก [https://hdcservice .moph.go.th/
hdc/reports/s_report_all.php?source=
monitor/format1.php&id=01fc5dff8cfce19f
de7547ebf0d4fe74&selMoph=1&selDep=
21008](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/s_report_all.php?source=monitor/format1.php&id=01fc5dff8cfce19fde7547ebf0d4fe74&selMoph=1&selDep=21008).
- [3] สถาบันราชานุกูล. ออทิสติก (AUTISTIC
DISORDER). [ออนไลน์]. (2562) [เข้าถึงเมื่อ
3 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก [https:// /th.
rajanukul.go.th](https://th.rajanakul.go.th)
- [4] กาญจนภาพมอาวุธ. ผลของโปรแกรมการเผชิญ

ความเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่อภาระ
การดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวออทิสติก
ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง
[วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต].
กรุงเทพฯ:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.

- [5] Lazarus, R.S., & Folkman, S. Stress Coping
and Appraisal. New York: Springer; 1984.
- [6] ธนวุฒิ คำประเทือง. ผลการศึกษาระดับ
ความเครียดและแนวทางจัดการ กับ
ความเครียดของสมาชิกในครอบครัวนักเรียน
ออทิสติก. [วิทยานิพนธ์ ครุศาสตรมหา
บัณฑิต]. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยราชภัฏ
มหาสารคาม; 2562.
- [7] กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบ
ประเมินความเครียดกรมสุขภาพจิต (SPST-20).
[ออนไลน์]. (2564). [เข้าถึงเมื่อ 3 มิถุนายน
2565]. เข้าถึงได้จาก [http:// envocc.ddc.
moph.go.th/contents/view/697](http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/697)
- [8] Likert, S. New patterns of management.
Nursing research 1981; 30 (2): 73 – 77.
- [9] ภูริทัต สรมณี. การจัดการความเครียดอย่าง
เหมาะสมของนักศึกษาวิชาชีพครูคณะศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยศิลปากร พระราชวัง
สนามจันทร์ [วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตร
มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย
ศิลปากร; 2561.
- [10] ดวงใจ พันธภาค, ปรัชวิน จันทรศิริ. ระดับ
ความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบิดา
มารดาเด็กออทิสติกที่นำบุตรเข้ารับการ
รักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล.
จุฬาลงกรณ์-เวชสาร 2556; 2: 223 – 38
- [11] Al-Farsi O et al. Stress, anxiety, and
depression among parents of children with
autism spectrum disorder in Oman: a

- case-control study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2016; 12: 1943–951
- [12] นิธิสนี รุจิรังสีเจริญ และคณะ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความเครียดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2564; 66(1): 53 – 68.
- [13] Ciara Padden & Jack E. James. Stress among Parents of Children with and without Autism Spectrum Disorder: A Comparison Involving Physiological Indicators and Parent Self-Reports. *Journal of Developmental and Physical Disabilities* 2017; 29: 567 –586.
- [14] Mercer, R.T.. A theoretical framework for studying factor that impact on the maternal role. *Nursing Research* 1981; 24(4): 264–71.
- [15] ปวีดา โพธิ์ทอง. ความต้องการการได้รับการช่วยเหลือของมารดาเด็กออทิสติก. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข* 2559; 3: 16 – 25.

บทความวิจัยต้นฉบับ :

อุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด ลักษณะทางคลินิก และการรักษาในทารกแรกเกิด
ที่คลอดในโรงพยาบาลปทุมธานี

**Incidence of Neonatal Sepsis, Clinical Features and Treatment in Newborn Infants Born
at Pakthongchai Hospital**

วิลาวัลย์ วงศ์วัฒนอนันต์

Wilawan Wongwattanaanan

โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดนครราชสีมา

Pakthongchai Hospital, Nakhon Ratchasima

เบอร์โทรศัพท์ 086-937-4228; E-mail : wisucheng@gmail.com

วันที่รับ 9 มี.ค. 2566; วันที่แก้ไข 7 เม.ย. 2566; วันที่ตอบ 20 เม.ย. 2566

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด ลักษณะทางคลินิกและการรักษาในทารกแรกเกิดที่คลอดในโรงพยาบาลปทุมธานี ระหว่าง 1 มกราคม 2563 ถึง 30 มิถุนายน 2565 เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนจำนวน 1,295 ราย เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ปัจจัยเสี่ยงของมารดาและทารก อาการและอาการแสดง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการให้ยาปฏิชีวนะ

ผลการวิจัย พบว่า ทารกแรกเกิดได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อ 79 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ 61.00 รายต่อทารกเกิดมีชีวิต 1,000 ราย เป็นการติดเชื้อระยะแรกร้อยละ 96.20 การติดเชื้อระยะหลังร้อยละ 3.80 ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อในทารกแรกเกิด ได้แก่ ทารกคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 15.19 น้ำคร่ำร้อยละ 15.19 ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่าร้อยละ 12.66 คลอดฉุกเฉินนอกห้องคลอดร้อยละ 7.59 ให้น้ำนมแรกเกิดน้อยกว่า 18 ชั่วโมงร้อยละ 7.59 มารดามี

ไข้หลังคลอดร้อยละ 5.06 อาการทางคลินิกที่พบคือ หายใจลำบากร้อยละ 70.89 อาการทางระบบทางเดินอาหารร้อยละ 32.91 น้ำตาลในเลือดต่ำร้อยละ 30.37 อุณหภูมิร่างกายไม่คงที่ร้อยละ 18.98 อาการทางระบบประสาทร้อยละ 10.13 จุดเลือดออกร้อยละ 8.86 และระบบหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 7.59 พบผลเพาะเชื้อในเลือดขึ้นเชื้อ 2 ราย คิดเป็น ร้อยละ 2.53 เป็นเชื้อ *Coagulase negative staphylococcus* กลุ่มติดเชื้อระยะแรกรักษาด้วยยา ampicillin ร่วมกับ gentamicin กลุ่มติดเชื้อระยะหลังรักษาด้วยยา ampicillin ร่วมกับ gentamicin หรือ ampicillin ร่วมกับ metronidazole และ cefotaxime ร่วมกับ amikacin จากผลการวิจัยพบว่ายังมีอุบัติการณ์ทารกแรกเกิดติดเชื้อค่อนข้างสูง ดังนั้นควรมีแนวทางการดูแลมารดาและทารกที่มีปัจจัยเสี่ยง และแนวทางการวินิจฉัยร่วมกับการสังเกตอาการทารกแรกเกิดอย่างใกล้ชิด

คำสำคัญ: ภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด; ภาวะติดเชื้อในระยะแรก

Abstract

This descriptive research aims to study the incidence of neonatal sepsis clinical features and treatment in newborns who born at Pakthongchai Hospital between 1 January 2020 and 30 June 2022. Retrospective data collected from medical records of 1,295 cases about general information, risk factors of mother and newborn, signs and symptoms, laboratory results and administration of antibiotics.

The research result found that 79 newborns were diagnosed with neonatal sepsis. The incidence of neonatal sepsis was 61.00 cases per 1,000 live births, 96.20% of early onset sepsis and 3.80% of the late onset sepsis. The risk factors associated with neonatal sepsis were preterm infants 15.19%, meconium-stained amniotic fluid 15.19%, low birth weight infants 12.66%, deliveries before arrival labor room 7.59%, prolonged rupture of membrane more than 18 hours 7.59%, maternal intrapartum fever 5.06%. The clinical manifestations that found, respiratory distress 70.89%, gastrointestinal tract symptoms 32.91%, hypoglycemia 30.37%, temperature instability 18.98%, neurological symptoms 10.13%, petechiae 8.86% and cardiovascular instability 7.59%. Two cases had positive blood culture, representing 2.53%, were coagulase negative staphylococcus. The early onset sepsis group was treated with ampicillin plus gentamicin and the late onset sepsis group was treated with ampicillin plus gentamicin or ampicillin plus metronidazole and cefotaxime plus amikacin. From the research found that, the incidence of neonatal sepsis was

relatively high. So that, there should be to have management guidelines for mothers and infants who have risk factors and diagnostic guidelines together with close observation of the symptomatic infants.

Keyword : Neonatal Sepsis; Early Onset Sepsis

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด (neonatal sepsis) เป็นปัญหาที่พบได้บ่อย เป็นสาเหตุการเสียชีวิตและความพิการในทารกแรกเกิดที่สำคัญ ภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิดแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ การติดเชื้อระยะแรก (early onset sepsis: EOS) หมายถึง การติดเชื้อที่เกิดขึ้นภายใน 72 ชั่วโมงหลังคลอด และการติดเชื้อระยะหลัง (late onset sepsis: LOS) หมายถึง การติดเชื้อที่เกิดขึ้นหลัง 72 ชั่วโมงหลังคลอด โดยมีอาการทางคลินิกชนิดและที่มาของเชื้อก่อโรคที่แตกต่างกัน

การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิดจำเป็นต้องอาศัยอาการและอาการแสดงของทารก ร่วมกับปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อของมารดาและทารกเป็นหลัก แต่เนื่องจากอาการและอาการแสดงของทารกไม่จำเพาะ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมีความจำเพาะต่ำ จึงช่วยในการวินิจฉัยได้ไม่มาก และการเพาะเชื้อในเลือด (hemoculture) ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐานในการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อให้ผลบวกค่อนข้างต่ำ ผลลบสูง ดังนั้นในการวินิจฉัยยังคงเป็นปัญหาสำคัญ เนื่องจากภาวะติดเชื้อของทารกแรกเกิดเป็นภาวะฉุกเฉินอาจต้องทำการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะทันที ทำให้ทารกบางรายอาจได้รับยาปฏิชีวนะเกินความจำเป็น และส่งผลทำให้มีการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อสูงกว่าความเป็นจริง ดังนั้นควรใช้แนวทางของ WHO^[1] มาช่วยในการวินิจฉัย

ปัจจุบันได้มีแนวทางป้องกันการติดเชื้อ group B streptococcus (GBS) ในมารดาและทารก โดยแนะนำให้เพาะเชื้อจากช่องคลอดและทวารหนัก ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 36 ถึง 37+6/7 สัปดาห์^[2] และแนะนำให้ยาปฏิชีวนะแก่หญิงตั้งครรภ์ระหว่างการเจ็บครรภ์คลอด (intrapartum antibiotic prophylaxis) ในกรณีที่มีภาวะอักเสบหรือติดเชื้อภายในถุงน้ำคร่ำ (intrauterine Inflammation or Infection or both หรือ Triple I) แก่มารดา^[2] พบว่าอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อระยะแรกในประเทศสหรัฐอเมริกา ก่อนมีการให้ยาปฏิชีวนะแก่หญิงตั้งครรภ์ระหว่างการเจ็บครรภ์คลอดคือ 3-4 รายต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 ราย และหลังมีการให้ยาปฏิชีวนะแก่หญิงตั้งครรภ์ระหว่างการเจ็บครรภ์คลอด อุบัติการณ์ลดลงเหลือ 0.5 รายต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 ราย ส่วนสถานการณ์การติดเชื้อ GBS ในทารกแรกเกิดของประเทศไทย มีการรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ ค.ศ 1991 จนถึง ค.ศ 2015 พบอุบัติการณ์การติดเชื้อ GBS 0.12 ต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 ราย^[3] โดยร้อยละ 78 เป็นกลุ่มการติดเชื้อระยะแรก และที่สำคัญมี การรายงานการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 21 ของทารกแรกเกิดที่มีการติดเชื้อ GBS โดยทารกที่มีการติดเชื้อระยะแรกอาจมีอาการแสดงได้หลากหลายตั้งแต่ หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว ซึม ไปจนถึงระบบหัวใจหลอดเลือด และระบบหายใจล้มเหลวอย่างรุนแรง (severe cardiorespiratory failure) ความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด (persistent pulmonary hypertension of the newborn) และภาวะสมองทำงานผิดปกติ (perinatal encephalopathy) ส่วนการติดเชื้อระยะหลังจะมีอาการแบบ bacteremia without a focus หรืออาการของเยื่อหุ้มสมองอักเสบซึ่งอาจมีอาการไม่จำเพาะ ไปจนถึงมีกระหม่อมโป่งและชักได้ สำหรับอาการของการติดเชื้อเฉพาะที่ก็อาจพบได้เช่น ปอดอักเสบ การติดเชื้อของลำไส้ กระดูกและข้อ เป็นต้น ในด้านการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ

สำหรับทารกแรกเกิดที่วินิจฉัยภาวะติดเชื้อระยะแรกแนะนำให้ยาปฏิชีวนะ ampicillin ร่วมกับ aminoglycosides เป็นอันดับแรกในกลุ่มที่สงสัยหรือวินิจฉัยการติดเชื้อในกระแสเลือดช่วงอายุ 7 วันแรกหลังคลอด^[4] อาจพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์ครอบคลุมกว้างขึ้นหากสงสัยเชื้อค็อกคาหรือทารกมีอาการวิกฤตมากและในกรณีสงสัยการติดเชื้อในกระแสเลือดช่วงอายุ 8 - 28 วันหลังคลอด โดยที่ไม่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ American Academy of Pediatrics (AAP) 2019^[5] แนะนำให้ยาปฏิชีวนะ ceftazidime ร่วมกับ ampicillin

ในประเทศไทยมีการศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด มีการศึกษาของพรเพ็ญ มนตรีศรีตระกูลและคณะ^[6] พบอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อ 13.1 รายต่อทารกเกิดมีชีวิต 1,000 ราย พบเชื้อก่อโรค Group B Streptococcus และ E. coli เป็นสาเหตุร้อยละ 70 การศึกษาของยิ่งรัก ปิงวงศานุรักษ์^[7] พบอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด 25.04 รายต่อทารกเกิดมีชีวิต 1,000 ราย ส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อระยะแรก อาการที่พบบ่อยได้แก่ ภาวะตัวเหลือง ไข้ อาการทางระบบหายใจ ผลเพาะเชื้อในเลือดพบขึ้นเชื้อร้อยละ 12.96 การศึกษาของศิริสุดา อัญญะโพธิ์^[8] พบอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด 6.2 รายต่อทารกเกิดมีชีวิต 1,000 ราย อาการที่พบบ่อยได้แก่ ซึม รับนมไม่ได้ หายใจลำบาก การศึกษาของกิงกาญจน์ บุญพิมพ์^[9] พบอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด 52.69 รายต่อทารกเกิดมีชีวิต 1,000 ราย อาการที่พบส่วนใหญ่ได้แก่ ไข้ภาวะตัวเหลือง หายใจหอบเร็ว ผลเพาะเชื้อในเลือดพบขึ้นเชื้อร้อยละ 4.17 การศึกษาของกัณณิกา อยู่มน^[10] พบอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด 37 รายต่อทารกเกิดมีชีวิต 1,000 ราย พบการติดเชื้อระยะแรกมากกว่าระยะหลัง อาการที่พบมากในการติดเชื้อระยะแรกและระยะหลังได้แก่ อาการระบบหายใจ และไข้ ตามลำดับ

การศึกษาของปิยดา พรหม^[11] พบอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด 39.9 รายต่อทารกเกิดมีชีพ 1,000 ราย อาการที่พบส่วนใหญ่ได้แก่หายใจลำบาก น้ำตาลในเลือดต่ำ ตัวเหลือง ผลเพาะเชื้อในเลือดเป็นลบทุกราย

โรงพยาบาลปัทมรังษีมีข้อจำกัดในการดูแลทารกแรกเกิดคือ ไม่มีหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด รับดูแลทารกแรกเกิดที่หอผู้ป่วยหลังคลอด และยังพบทารกแรกเกิดมีอาการและอาการแสดงที่เข้าได้กับภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิดได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งที่มีและไม่มีปัจจัยเสี่ยง แต่ยังไม่เคยมีการศึกษาเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในเรื่องการติดเชื้อในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลปัทมรังษีมาก่อน ดังนั้นผู้ที่ทำการศึกษาในบทบาทกุมารแพทย์จึงต้องการที่จะศึกษาอุบัติการณ์ภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด ลักษณะทางคลินิกและการรักษาในโรงพยาบาลปัทมรังษี เพื่อทราบสถานการณ์การติดเชื้อในทารกแรกเกิด ซึ่งผลการศึกษาก็คือจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการดูแลทารกแรกเกิดร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ สูติกร แพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาล เจ้าหน้าที่ห้องตรวจปฏิบัติการ โดยวางแผนทางการดูแลมารดาและ

ทารกที่มีปัจจัยเสี่ยงตามแนวทางของ NICHD 2016^[12] และ ACOG 2017^[13] การวินิจฉัยและการแปลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการตาม WHO review 2016^[1] การดูแลรักษาทารกแรกเกิดที่อาจมีหรือมีการติดเชื้อแบคทีเรียในเลือดเมื่อแรกเกิด ตามแนวทางของ AAP^[5,14,15] โดยได้แบ่งทารกตามอายุครรภ์ (Gestational age: GA) เป็น 2 กลุ่มคือ ทารกอายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 35 สัปดาห์^[5,14] และทารกอายุครรภ์น้อยกว่า 35 สัปดาห์^[5,15] มีเป้าหมายเพื่อป้องกัน ฝ้าระวัง ภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด ลดอัตราการป่วยและอัตราการตายของทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อ

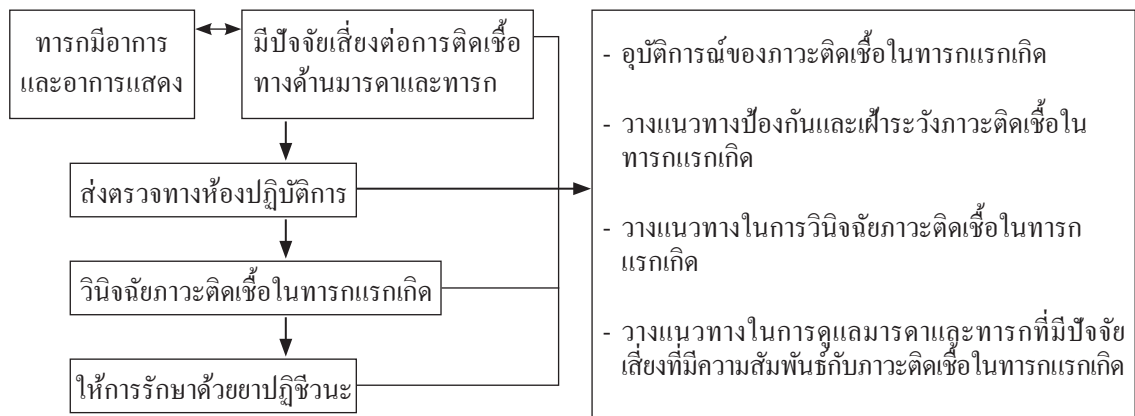
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ อาการและอาการแสดงทางคลินิก และการรักษาภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิดที่คลอดในโรงพยาบาลปัทมรังษี

ขอบเขตของการวิจัย

กลุ่มประชากรที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือกลุ่มทารกแรกเกิดที่อายุไม่เกิน 28 วัน ที่คลอดในโรงพยาบาลปัทมรังษีในช่วงวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2565 และได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาโดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง (retrospective descriptive study) จากเวชระเบียนผู้ป่วยในของทารกแรกเกิดที่คลอดในโรงพยาบาลปัทมรังษี

แหล่งข้อมูล

รวบรวมและทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในของทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อดังนี้

1. ลักษณะของการติดเชื้อ ว่าเป็นการติดเชื้อในระยะแรก หรือการติดเชื้อในระยะหลัง
2. ข้อมูลทั่วไปของทารกและมารดา ด้านทารกได้แก่เพศ น้ำหนักแรกเกิด และ APGAR score ด้านมารดาได้แก่อายุของมารดา การฝากครรภ์ อายุครรภ์ และวิธีการคลอด
3. ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงของทารกและมารดา ด้านทารกได้แก่ คลอดก่อนกำหนด ภาวะซีเทาปนในน้ำคร่ำ ขาดออกซิเจนระหว่างคลอด และคลอดฉุกเฉินนอกห้องคลอด ด้านมารดาได้แก่ ภูมุน้ำคร่ำแตกนานกว่า 18 ชั่วโมง มารดาได้ยาปฏิชีวนะระหว่างรอคลอด มารดามีไข้ระหว่างรอคลอด หรือมีการติดเชื้ออื่น ๆ ได้แก่ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ภาวะตกขาวผิดปกติ และภาวะอักเสบหรือติดเชื้อภายในอุ้งน้ำคร่ำ
4. ข้อมูลอาการและอาการแสดงของทารกที่มีภาวะติดเชื้อได้แก่ อุณหภูมิกายไม่คงที่ ไข้ (อุณหภูมิมากกว่า 38.0 °C) ตัวเย็น (อุณหภูมิภายใต้อุณหภูมิ 36.5 °C) อาการทางระบบหายใจ (respiratory distress) อาการทางระบบหัวใจและหลอดเลือดได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจเร็วหรือช้ากว่าปกติ ภาวะเขียว อาการทางระบบทางเดินอาหารได้แก่ ไม่ดูดนม ท้องอืด อาเจียน ตัวเหลือง

อาการทางระบบประสาทได้แก่ ซึม ไม่ร้อง ชัก จุดเลือดออกหรือจ้ำเลือด ตัวลาย (mottling)

5. ข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยการแปลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการในทารกคลอดครบกำหนดและทารกคลอดก่อนกำหนดจะใช้เกณฑ์เดียวกัน ดังนี้

5.1 ระดับน้ำตาลในเลือด (glucose intolerance) คือ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง (hyperglycemia) มากกว่า 180 mg/dL หรือ ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) น้อยกว่า 45 mg/dL

5.2 ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (complete blood count: CBC) พิจารณาจำนวนเม็ดเลือดขาว (White blood cell: WBC) ผิดปกติคือ น้อยกว่า 5,000 cells/mm³ หรือมากกว่า 20,000 cells/mm³ จำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด neutrophil (Absolute neutrophil count: ANC) ผิดปกติคือน้อยกว่า 1,500 cells/mm³ จำนวนเกล็ดเลือด (Platelet) ผิดปกติคือน้อยกว่า 150,000 cells/mm³

5.3 C-reactive protein (CRP) ผิดปกติคือมากกว่า 6

5.4 ผลเพาะเชื้อในเลือด (hemoculture) นำเลือดไปเพาะเชื้อแบคทีเรีย

6. ข้อมูลการรักษาโดยรวมชนิด และระยะเวลาการให้ยาปฏิชีวนะ

7. ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งไปรักษายังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นกลุ่มทารกแรกเกิดที่คลอดในโรงพยาบาลปัทมรังษี มีอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 28 วัน ระหว่าง 1 มกราคม พ.ศ. 2563 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2565 รวมระยะเวลา 30 เดือน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive

sampling) จากเวชระเบียนของทารกแรกเกิดที่คลอดในโรงพยาบาลปทุมธานีที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด ปอดอักเสบ (pneumonia) ลำไส้เน่าอักเสบ (necrotizing enterocolitis) และทารกได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะอย่างน้อย 7 วัน รวมทั้งผู้ป่วยที่มีอาการแย่งเข้าชั้นวิกฤตจนต้องส่งไปรักษายังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า โดยได้รับการวินิจฉัยสุดท้ายว่ามีภาวะติดเชื้อดังกล่าวข้างต้น และได้รับยาปฏิชีวนะรักษาต่อ

วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป การประมวลผลวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive Statistics) แสดงในรูปร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การปกป้องสิทธิ์กลุ่มเป้าหมาย (การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์)

งานวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่ใบรับรอง KHE 2022-069 ลงวันที่ 19 กรกฎาคม 2565 การรวบรวมข้อมูลของทารกแรกเกิดและมารดาจากเวชระเบียนมาประกอบการวิจัย ไม่ได้ระบุชื่อนุคูล รวมทั้งข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ๆ ในกรณีที่ต้องมีการเก็บตัวอย่างเลือดในทารกแรกเกิดเพื่อประกอบการวินิจฉัย และการรักษาเมื่อทารกมีอาการและอาการแสดงที่เข้าได้กับภาวะติดเชื้อซึ่งมีความจำเป็นต้องการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประโยชน์สูงสุดของทารก โดยมีได้ละเมิด

สิทธิส่วนบุคคล และจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผลการศึกษา

อุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด

จากการศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนจำนวน 1,295 ราย ผลการวิจัยพบว่าทารกแรกเกิดได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อ 79 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ 61.00 รายต่อทารกเกิดมีชีวิต 1,000 ราย เป็นการติดเชื้อระยะแรก 76 ราย (ร้อยละ 96.20) คิดเป็นอุบัติการณ์ 58.69 รายต่อทารกเกิดมีชีวิต 1,000 ราย เป็นการติดเชื้อระยะหลัง 3 ราย (ร้อยละ 3.80) คิดเป็นอุบัติการณ์ 2.32 รายต่อทารกเกิดมีชีวิต 1,000 ราย

ข้อมูลทั่วไปของทารกและมารดา

เป็นทารกเพศชาย 50 ราย (ร้อยละ 63.29) ทารกเพศหญิง 29 ราย (ร้อยละ 36.71) คิดเป็นอัตราส่วนชายต่อหญิงเท่ากับ 1.67 : 1 อายุครรภ์เฉลี่ย 38.01 ± 1.6 สัปดาห์ ส่วนใหญ่เป็นทารกครบกำหนด (อายุครรภ์ 37-41^{+6/7}) 66 ราย (ร้อยละ 83.54) น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 3081.3 ± 566.8 กรัม ส่วนใหญ่เป็นทารกน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม 69 ราย (ร้อยละ 87.34) คลอดปกติทางช่องคลอด 43 ราย (ร้อยละ 54.43) ผ่าตัดคลอด 34 ราย (ร้อยละ 43.04) คลอดโดยใช้เครื่องสุญญากาศ 2 ราย (ร้อยละ 2.53) พบทารกที่มีคะแนน APGAR นาทีที่ 5 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน (Birth asphyxia) 1 ราย (ร้อยละ 1.27) อายุเฉลี่ยของมารดา 28.5 ± 6.9 ปี ส่วนใหญ่มารดามีอายุในช่วง 20 ถึง 35 ปี 58 ราย (ร้อยละ 73.42) ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ 75 ราย (ร้อยละ 94.94) ไม่ฝากครรภ์ 4 ราย (ร้อยละ 5.06) ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของทารกและมารดา

ข้อมูลทารกและมารดา	จำนวน (คน) (n=79)	ร้อยละ
1. ข้อมูลทารก		
1.1 เพศ		
เพศชาย	50	63.29
เพศหญิง	29	36.71
1.2 น้ำหนักแรกเกิด (กรัม)		
< 1,500	0	0
1,500 – 2,499	10	12.66
2,500 – 3,999	64	81.01
≥ 4,000	5	6.33
น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย (กรัม) (mean+/-SD) 3081.3±566.8 กรัม (range 1750 - 4600 gram)		
1.3 APGAR score ที่ 5 นาที ≤ 7 (Birth asphyxia)	1	1.27
2. ข้อมูลมารดา		
2.1 อายุมารดา (ปี)		
อายุน้อยกว่า 20 ปี	5	6.33
อายุ 20 – 35 ปี	58	73.42
อายุมากกว่า 35 ปี	16	20.25
อายุเฉลี่ยของมารดา (ปี) (mean+/- SD) 28.5±6.9 ปี (range 14 - 44 ปี)		
2.2 อายุครรภ์ (สัปดาห์)		
อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์	12	15.19
อายุครรภ์ 37-41+ 6/7 สัปดาห์	66	83.54
อายุครรภ์ 42 สัปดาห์ ขึ้นไป	1	1.27
อายุครรภ์เฉลี่ย (สัปดาห์) (mean+/- SD) 38.01±1.6 สัปดาห์ (range 34-42 week)		
2.3 การฝากครรภ์	75	94.94
ฝากครรภ์คุณภาพ	44	55.70
ฝากครรภ์ไม่ตามเกณฑ์	31	39.24
ไม่ฝากครรภ์	4	5.06
2.4 วิธีการคลอด		
การคลอดปกติทางช่องคลอด	43	54.43

ตาราง 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของทารกและมารดา (ต่อ)

ข้อมูลทารกและมารดา	จำนวน (คน) (n=79)	ร้อยละ
คลอดโดยใช้เครื่องสูญญากาศ	2	2.53
การผ่าตัดคลอด	34	43.04
นัดมาผ่าตัดคลอด	20	25.32
ผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน	14	17.72

ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงของทารกและมารดา

จากการศึกษาพบว่าทั้งมารดาและทารกส่วนใหญ่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยงด้านทารกที่พบบ่อยคือ คลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์) เท่ากับภาวะซีเทาปนในน้ำคร่ำร้อยละ 15.19 น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัมร้อยละ 12.66 การคลอดฉุกเฉินนอกห้องคลอด (Birth before arrival) ร้อยละ 7.59 และ Fetal distress

เท่ากับภาวะขาดออกซิเจนขณะคลอด (birth asphyxia) ร้อยละ 1.27 ส่วนปัจจัยเสี่ยงด้านมารดาที่พบบ่อยคือ ระยะเวลาถุงน้ำคร่ำแตก (prolonged rupture of membrane: PROM) นานกว่า 18 ชั่วโมง ร้อยละ 7.59 มารดาได้ยาปฏิชีวนะระหว่างรอคลอดร้อยละ 6.33 และมารดามีไข้ระหว่างรอคลอด ร้อยละ 5.06 ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านทารกและมารดา

ข้อมูล	จำนวน(คน) (n=79)	ร้อยละ
ปัจจัยเสี่ยงด้านทารก		
ทารกมีปัจจัยเสี่ยง	27	34.18
คลอดก่อนกำหนด	12	15.19
ภาวะซีเทาปนในน้ำคร่ำ	12	15.19
น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม	10	12.66
การคลอดฉุกเฉินนอกห้องคลอด	6	7.59
Fetal distress	1	1.27
ภาวะขาดออกซิเจนขณะคลอด	1	1.27
ปัจจัยเสี่ยงด้านมารดา		
มารดามีปัจจัยเสี่ยง	12	15.19
ถุงน้ำคร่ำแตกนานกว่า 18 ชม.	6	7.59
มารดาได้ยาปฏิชีวนะระหว่างรอคลอด	5	6.33
มารดามีไข้ระหว่างรอคลอด	4	5.06
ภาวะตกขาวผิดปกติ	1	1.27
ภาวะอักเสบหรือติดเชื้อภายในถุงน้ำคร่ำ	0	0

ลักษณะอาการทางคลินิก

พบมีอาการและอาการแสดงได้ทุกระบบ อาการที่พบมีดังนี้ระบบหายใจ(respiratory system) ร้อยละ 70.89 ได้แก่ หายใจเร็ว (tachypnea) หายใจหอบ (retraction) ร้องกราง (grunting) หยุดหายใจ (apnea) ภาวะพร่องออกซิเจน (desaturation) ระบบทางเดินอาหาร (gastrointestinal system) ร้อยละ 32.91 ได้แก่ กินนมได้ไม่ดี (poor feeding) ท้องอืด (abdominal distension) อาเจียน (vomiting) ถ่ายเหลว (diarrhea) ตัวเหลือง (jaundice) อุณหภูมิกายไม่คงที่ (temperature instability) ร้อยละ 18.98 ได้แก่ ไช้

(hyperthermia) ตัวเย็น (hypothermia) ระบบประสาท (neurological system) ร้อยละ 10.13 ได้แก่ ชีม (lethargy) ตัวอ่อน (hypotonia) ชัก (seizure) จุดเลือดออก (petechiae) ร้อยละ 8.86 ระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular system) ร้อยละ 7.59 ได้แก่ หัวใจเต้นเร็ว (tachycardia) ภาวะเขียว (cyanosis) และไม่มีอาการร้อยละ 1.27 ซึ่งได้รับการรักษาโดยให้ยาปฏิชีวนะเพราะว่ามีปัจจัยเสี่ยง และมีจำนวนเม็ดเลือดขาวสูง ในการติดตามระยะหลังพบมีไข้ 1 ราย ถ่ายเหลว 1 ราย มีไข้และตัวเหลือง 1 ราย ดังตาราง 3

ตาราง 3 แสดงข้อมูลอาการและอาการแสดงในทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อ

อาการและอาการแสดง	EOS (n=76)		LOS (n=3)	รวม (n=79)	
	GA<35		จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	จำนวน (คน)	GA≥35			
Respiratory system	3	53	0	56	70.89
Tachypnea	1	31	0	32	40.51
Retraction	0	2	0	2	2.53
Tachypnea and retraction	2	15	0	17	21.52
Grunting	0	5	0	5	6.33
Apnea	1	0	0	1	1.27
Desaturation	3	38	0	41	51.90
Gastrointestinal system	1	24	1	26	32.91
Poor feeding	0	10	0	10	12.67
Abdominal distension	0	8	0	8	10.13
Vomiting	0	4	0	4	5.06
Diarrhea	0	1	1	2	2.53
Jaundice	1	12	1	14	17.72
Body temperature instability	0	13	2	15	18.98
Hyperthermia	0	8	2	10	12.66
Hypothermia	0	5	0	5	6.33

ตาราง 3 แสดงข้อมูลอาการและอาการแสดงในทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อ (ต่อ)

อาการและอาการแสดง	EOS (n=76)		LOS (n=3)	รวม (n=79)	
	GA<35		จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)			
Neurological system	1	7	0	8	10.13
Lethargy	1	6	0	7	8.86
Hypotonia	0	1	0	1	1.27
Seizure	0	1	0	1	1.27
Petechiae	0	7	0	7	8.86
Cardiovascular system	0	6	0	6	7.59
Tachycardia	0	1	0	1	1.27
Cyanosis	0	6	0	6	7.59
ไม่มีอาการ	0	1	0	1	1.27

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

จำนวนเม็ดเลือดขาว (1) ไม่พบจำนวนเม็ดเลือดขาวต่ำ ($WBC < 5,000 \text{ cells/mm}^3$) (2) พบมีจำนวนเม็ดเลือดขาวอยู่ในเกณฑ์ปกติ ($WBC 5,000 - 20,000 \text{ cells/mm}^3$) 51 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.56 เป็นกลุ่มติดเชื้อระยะแรก 48 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.76 (ทารกคลอดก่อนกำหนด 9 ราย และทารกคลอดครบกำหนด 39 ราย) เป็นกลุ่มติดเชื้อระยะหลัง 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.80 (เป็นทารกคลอดครบกำหนดทั้งหมด) (3) พบจำนวนเม็ดเลือดขาวสูง ($WBC > 20,000 \text{ cells/mm}^3$) 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.44 เป็นกลุ่มติดเชื้อระยะแรกทั้งหมด (ทารกคลอดก่อนกำหนด 3 ราย และทารกคลอดครบกำหนด 25 ราย) (4) จำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด neutrophil (ANC) พบจำนวนเม็ดเลือดชนิด neutrophil อยู่ในเกณฑ์ปกติ ($ANC > 1,500 \text{ cells/mm}^3$) ทั้งหมด 79 ราย

จำนวนเกล็ดเลือด (1) ไม่พบจำนวนเกล็ดเลือดต่ำ ($Platelet < 100,000 \text{ cells/mm}^3$) (2) พบจำนวนเกล็ดเลือดค่อนข้างต่ำ ($Platelet$

$100,000 - 150,000 \text{ cells/mm}^3$) 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.27 เป็นกลุ่มติดเชื้อระยะแรก (เป็นทารกคลอดก่อนกำหนด) (3) พบจำนวนเกล็ดเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ($Platelet > 150,000 \text{ cells/mm}^3$) 78 ราย คิดเป็นร้อยละ 98.73 เป็นกลุ่มติดเชื้อระยะแรก 75 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.94 (ทารกคลอดก่อนกำหนด 11 ราย และทารกคลอดครบกำหนด 64 ราย) เป็นกลุ่มติดเชื้อระยะหลัง 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.80 (เป็นทารกคลอดครบกำหนดทั้งหมด)

ระดับน้ำตาลในเลือด พบระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) น้อยกว่า 45 mg/dL 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.37 เป็นกลุ่มติดเชื้อระยะแรกทั้งหมด (ทารกคลอดก่อนกำหนด 4 ราย และทารกคลอดครบกำหนด 20 ราย) พบระดับน้ำตาลในเลือดสูง (hyperglycemia) มากกว่า 180 mg/dL 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.27 เป็นกลุ่มติดเชื้อระยะแรก และเป็นทารกคลอดก่อนกำหนด

ค่า C-reactive protein (CRP) อยู่ในเกณฑ์ปกติ (≤ 6) 72 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.14 เป็นกลุ่มติดเชื้อระยะแรก 70 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.61

(ทารกคลอดก่อนกำหนด 12 ราย และทารกคลอดครบกำหนด 58 ราย) เป็นกลุ่มติดเชื้อระยะหลัง 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.53 (เป็นทารกคลอดครบกำหนดทั้งหมด) และค่า CRP ผิดปกติ (>6) 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.86 เป็นกลุ่มติดเชื้อระยะแรก 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.59 (เป็นทารกคลอดครบกำหนดทั้งหมด) เป็นกลุ่มติดเชื้อระยะหลัง 1 ราย

คิดเป็นร้อยละ 1.27 (เป็นทารกคลอดครบกำหนดทั้งหมด)

ผลเพาะเชื้อในเลือดขึ้นเชื้อแบคทีเรียพบ 2 รายคิดเป็นร้อยละ 2.53 เชื้อที่พบคือ Coagulase negative Staphylococci (CONS) ทั้ง 2 ราย เป็นกลุ่มติดเชื้อระยะแรกและระยะหลังอย่างละ 1 ราย และเป็นทารกคลอดครบกำหนด ดังตาราง 4

ตาราง 4 แสดงผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	EOS (n=76)		LOS (n=3)		รวม (n=79)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
White blood cell (cell/mm ³)						
< 5,000	0	0	0	0	0	0
5,000-20,000	48	60.76	3	3.80	51	64.56
> 20,000	28	35.44	0	0	28	35.44
Platelet (cell/mm ³)						
< 100,000	0	0	0	0	0	0
100,000 – 150,000	1	1.27	0	0	1	1.27
> 150,000	75	94.94	3	3.80	78	98.73
ANC (cell/mm ³)						
≤ 1,500	0	0	0	0	0	0
> 1,500	76	96.20	3	3.80	79	100.00
Hypoglycemia	24	30.37	0	0	24	30.37
Hyperglycemia	1	1.27	0	0	1	1.27
C – reactive protein (CRP)						
≤ 6	70	88.61	2	2.53	72	91.14
> 6	6	7.59	1	1.27	7	8.86
Hemoculture	2	2.53	0	0	2	2.53

ข้อมูลการรักษา

ในกลุ่มติดเชื้อระยะแรก 76 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.20 ได้รักษาด้วยยาปฏิชีวนะหลักคือ ampicillin ร่วมกับ gentamicin เป็นสูตรยาแรกทุกรายและส่วนใหญ่ได้ยาปฏิชีวนะ 7 วัน คิดเป็น

ร้อยละ 73.42 ได้ยาปฏิชีวนะน้อยกว่า 7 วัน คิดเป็นร้อยละ 20.25 โดยมี 2 รายอาการไม่ดีขึ้นได้เปลี่ยนยาเป็น cefotaxime ร่วมกับ amikacin และ 1 ใน 2 รายนี้ อาการแย่ลงได้ส่งต่อไปรักษายังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ส่วนอีก 14 ราย มีอาการแย่ลงและ

ได้ส่งต่อไปรักษายังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ในกลุ่มติดเชื้อระยะหลังพบเพียง 3 ราย โดยได้ยาปฏิชีวนะ ampicillin ร่วมกับ gentamicin 1 ราย ดังตาราง 5

ตาราง 5 แสดงข้อมูลการให้ยาปฏิชีวนะของทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อ

ยาปฏิชีวนะ	EOS (n=76)		LOS (n=3)		รวม (n=79)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
Ampicillin + Gentamicin	76	96.20	1	1.27	77	97.47
< 7 วัน	16	20.25	0	0	16	20.25
7 วัน	58	73.42	1	1.27	59	74.68
>7 วัน	2	2.53	0	0	2	2.53
Cefotaxime + Amikacin	2	2.53	1	1.27	3	3.80
Ampicillin + Metronidazole	0	0	1	1.27	1	1.27

การส่งต่อผู้ป่วย

จากการศึกษามีจำนวนทารกที่ได้รับการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 14 ราย และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี 1 รายรวมเป็น 15 ราย (ร้อยละ 18.99) โดยมีรายละเอียดดังนี้ มีภาวะหายใจหอบมากขึ้น 2 ราย (ร้อยละ 2.53) มีภาวะหายใจล้มเหลวได้ใส่ท่อช่วยหายใจ 5 ราย (ร้อยละ 6.33) มีภาวะเลือดขึ้น (polycythemia) ถึงเกณฑ์ต้องได้รับการรักษาโดยการถ่ายเปลี่ยนเลือด 3 ราย (ร้อยละ 3.80) มีภาวะตัวเหลืองมากขึ้นถึงเกณฑ์ต้องได้รับการรักษาโดยการถ่ายเปลี่ยนเลือด 1 ราย (ร้อยละ 1.27) มีอาการชักต่อเนื่องจนต้องใส่ท่อช่วยหายใจ 1 ราย (ร้อยละ 1.27)

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิดที่คลอดในโรงพยาบาลปัทมราษฎร์มีอัตราค่อนข้างสูง โดยเฉพาะอุบัติการณ์

ของภาวะติดเชื้อในระยะแรกเมื่อเทียบกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา^[2] และสูงกว่าการศึกษาอื่น ๆ ที่เคยทำการศึกษาในประเทศไทย^[3, 6-8, 10-11] แต่พบสอดคล้องใกล้เคียงกับการศึกษาของกึ่งกาญจน์ บุญพิมล^[9] ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน ที่มีขนาดใกล้เคียงกัน และใช้ลักษณะอาการทางคลินิกเป็นหลักในการวินิจฉัยเหมือนกัน ซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้พบอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิดค่อนข้างสูง ลักษณะอาการเหล่านี้ต้องแยกจากภาวะอื่นที่ไม่ใช่การติดเชื้อเช่น ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด ภาวะสูดสำลักขี้เทา (meconium aspiration syndrome) เนื่องจากภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิดถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการวินิจฉัย และรักษาอย่างทันท่วงที เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจนอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ดังนั้นมีความจำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะรักษาไปก่อนและใช้ผลเพาะเชื้อในเลือดมาช่วยในการตัดสินใจหยุดยาเมื่อผลเพาะเชื้อในเลือดไม่ขึ้นเชื้อ เนื่องจากทาง

โรงพยาบาลปทุมธานีไม่สามารถทำ การเพาะเชื้อ ในเลือดได้เอง ดังนั้นการเพาะเชื้อในเลือดต้องรอ เวลารายงานผลประมาณ 5 วัน จึงจำเป็นต้องให้ยา ปฏิชีวนะไปจนครบ 7 วัน

ในกลุ่มติดเชื้อระยะหลัง กลุ่มทารกคลอด ก่อนกำหนด และกลุ่มทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมพบว่ามีจำนวนน้อย เนื่องจากโรงพยาบาลปทุมธานีเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อ จำกัดคือ ยังไม่มีหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด จึงทำให้ ไม่สามารถรับดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีอายุ ครรภ์น้อยกว่า 35 สัปดาห์ และทารกน้ำหนักน้อยกว่า 1500 กรัม ในทารกกลุ่มนี้ใช้เวลารักษาในโรง พยาบาลนาน เสี่ยงต่อการติดเชื้อระยะหลัง ทำให้ การศึกษานี้พบการติดเชื้อระยะหลังน้อย จาก การศึกษาไม่พบทารกเสียชีวิต อาจเป็นจากทารก ส่วนใหญ่มีอายุครรภ์ครบกำหนด (อายุครรภ์ 37-41/6/7 สัปดาห์) อายุครรภ์เฉลี่ย 38.01 ± 1.6 สัปดาห์ และน้ำหนักของทารกอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ทารก น้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม) น้ำหนักเฉลี่ย คือ 3081.3 ± 566.8 กรัม

ข้อมูลทางมารดาพบว่าส่วนใหญ่มาฝากครรภ์ ร้อยละ 94.94 ไม่ฝากครรภ์ 4 ราย (ร้อยละ 5.06) ซึ่งมารดากลุ่มไม่ฝากครรภ์นี้พบคลอดฉุกเฉินนอก ห้องคลอดทั้งหมดเมื่อวิเคราะห์และประเมินความ เสี่ยงด้านมารดาและทารก พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงที่ สัมพันธ์กับภาวะติดเชื้อน้อย โดยทารกไม่มีปัจจัย เสี่ยงร้อยละ 65.82 มารดาไม่มีปัจจัยเสี่ยงร้อยละ 84.81 แต่พบทารกมีอาการสงสัยติดเชื้อและได้ รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะค่อนข้างสูง อาจเป็น จากข้อมูลประวัติของมารดาที่ไม่ชัดเจน ดังนั้น ควรจะมีแนวทางในการเฝ้าระวังดูแลรักษามารดา และทารกที่ชัดเจนและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน เพื่อลดจำนวนทารกที่อาจมีอาการผิดปกติที่เข้าได้ กับภาวะสงสัยภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิดได้จึง

ทำให้ต้องมีการทำงานแบบสหวิชาชีพเพื่อที่จะได้ วางแผนหาแนวทางในการป้องกัน และเฝ้าระวัง ภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด

ข้อมูลลักษณะทางคลินิก จากการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่มีอาการและอาการแสดงที่หลากหลาย พบมีอาการได้ทุกระบบ อาการที่พบได้บ่อย เป็นอาการทางระบบหายใจ อาการทางระบบทาง เเดินอาหาร อุณหภูมิกายไม่คงที่ ซึ่งสอดคล้องกับ ทฤษฎี^[1,4,14,15] และการศึกษาก่อนหน้านี้ที่เคยศึกษา ในประเทศไทย^[6-11]

จากการศึกษานี้พบว่าส่วนใหญ่ผลการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ เนื่องจากผล การตรวจทางห้องปฏิบัติการมีความจำเพาะต่ำ จึง นำมาช่วยวินิจฉัยได้ไม่มาก และผลการเพาะเชื้อ ในเลือดซึ่งเป็นวิธีมาตรฐานในการวินิจฉัยภาวะ ติดเชื้อในทารกแรกเกิด ให้ผลบวกค่อนข้างต่ำผล ลดลงสูง และจากการศึกษาพบว่าขึ้นเชื้อเพียง 2 ราย (ร้อยละ 2.53) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของกิงกาญจน์ บุญพิมล^[9] และปิยดา พรใหม่^[11] ที่ได้ทำการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนเหมือนกัน พบผลเพาะเชื้อในเลือดขึ้นเชื้อร้อยละ 4.17 และ ผลเป็นลบทุกรายตามลำดับ จากการศึกษาพบผล เพาะเชื้อให้ผลบวกค่อนข้างต่ำ สาเหตุอาจเป็น จากห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ของโรงพยาบาล ปทุมธานีไม่สามารถทำการเพาะเชื้อจากสิ่งส่งตรวจ ได้เองต้องส่งเพาะเชื้อต่อที่หน่วยงานอื่น จึงไม่ได้ ส่งตรวจเพาะเชื้อทันที ทำให้การส่งเพาะเชื้อสิ่ง ส่งตรวจล่าช้า หรือการเก็บสิ่งส่งตรวจเพื่อรอส่ง ไปเพาะเชื้อไว้ไม่ถูกวิธี ปัจจัยอื่น ๆ อาจเป็นจาก มารดาได้รับยาปฏิชีวนะก่อนคลอด หรือปริมาณ เลือดที่ส่งตรวจไม่เพียงพอ

ในด้านการรักษาพบว่าสอดคล้องกับ ทฤษฎี^[4,5,14,15] และการศึกษาในประเทศไทย^[6-11] กลุ่มติดเชื้อระยะแรกพบว่าแนวทางการให้ยา

ปฏิชีวนะเป็นไปในทางเดียวกันคือ เริ่มจากยาปฏิชีวนะหลักก่อนคือ ampicillin ร่วมกับ gentamicin และระยะเวลาที่ได้ยาปฏิชีวนะส่วนใหญ่ได้ 7 วันมีเพียง 2 ราย เมื่ออาการไม่ดีขึ้นจึงได้เปลี่ยนยาปฏิชีวนะตามความเหมาะสม เนื่องจากอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิดพบมีอัตราที่ค่อนข้างสูง จึงทำให้มีทารกที่มีอาการแย่งถึงขั้นวิกฤตต้องได้รับการส่งต่อไปรักษายังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า 15 รายทำให้ทารกกลุ่มนี้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน อาจมีปัญหาด้านสติปัญญา และพัฒนาการด้านต่าง ๆ ล่าช้าได้

ข้อเสนอแนะ

อุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิดที่คลอดในโรงพยาบาลปภังกรชัยค่อนข้างสูง โดยการวินิจฉัยให้ความสำคัญกับอาการและอาการแสดงมากที่สุด ภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิดถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันทั่วที่ ส่วนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอาจช่วยตัดสินใจในการให้ยาปฏิชีวนะ ดังนั้นผู้ทำการรักษาอาจต้องให้การวินิจฉัยรักษาไปก่อน และใช้ผลเพาะเชื้อในเลือดมาประกอบการพิจารณาหยุดยาปฏิชีวนะในระยะเวลาที่เหมาะสม แต่ผลเพาะเชื้อในเลือดต้องรอการรายงานผลนานอย่างน้อย 5 วัน ทำให้ทารกส่วนใหญ่ได้ยาปฏิชีวนะจนครบ 7 วัน เป็นสาเหตุให้ทารกต้องใช้เวลารักษาในโรงพยาบาลนาน สิ้นเปลืองทรัพยากรบุคคลและงบประมาณโดยไม่จำเป็น ควรหาแนวทางป้องกันภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด จุดมุ่งหมายคือลดอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด ดังนั้นควรมีการทำงานร่วมกันเป็นสหวิชาชีพ โดยมีการประสานงานกันระหว่างกุมารแพทย์สูตินรีแพทย์

หน่วยบริการฝากครรภ์ แผนกห้องคลอด แผนกดูแลผู้ป่วยหลังคลอด และห้องปฏิบัติการทาง การแพทย์ โดยมีแนวทางดังนี้

ด้านการป้องกันคือในช่วงก่อนคลอดให้ ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการมาฝากครรภ์ เพื่อให้เห็นถึงความสำคัญในเรื่องการฝากครรภ์ และควรมาฝากครรภ์แต่เนิ่น ๆ มารดาต้องได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน ต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ มารดาและทารกในครรภ์ จัดให้มีช่องทางติดต่อกับเจ้าหน้าที่หน่วยบริการฝากครรภ์ได้ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้การช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินอย่าง ทันทั่วถึงและประสานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่ยังไม่ได้มา ฝากครรภ์

ในช่วงเข้าสู่ระยะคลอดมีแนวทางในการดูแลมารดาที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อ ในทารกแรกเกิด โดยจัดทำแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด แนวทางในการให้ยาปฏิชีวนะในมารดาที่มีปัจจัยเสี่ยง เพื่อ ป้องกันภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิดที่เหมาะสม ตามข้อบ่งชี้ ทั้งชนิดของยาปฏิชีวนะ ขนาดที่ใช้ และระยะเวลาที่มารดาได้รับยาปฏิชีวนะ ตามแนวทางของ NICHD 2016^[12] และ ACOG 2017^[13]

ในช่วงหลังคลอดกุมารแพทย์วางแผนทาง การดูแลทารกหลังคลอด แนวทางในการป้องกัน และเฝ้าระวังสังเกตอาการของทารกที่มีอาการ และอาการแสดงที่เข้าได้กับภาวะติดเชื้อทารกแรก เกิด ในด้านการดูแลรักษา มีการจัดทำแนวทางในการดูแลทารกที่อาจมีหรือมีภาวะติดเชื้อเพื่อให้การ วินิจฉัยและดูแลรักษาเป็นไปในทางเดียวกัน โดย นำแนวทางการวินิจฉัยและ การแปรผลตรวจทาง ห้องปฏิบัติการตาม WHO review 2016^[11] การดูแล รักษาทารกแรกเกิดที่อาจมีหรือมีการติดเชื้อ

แบคทีเรียในเลือดเมื่อแรกเกิด ได้แบ่งทารกตามอายุครรภ์เป็น 2 กลุ่ม คือ ทารกอายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 35 สัปดาห์^[5,14] และทารกอายุครรภ์น้อยกว่า 35 สัปดาห์^[5,15] โดยปรับให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาลปักษ์ใต้ต่อไป

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับการเพาะเชื้อในเลือด ในกรณีที่ยังไม่สามารถทำการเพาะเชื้อในเลือดได้เองควรมีการวางแผนทางในการตามผลเพาะเชื้อในเลือดให้ได้ผลเร็วขึ้น หรือควรพัฒนาศักยภาพให้สามารถเพาะเชื้อส่งตรวจได้เองเพื่อที่แพทย์สามารถวางแผนการรักษาได้อย่างถูกต้อง ลดอัตราการเสียชีวิตของทารกที่เกินความจำเป็น และลดระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- [1] Fuchs A, Bielicki J, Mathur S, Sharland M, Van Den Anker J. Antibiotic use for sepsis in neonate and children: 2016 evidence update WHO Review; 2016.
- [2] King TL, Silverman NS, Turrentine M; Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion No. 797: Prevention of group B streptococcal early-onset disease in newborn. Obstet Gynecol 2019; 135: e51–e72
- [3] Thatrimontrichai A, Khunnarakpong N, Tantichanthakarn P, et al. Neonatal Group B Streptococcus sepsis: A Multicenter study in Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health 2017; 48(5): 1063 – 71.
- [4] American Academy of Pediatrics. Group b Streptococcal infections. In: Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS, eds. Red Book: 2018 Report of the Committee on Infectious Diseases. 31st ed. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics; 2018: 762 – 68.
- [5] Puopolo KM, Lynfield R, Cummings JJ; COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN; COMMITTEE ON INFECTIOUS DISEASE. Management of infants at risk for group B streptococcal disease. Pediatrics 2019; 144: e20191881
- [6] พรเพ็ญมนตรีศรีตระกูลแสงแขชำนาญวณิช และปรียาพันธ์ แสงอรุณ. อุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในระยะหลังคลอด ลักษณะทางคลินิกและการรักษา ในทารกแรกเกิดที่คลอดในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. เวชสารทหารบก 2547; 57: 237 – 44.
- [7] ยิ่งรัก ปิงวงสานุรักษ์. อุบัติการณ์ภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด ลักษณะทางคลินิกและการรักษาของทารกแรกเกิดที่คลอดในโรงพยาบาลด่านขุนทด. วารสารศูนย์อนามัยที่ 5 2552; 6: 9 – 18.
- [8] ศิริสุดา อัญญะโพธิ์. การติดเชื้อทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลอ่างทอง. วารสารวิชาการ รพศ/รพท เขต 4 2558; 17: 174 – 82.
- [9] กิ่งกาญจน์บุญพิมพ์. อุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด ลักษณะทางคลินิกและการรักษาในทารกที่คลอดในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ. ยโสธรเวชสาร 2558; 17: 79 – 87.
- [10] กัณณิกา อยู่มนั. ลักษณะการติดเชื้อของทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลพังงา. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2564; 35: 1 – 15.
- [11] ปิยดา พรใหม่. อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของภาวะติดเชื้อระยะแรกในทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลปราสาท. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ 2564; 17: 56 – 73.

- [12] Higgins RD, Saade G, Polin RA, Grobman WA, Buhimschi IA, Watterberg K, et al. Chorioamnionitis Workshop Participants. Evaluation and management of women and newborns with a maternal diagnosis of chorioamnionitis: Summary of a workshop. Obstet Gynecol. 2016; 127: 426 – 36.
- [13] Heine RP, Puopolo KM, Beigi R, Silverman NS, El-Sayed YY; Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion No. 712: Intrapartum management of intraamniotic infection. Obstet Gynecol 2017; 130: e95 -e101
- [14] Puopolo KM, Benitz WE, Zaoutis TE; COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN; COMMITTEE ON INFECTIOUS DISEASE. Management of neonate born at $\geq 35\ 0/7$ week' gestation with suspected or proven early-onset bacterial sepsis. Pediatrics 2018;142: e20182894.
- [15] Puopolo KM, Benitz WE, Zaoutis TE; COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN; COMMITTEE ON INFECTIOUS DISEASE. Management of neonate born at $\leq 34\ 6/7$ week' gestation with suspected or proven early-onset bacterial sepsis. Pediatrics 2018;142: e20182896.

บทความวิจัยต้นฉบับ :

ผลการตรวจหาการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมต
ในผักผลไม้ เขตจังหวัดนครราชสีมา

The Result of Detected Organophosphate and Carbamate Pesticide Residues
in Vegetables and Fruits Nakhon Ratchasima Province

จิราภรณ์ ประธรรมโย* วลัยัญชยา เขตบำรุง** ธมณ วัชรเมธาพงษ์*** และชมพูนุท หวังแลกลาง***

Jiraporn Prathumyo* Valanchaya Ketbumroong** Tamon Watcharamethapong***

and Shompoonuth Wanglaeklang***

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล****

Vongchavalitkul University****

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา***

Nakhonratchasima Health Provincial Office***

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

วันที่รับ 21 ก.พ.2566; วันที่แก้ไข 18 เม.ย.2566; วันที่ตอบรับ 3 พ.ค. 2566

บทคัดย่อ

ผักและผลไม้ที่ใช้ปรุง ประกอบอาหารมีสารเคมีตกค้างเพิ่มขึ้น การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หาสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต คาร์บาเมตในผักและผลไม้จังหวัดนครราชสีมา เก็บตัวอย่างผัก ผลไม้จากแปลงปลูก ร้านค้าในชุมชน และโรงครัวโรงเรียน ในพื้นที่ 16 อำเภอ ตัวอย่างผัก ผลไม้ ที่เก็บ จำนวน 1109 ตัวอย่าง แบ่งเป็นผัก 21 ชนิด ได้แก่ พริกสด มะเขือเปราะ กระเพรา แตงกวา มะเขือเทศ ถั่วฝักยาว ผักชี ต้นหอม ผักกาดขาว โหระพา กระเทียม บวบเหลี่ยม กวางตุ้ง กะหล่ำปลี ขึ้นฉ่าย กระเทียม แครอท บร็อกโคลี่ หอมแดง หอมหัวใหญ่ ผลไม้ 8 ชนิด ฝรั่ง กล้วย แก้วมังกร มะละกอ แตงโม แคนตาลูป มะม่วงและแอปเปิ้ลตรวจวิเคราะห์หาสารเคมีตกค้างด้วยชุดทดสอบ เอ็ม เจ พี เค ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กระทรวงสาธารณสุขทำงานด้วยหลักการ

ยับยั้งเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสผลการทดสอบได้ถูกต้องร้อยละ 85 ให้ผลบวกลงร้อยละ 15 ผลบวกลงร้อยละ 0 มีความจำเพาะ ร้อยละ 81 ความไวร้อยละ 100 การวิจัยเป็นเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง ธันวาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ร้อยละ ผลการวิจัย พบว่า ตัวอย่างผัก ผลไม้จำนวนทั้งหมด 1109 ตัวอย่าง มีสารเคมีตกค้างในระดับปลอดภัยจำนวน 1085 ตัวอย่าง (ร้อยละ 97.8 ของผักผลไม้ทั้งหมด) เป็นผัก ผลไม้ที่ปลูกจำหน่ายในร้านค้าชุมชน และโรงครัวโรงเรียนจำนวน 441, 369 และ 275 ตัวอย่าง ตัวอย่างผักผลไม้ที่มีสารเคมีตกค้างในระดับไม่ปลอดภัยจำนวน 24 ตัวอย่าง (ร้อยละ 2.2 ของผัก ผลไม้ทั้งหมด) จำนวน 4, 13 และ 7 ตัวอย่าง ตามลำดับ ผักที่ตรวจพบว่ามีสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างอยู่ในระดับที่ไม่ปลอดภัยมากที่สุด คือ ต้นหอมสด (ร้อยละ3.50) รองลงมาคือมะเขือเปราะ กระเทียมแห้ง

หอมแดงแห้งหอมหัวใหญ่ ขึ้นฉ่าย กระหล่ำปลี กวางตุ้ง พริกสด (ร้อยละ 2.46, 1.40, 0.60, 0.60, 0.54, 0.33, 0.21, 0.84 ตามลำดับ) ส่วนผักผลไม้ชนิดอื่น ตรวจพบสารเคมีกำจัดแมลงตกค้างอยู่ในระดับที่ปลอดภัย ดังนั้นเพื่อลดความเสี่ยงด้านสุขภาพหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรตรวจสอบ เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนให้เกษตรกรปลูกโดยไม่ใช้สารเคมีและสร้างความรอบรู้เรื่องอาหารปลอดภัยให้กับผู้บริโภค

คำสำคัญ : การวิเคราะห์หาสารเคมีกำจัดศัตรูพืช; กลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต คาร์บาเมต; ผักและผลไม้

Abstract

Vegetables and fruits used for cooking may have more chemical residues. This research aims to determine the organophosphate carbamate pesticide residues in fruits and vegetables in Nakhon Ratchasima Province. The samples consist of vegetables and fruit from plantations, community shops, and school kitchens in 16 districts. A total of 1109 samples of vegetables and fruits were collected, divided into 21 types of vegetables including fresh chili, eggplant, basil, cucumber, tomato, long bean, parsley, green onion, Chinese cabbage, sweet basil, kale, morning glory, Chinese Okra, choy sum, cabbage, celery, garlic, carrot, broccoli, shallot, and onion; and 8 types of fruits including guava, banana, dragon fruit, papaya, watermelon, cantaloupe, mango, and apple. The chemical residues were analyzed with the MJPk test kit of the Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health, which works by inhibiting the enzyme cholinesterase.

The test results showed 85% correct, 15% false positive, 0% false negative, 81% specificity, and 100% sensitivity. This is a descriptive research study, and the data were collected between June and December 2022. Descriptive statistics, including frequency and percentage, were used to analyze the data.

The results showed that out of the 1109 samples of fruits and vegetables, 1085 samples had chemical residues at a safe level (97.8% of all fruits and vegetables). Among these samples, 441 were from community shops and school kitchens, with 441, 369, and 275 examples, respectively. There were 24 samples of vegetables and fruits with unsafe levels of chemical residues (2.2% of the total fruits and vegetables), including 4, 13, and 7 samples, respectively. Vegetables that were found to have the highest levels of pesticide residues were green onions (3.50%), followed by eggplant, dried garlic, shallots, onions, celery, cabbage, choy sum, and fresh chili (with percentages of 2.46, 1.40, 0.60, 0.60, 0.54, 0.33, 0.21, and 0.84, respectively). For other fruits and vegetables, pesticide residues were found at safe levels. Therefore, relevant agencies should investigate constantly and encourage farmers to grow without chemicals to reduce health risks and create knowledge about safe food for consumers. Vigilance is essential to ensure the safe consumption of fruits and vegetables.

Keyword : Detection of Pesticides; Organophosphates; Carbamates; Fruits and Vegetables

บทนำ

ประเทศไทยนับเป็นประเทศผู้ผลิตอาหารเพื่อบริโภคในประเทศและผลิตเพื่อส่งออก มีสินค้าสำคัญหลายชนิดหลายประเภท แต่ทั้งนี้ประเทศไทยยังประสบกับปัญหาในด้านความปลอดภัยของอาหารที่ผลิตทั้งในเรื่องอันตรายทางชีวภาพ ทางเคมี ทางกายภาพ และอันตรายอื่น ๆ ซึ่งเป็นอันตรายสำคัญที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในประเทศและกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศได้จากผลการเฝ้าระวังของเครือข่ายเตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืชหรือไทยแพน^[1] ในปี 2565 ผักและผลไม้ พบสารพิษกำจัดศัตรูพืชรวม 103 ชนิด ตกค้างใน 212 ตัวอย่างจาก 268 ตัวอย่าง โดยการสุ่มตรวจจากห้างสรรพสินค้า 5 แห่ง ได้แก่ Makro, Big C, TOPS, Lotus's, Gourmet Market และตลาด 11 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ ลำพูน นครสวรรค์ ราชบุรี ปทุมธานี ปราจีนบุรี จันทบุรี ขอนแก่น ยโสธร มหาสารคาม และสงขลา รวมทั้งส่งจากช่องทางออนไลน์ และส่งวิเคราะห์สารพิษตกค้างแบบ multi residue analysis ครอบคลุมสารพิษ 567 รายการ ณ ห้องปฏิบัติการ TUV SUD ประเทศอิตาลี ซึ่งได้รับการรับรอง ISO/IEC 17025 และทำการเปรียบเทียบกับค่า MRL ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย พบสารคาร์เบนดาซิม ตกค้างใน 89 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 33 มากเป็นอันดับที่ 2 ในตัวอย่างพริกแดง มะเขือเทศ ถั่วฝักยาว กะหล่ำปลี กระเทียม กรีนคอส ฝรั่ง แตงโม ส้มไทย ส้มนำเข้า อุ่น และแอปเปิ้ลแดง นอกจากนี้ทางเครือข่ายเตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืชหรือไทยแพนยังได้ตรวจวิเคราะห์หาสารพิษตกค้างในเนื้อส้ม โดยมีตัวอย่าง 65 ตัวอย่าง พบสารคาร์เบนดาซิมตกค้าง 59 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 56 และเป็นที่น่าตกใจอย่างมากกับการสุ่มตรวจน้ำส้มในภาชนะบรรจุ

ปิดสนิท จำนวน 10 ตัวอย่าง พบการตกค้างคาร์เบนดาซิม จำนวน 4 ตัวอย่าง จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าตั้งแต่ปี 2560 จนถึงปัจจุบันการใช้สารคาร์เบนดาซิม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ 15.5%, 20.6%, 22.4%, และ 36.7% ตามลำดับ เมื่อมีการใช้มากขึ้น จึงทำให้มีการนำเข้าสารคาร์เบนดาซิมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพของประชาชนในประเทศไทยจากการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช คาร์เบนดาซิม ซึ่งอยู่ในกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตที่ตกค้างในผัก ผลไม้ ส่งผลต่อการเจ็บป่วย พิการ เสียชีวิต รวมถึงการใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะโรคในกลุ่มมะเร็งมีอัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเกิดขึ้นกับทุกเพศ ทุกวัย^[2] สารคาร์เบนดาซิมมีกลไกของการเกิดพิษแบบเฉียบพลัน มีพิษทำลายสารพันธุกรรม DNA ในเซลล์เม็ดเลือดขาวจากผล การทดลองในสัตว์พบว่า มีผลต่อระบบการสืบพันธุ์ของหนูเพศผู้เมื่อได้รับสารติดต่อกัน 80 วัน พิษต่อตัวอ่อนปลาฆ่าตาย หลังได้รับสาร 72 ชั่วโมง มีฤทธิ์รบกวนการสังเคราะห์ไขมัน และสมดุลเชื้อจุลินทรีย์ในทางเดินอาหาร รบกวนการทำงานของยีนที่เกี่ยวข้องกับการสลายน้ำตาล และไขมันเมื่อได้รับสัมผัสในขนาด 30,100 µg/L จากข้อมูลสามารถสรุปได้ว่า สารคาร์เบนดาซิมอาจมีผลกระทบต่อการศึกษาพิษทางพันธุกรรม ก่อพิษต่อภาวะเจริญพันธุ์และตัวอ่อนในครรภ์ มีพิษมากต่อสิ่งมีชีวิตในน้ำ และตกค้างได้นาน^[3]

รายงานการเฝ้าระวังสุขภาพของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยรินทร์ พบความเสี่ยงกรณีสุขภาพที่มาจากสารเคมีทางการเกษตร มีความเสี่ยงในระดับสูงมากทั้ง 4 จังหวัด ได้แก่ นครราชสีมา บุรีรัมย์ ชัยภูมิ และสุรินทร์ (ระดับความเสี่ยง 27.43, 27.43, 26.29 และ

26.29) ตามลำดับ^[4] ซึ่งสอดคล้องการข้อมูลดังที่ได้กล่าวถึงในเบื้องต้นที่มีการตรวจพบสารตกค้างในผัก ผลไม้ที่จำหน่ายในห้างสรรพสินค้า ร้านค้า และตลาด ทั้งที่ผลิตในไทยและนำเข้าในปี 2565 เครื่องขยายเตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืชหรือไทยแพน ซึ่งผลผลิตผักและผลไม้ได้กระจายตัวไปในพื้นที่ 77 จังหวัด ดังนั้นโอกาสที่ประชาชนทุกคนจะได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ตกค้างในผลผลิตผัก ผลไม้ จึงมีมากขึ้น จึงก่อให้เกิดโรคร้าย และอันตรายจากสารเคมีเป็นจำนวนมากในแต่ละปี ในปี 2563-2566 พบมีผู้ป่วยรายใหม่ 139,206 คนต่อปี และในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิต 84,073 คนต่อปีมีอัตราเกิดโรคสูงขึ้นต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย^[5] สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการสัมผัสกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ซึ่งจัดเป็นปัญหาใหญ่และรุนแรงในประเทศไทยเช่นกันจากการสำรวจการใช้/ป่วยจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม – 14 สิงหาคม 2563 ผลการสำรวจจาก 2,646,260 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 100 พบว่า มีสมาชิกภายในครัวเรือนที่มีอาการผื่นคันหรือเจ็บป่วยที่อาจเกิดจากการสัมผัส สารเคมีอันตราย 3 ชนิด (พาราควอต คลอร์ ไพริฟอส ไกลโฟเสต) ชนิดใดชนิดหนึ่งหรือหลายชนิด ได้แก่ มีส่วนร่วมกับเดินเซ 12,554 คน ชาปลายมือ ปลายเท้า 79,645 คน ผื่นหนังอักเสบ 22,569 คน เนื้อเน่า 641 คน ต้องทำการฟอกไตเป็นประจำ 2,349 คน มะเร็งเม็ดเลือดขาว 370 คน มะเร็งต่อมน้ำเหลือง 922 คน และปัญหาอ่อน 1,132 คน เมื่อจำแนกตามชนิดของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับพิษจากสาร ในกลุ่ม organophosphate และ carbamate มากที่สุดจำนวน 2,644 คนคิดเป็นร้อยละ 32.22 นอกจากนี้จะส่งผลกระทบต่อเกษตรกรผู้ใช้สารเคมีและส่งผลให้มีสารพิษตกค้างในผลผลิต

ทางการเกษตรก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพของผู้บริโภค^[6]

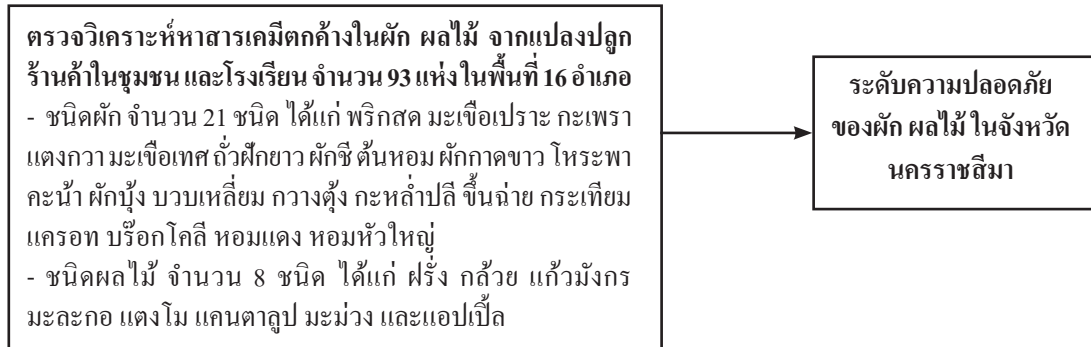
ด้วยเหตุนี้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาจึงได้จัดทำแผนปฏิบัติการราชการรายปี (พ.ศ. 2565) เพื่อเชื่อมโยงยุทธศาสตร์แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติและนโยบายตั้งแต่ระดับชาติ กระทรวงและกรมเกี่ยวกับการส่งเสริมให้ผู้บริโภคเข้าถึง และเข้าใจข้อมูลข่าวสารในการเลือกบริโภค และมีพฤติกรรมบริโภค ที่เหมาะสม^[7] จังหวัดนครราชสีมาได้นำยุทธศาสตร์ชาติเข้ามาวางแผนงานด้านความปลอดภัยในจังหวัดเนื่องด้วยจังหวัดมีความอุดมสมบูรณ์ด้านทรัพยากรน้ำ ซึ่งมีทั้งหมด 9 กลุ่มน้ำย่อย จึงเป็นพื้นที่ที่มีศักยภาพสามารถทำการเกษตร โดยเฉพาะปลูกข้าว ผัก ผลไม้ และพืชไร่ได้ดี โดยมีพื้นที่เกษตรกรรม 8.9 ล้านไร่ ร้อยละ 70 ของพื้นที่ ทั้งหมด^[8] จากผลการขับเคลื่อนงานอาหารปลอดภัยในจังหวัดนครราชสีมาพบว่า ยังดำเนินการไม่ได้เต็มพื้นที่ ยังคงพบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผลผลิตทางการเกษตรที่ผลิตในแปลงและจำหน่ายในแหล่งต่าง ๆ มีการตกค้างอยู่และในขณะเดียวกันได้มีการเฝ้าระวังสุขภาพของเกษตรกรและผู้บริโภคด้วยการตรวจระดับเอนไซม์คลอรีนเอสเตอเรส จากผลการตรวจพบว่าระดับเอนไซม์คลอรีนเอสเตอเรสของเกษตรกรในอำเภอเมืองอยู่ในระดับเสี่ยงร้อยละ 42.30 ระดับไม่ปลอดภัยร้อยละ 33.00 ในพื้นที่ตำบลปรุใหญ่ ตำบลในเมือง และตำบลพุดซา^[9] จากข้อมูลดังกล่าวคณะผู้วิจัยจึงสนใจว่าผักผลไม้ที่ปลูกผลิตในพื้นที่ที่มีการกระจายไปทั่วทั้งจังหวัด และต่างจังหวัด ซึ่งมีโอกาสสูงที่ผลผลิตทางการเกษตรจะมีการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยเฉพาะกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต คาร์บาเมต ไปยังผู้บริโภคทั้งจังหวัดมีการปนเปื้อนตกค้างมากน้อยเพียงใดและในชนิดผัก ผลไม้อะไรบ้าง เพื่อ

เฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพผู้บริโภคในระยะยาวจึงทำการตรวจหาการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตในผักผลไม้ เขตจังหวัดนครราชสีมา เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านอาหารสำหรับผู้ผลิต ผู้จำหน่าย ผู้บริโภค โดยหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้องร่วมกันวางแผนเฝ้าระวังควบคุมกำกับติดตามสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผักผลไม้ระดับพื้นที่ จังหวัด เขตและประเทศในการขับเคลื่อนเรื่องอาหารปลอดภัยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อตรวจหาการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต คาร์บาเมตในผัก

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ทำการวิเคราะห์ผักและผลไม้ด้วยชุดทดสอบเอ็ม เจ พี เค มีรายละเอียด ดังนี้

1. การสุ่มและการเตรียมตัวอย่างผัก ทำการสุ่มตัวอย่างผัก ผลไม้สดจากแหล่งผลิตแปลงปลูก แหล่งจำหน่ายร้านค้าในชุมชน และในโรงเรียน ในจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างพืชผักผลไม้ในพื้นที่เป้าหมายทั้งหมดใน 16 อำเภอ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 1,122 ตัวอย่าง ใช้สูตร

และผลไม้เขตจังหวัดนครราชสีมา

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาตรวจวิเคราะห์หาสารเคมีตกค้างด้วยชุดทดสอบเอ็ม เจ พี เค ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กระทรวงสาธารณสุข โดยทำงานด้วยหลักการยับยั้งเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรส ให้ผลการทดสอบได้ถูกต้องร้อยละ 85 โดยให้ผลบวกลงร้อยละ 15 ผลลบลงร้อยละ 0 มีความจำเพาะร้อยละ 81 ความไว ร้อยละ 100 เก็บข้อมูล ระหว่างเดือน มิถุนายน ถึง ธันวาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ

การประมาณค่าของสัดส่วนประชากร ดังนี้

$$n = \frac{Z^2 \alpha_2 P(1P)}{e^2}$$

n = ขนาดตัวอย่าง

Z = confidence coefficient ได้จากระดับความเชื่อมั่น ที่กำหนด (1-α)

p = สัดส่วนการปนเปื้อนของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่อยู่ในระดับที่ไม่ปลอดภัยในพืชผัก ผลไม้ในโรงเรียน คือ 0.63

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ในการประมาณค่าสัดส่วน คือ 5%

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าตรวจหาการตกค้างของสารเคมีฯ ดังนี้

1. ชนิดผักที่พบว่ามีสารเคมีตกค้างในระดับที่ไม่ปลอดภัย จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา มีจำนวน 21 ชนิด ได้แก่ ต้นหอม กระเทียม ถั่วฝักยาว กะเพรา พริกสด ผักชี กะหล่ำปลี แตงกวา มะเขือเปราะ มะเขือเทศ กวางตุ้ง กะหล่ำดอก ผักกาดขาว ผักบุ้ง ขึ้นฉ่าย หัวไชเท้า แครอท บร็อกโคลี โหระพา กระเทียม หอมแดง ในพื้นที่ 16 อำเภอที่ปลูกในแปลงเกษตรกร ร้านค้าในชุมชน และในร้านค้าโรงอาหารในโรงเรียนจังหวัดนครราชสีมา

2. ชนิดผลไม้ที่พบว่ามีสารเคมีตกค้างในระดับที่ไม่ปลอดภัย จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา มีจำนวน 14 ชนิด ได้แก่ ส้ม สตรอว์เบอร์รี่ องุ่น แอปเปิ้ล มะม่วง ฝรั่ง แตงโม ชมพู สาลี่ แก้วมังกร ถั่วลิสง มะละกอ เงาะ พุทรา ในพื้นที่ 16 อำเภอ ที่ปลูกในแปลงเกษตรกร ร้านค้าในชุมชน และในร้านค้าโรงอาหารในโรงเรียน จังหวัดนครราชสีมา

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกคือ พืชผักผลไม้ที่ไม่ได้อยู่ในพื้นที่เป้าหมายใน 16 อำเภอ และไม่ใช้ชนิดพืชผักผลไม้ที่ระบุไว้ในการศึกษา

3. เครื่องมือในการวิจัยการวิจัยนี้ใช้ชุดตรวจวิเคราะห์ MJPK-Test Kit เพื่อตรวจสอบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในกลุ่ม Organophosphate, Carbamate ที่เป็น Cholinesterase Inhibitors ในชุดตรวจวิเคราะห์ MJPK-Test Kit มีอุปกรณ์สำหรับการทดสอบ ได้แก่ ขวดพลาสติกเก็บตัวอย่าง (ขวดสีกัด) หลอดทดสอบชนิดแก้ว หลอดทดสอบชนิดพลาสติก หลอดหยดขนาด 3 ซีซี หลอดหยดขนาดเล็ก 1 อัน ถังมือ 2 คู่ สารเคมี ได้แก่ น้ำยาสกัด 1 ขวด น้ำกลั่น 1 ขวด น้ำยาทดสอบ 1 / 1 ขวด น้ำยาทดสอบ 2 / 1 ขวด น้ำยาทดสอบ 3/1ขวด

4. การทดสอบสารเคมีตกค้างของผักผลไม้ด้วยชุดทดสอบ เอ็ม เจ พี เค ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีวิธีทดสอบ ดังนี้

4.1 หั่นผักหรือผลไม้ที่จะตรวจให้เป็นชิ้นเล็ก ๆ ขนาดไม่เกิน 0.5 เซนติเมตร ใส่ลงในแก้วตัวอย่าง(ขวดสีกัด) ให้ได้ 3 ซีดของขวด

4.2 เติมน้ำยาสกัด 6 ซีซี (มิลลิลิตร) ลงในตัวอย่างผักที่อยู่ในขวดสีกัดตัวอย่าง ปิดฝาขวดให้แน่น เขย่าแรง ๆ ประมาณ 2 นาที

4.3 ก่อย ๆ เปิดฝาชวดรินน้ำยาสกัด ลงในหลอดแก้วจนหมด

4.4 จุ่มหลอดแก้วลงในแก้วน้ำที่มีน้ำอุ่น (ที่อุณหภูมิ 50 องศาเซลเซียส) อยู่ประมาณครึ่งแก้ว เพื่อระเหยน้ำยาสกัด ให้เหลือน้ำยาประมาณ 1 หยด

4.5 ขณะรอน้ำยาสกัดระเหยเติมน้ำกลั่น 1 ซีซี. ลงในขวดน้ำยาทดสอบ 1 ตั้งทิ้งไว้

4.6 จากนั้นเติมน้ำยาทดสอบ 1 ที่อยู่ในชุดทดสอบ เอ็ม เจ พี เค และ น้ำยาทดสอบ 2 ที่อยู่ในชุดทดสอบ เอ็ม เจ พี เค ลงในหลอดตัวอย่างและหลอดควบคุม หลอดละ 3 มิลลิลิตร เขย่าให้เข้ากัน ตั้งทิ้งไว้ที่อุณหภูมิห้องนาน 5 นาที และเทน้ำยาจากหลอดแก้วลงในหลอดพลาสติก

4.7 เติมน้ำยาทดสอบ 3 ที่อยู่ในชุดทดสอบ เอ็ม เจ พี เค จำนวน 2 หยดลงในหลอดตัวอย่างและหลอดควบคุม เขย่าให้เข้ากัน

4.8 จับเวลาสังเกตสีที่เกิดขึ้นที่เวลา 5 นาที พอได้อ่านผลการทดสอบสีสารละลายที่เกิดขึ้นในหลอดตัวอย่างเปรียบเทียบกับหลอดควบคุมทันที

5. การแปลผลข้อมูลทำการแปลผลระดับความปลอดภัยของผักผลไม้ การแปลผลการตรวจใช้วิธีการเปรียบเทียบสีของสารในหลอดทดลองจากการทดสอบผักผลไม้ตัวอย่างกับสีของ

สารในหลอดควบคุม (สีอ่อน) และหลอดตัดสี (สีเข้ม) มีรายละเอียดดังนี้

5.1 หากพบว่า สีของสารในหลอดทดลองจากผัก ผลไม้ ตัวอย่างมีความเข้มสีเท่ากับหลอดควบคุม แปลผลได้ว่าไม่พบสารตกค้าง (0% Inhibition)

5.2 หากสีของสารในหลอดทดลองมีความเข้มเท่ากับหลอดตัดสี แปลผลได้ว่าพบสารตกค้างในระดับไม่ปลอดภัย ($\geq 50\%$ Inhibition)

5.3 หากสีของสารจากการทดสอบผัก ผลไม้ มีความเข้มมากกว่าหลอดควบคุมแต่อ่อนกว่าหลอดตัดสี แปลผลได้ว่าพบสารพิษตกค้างแต่อยู่ในระดับที่ปลอดภัย (น้อยกว่า 50% Inhibition)

การวิจัยนี้ใช้ชุดทดสอบ MJPK-Test Kit ชนิดวิเคราะห์ผล 60 นาที ซึ่งมีความแม่นยำในการวิเคราะห์ผลมากกว่าชนิดอื่น นอกจากนั้นสารเคมีที่อาจก่อให้เกิดผลบวก (false positive) ในการวิเคราะห์ได้คือ สารตั้งต้นที่เปลี่ยนรูปหรือสลายตัวไปเป็นสารที่ยับยั้งเอนไซม์ Cholinesterase^[10] ชุดทดสอบนี้มีความไว (sensitivity) ร้อยละ 92.3 ความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 85.1 ความถูกต้อง (accuracy) ร้อยละ 87.1 ค่าพยากรณ์บวก (positive predictive value) ร้อยละ 70.6 และค่าพยากรณ์ลบ (negative predictive value) ร้อยละ 96.6^[11] ดังภาพประกอบ 1



ภาพ 1 การแปลผลการทดสอบสีสารละลายที่เกิดขึ้นในหลอดตัวอย่าง โดยเปรียบเทียบกับสีของหลอดควบคุม

6. การวิเคราะห์ข้อมูล นำจำนวนตัวอย่างผัก ผลไม้ ที่ทำการตรวจวิเคราะห์ ทำการจัดกลุ่มเป็นกลุ่มที่ไม่พบการตกค้างสารเคมีและกลุ่มที่พบการตกค้างสารเคมี จากนั้นทำการวิเคราะห์จำนวนความถี่ และ ร้อยละ

7. การปกป้องสิทธิกลุ่มเป้าหมาย งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองการพิจารณาจริยธรรม เลขที่การรับรอง KHE 021 ลงวันที่ 21 มีนาคม 2565 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

สรุปผลการวิจัย

สารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่ม *Organophosphate* และ *Carbamate* ตกค้างในผัก ผลไม้ จาก (ตาราง 1) การตรวจวิเคราะห์ผัก ผลไม้ จำนวน 1109 ตัวอย่าง ด้วย MJPK- Test Kit พบว่าตัวอย่างที่มีสารเคมีตกค้างในระดับปลอดภัยจำนวน 1085 ตัวอย่าง (ร้อยละ 97.8 ของผักผลไม้ทั้งหมด) เป็น

ผัก ผลไม้ที่ปลูก จำหน่ายในร้านค้าชุมชน และ โรงครัวโรงเรียน ตัวอย่างผัก ผลไม้ ที่มีสารเคมีตกค้างในระดับไม่ปลอดภัยจำนวน 24 ตัวอย่าง (ร้อยละ 2.2 ของผักผลไม้ทั้งหมด) ส่วนใหญ่ตกค้างในผักอยู่ในระดับไม่ปลอดภัย ทั้งในแปลง ปลูก ร้านค้าชุมชน และ โรงครัวโรงเรียน

ตาราง 1 แสดงผลการตรวจพบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผัก ผลไม้ กลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต และคาร์บาเมต โดยจำแนกตามความปลอดภัยและไม่ปลอดภัยของการตรวจพบสารเคมี

ผลการตรวจพบสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	จำนวนตัวอย่าง	คิดเป็นร้อยละ
ปลอดภัย*	1085	97.80
ไม่ปลอดภัย**	24	2.20

หมายเหตุ

* ปลอดภัย หมายถึง สีของหลอดตัวอย่างมีสีส้มเข้มเหมือนกับสีของหลอดควบคุม

** ไม่ปลอดภัย หมายถึง สีของหลอดตัวอย่างมีสีส้มปนชมพูหรือสีชมพูต่างกับสีของหลอดควบคุม

จากการนำตัวอย่างผัก ผลไม้มาตรวจสอบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต และคาร์บาเมต โดยจำแนกตามชนิดของผัก ผลไม้ แสดงในตาราง 2 พบว่า ชนิดผักที่ตรวจพบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างอยู่ในระดับที่ไม่ปลอดภัยจำนวน 9 ชนิด 24 ตัวอย่าง ได้แก่ ต้นหอมสด มะเขือเปราะ กระเทียมแห้ง หอมแดงแห้งหอมหัวใหญ่ ขึ้นฉ่าย กระหล่ำปลี กวางตุ้ง และ พริกสด

(ร้อยละ 3.50, 2.46, 1.40, 0.60, 0.60, 0.54, 0.33, 0.21 และ 0.84 ตามลำดับ) ส่วนผัก ผลไม้ชนิดอื่น ได้แก่ กะเพรา แตงกวา มะเขือเทศ ถั่วฝักยาว ผักชี ผักกาดขาว โหระพา คะน้า ผักบุ้ง บวบเหลี่ยม แครอท บร็อกโคลี่ ฝรั่ง กลัวย แก้วมังกร มะละกอ แตงโม แคนตาลูป มะม่วง และแอปเปิ้ล ตรวจพบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต และคาร์บาเมตตกค้างอยู่ในระดับที่ปลอดภัย

ตาราง 2 แสดงผลการตรวจสอบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผัก ผลไม้ กลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต และคาร์บาเมต โดยจำแนกตามชนิดของผัก ผลไม้

ชนิดของผัก ผลไม้	จำนวนตัวอย่าง	จำนวนตัวอย่างผักที่ตรวจพบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับที่ไม่ปลอดภัย	คิดเป็นร้อยละ
ผัก			
พริกสด	84	1	0.84
มะเขือเปราะ	82	3	2.46

ตาราง 2 แสดงผลการตรวจสอบการมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผักผลไม้กลุ่มออร์แกนิกฟอสเฟตและการ
บาเมต โดยจำแนกตามชนิดของผัก ผลไม้ (ต่อ)

ชนิดของผัก ผลไม้	จำนวน ตัวอย่าง	จำนวนตัวอย่างผักที่ ตรวจสอบสารเคมี กำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับ ที่ไม่ปลอดภัย	คิดเป็นร้อยละ
กะเพรา	79	-	0.00
แตงกวา	78	-	0.00
มะเขือเทศ	54	-	0.00
ถั่วฝักยาว	63	-	0.00
ผักชี	51	-	0.00
ต้นหอม	50	7	3.50
ผักกาดขาว	38	-	0.00
โหระพา	37	-	0.00
คะน้า	35	-	0.00
ผักบุ้ง	25	-	0.00
บวบเหลี่ยม	25	-	0.00
กวางตุ้ง	21	1	0.21
กะหล่ำปลี	33	1	0.33
ขึ้นฉ่าย	27	2	0.54
กระเทียม	35	4	1.40
แครอท	15	-	0.00
บร็อกโคลี	18	-	0.00
หอมแดง	30	2	0.60
หอมหัวใหญ่	20	3	0.60
ผลไม้			
ฝรั่ง	48	-	0.00
กล้วย	47	-	0.00
แก้วมังกร	30	-	0.00
มะละกอ	27	-	0.00
แตงโม	15	-	0.00
แคนตาลูป	14	-	0.00
มะม่วง	14	-	0.00
แอปเปิ้ล	14	-	0.00

จากการนำตัวอย่างมาตรวจวิเคราะห์หาสารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต และคาร์บาเมต โดยจำแนกตามแหล่งวัตถุดิบ แสดงในตาราง 3 พบว่าแปลงปลูก สุ่มตรวจตัวอย่างผัก ผลไม้ทั้งหมด 445 ตัวอย่าง ตรวจพบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต และคาร์บาเมตตกค้างอยู่ในระดับที่ไม่ปลอดภัย จำนวน 4 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 17.80 ของจำนวนตัวอย่างผักผลไม้ทั้งหมดที่สุ่มตรวจจากแปลงปลูกร้านค้าในชุมชน จำนวน 382 ตัวอย่าง ตรวจพบสารเคมี

กำจัดศัตรูพืชกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต และคาร์บาเมตตกค้างอยู่ในระดับที่ไม่ปลอดภัย จำนวน 13 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 49.66 ของจำนวนตัวอย่างผัก ผลไม้ทั้งหมดที่สุ่มตรวจจากร้านค้าในชุมชน โรงครัวของโรงเรียน จำนวน 282 ตัวอย่าง ตรวจพบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต และคาร์บาเมตตกค้างอยู่ในระดับที่ไม่ปลอดภัย จำนวน 7 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 19.74 ของจำนวนตัวอย่างผัก ผลไม้ทั้งหมดที่สุ่มตรวจจากโรงครัวของโรงเรียน

ตาราง 3 ผลการตรวจวิเคราะห์หาสารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต และคาร์บาเมต โดยจำแนกตามแหล่งวัตถุดิบ

แหล่งวัตถุดิบ	จำนวนตัวอย่าง	ไม่พบสารเคมีตกค้าง จำนวน (ร้อยละ)	พบสารเคมีตกค้างในระดับไม่ ปลอดภัยจำนวน (ร้อยละ)
แปลงปลูก	445	441 (82.20)	4 (17.80)
ร้านค้าในชุมชน	382	369 (50.34)	13(49.66)
โรงครัวโรงเรียน	282	275 (80.26)	7(19.74)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาในครั้งนี้ ใช้วิธีการตรวจวิเคราะห์หาสารเคมีตกค้างด้วยชุดทดสอบเอ็มเจพีเค ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อตรวจหาการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต คาร์บาเมตในผักและผลไม้เขตจังหวัดนครราชสีมาเก็บตัวอย่างผักผลไม้จากแปลงปลูก ร้านค้าในชุมชน และโรงครัวเรียน ในพื้นที่ 16 อำเภอ ตัวอย่างผัก ผลไม้ ที่เก็บ จำนวน 1109 ตัวอย่าง แบ่งเป็นผัก 21 ชนิด ผลไม้ 8 ชนิด พบว่าตัวอย่างผัก ผลไม้ จำนวนทั้งหมด 1109 ตัวอย่างมีสารเคมีตกค้างในระดับปลอดภัยจำนวน 1085 ตัวอย่าง (ร้อยละ 97.80 ของผักผลไม้ทั้งหมด) เป็นผักและผลไม้ที่ปลูกจำหน่ายในร้านค้าชุมชน และโรงครัวโรงเรียน จำนวน 441, 369 และ 275

ตัวอย่าง ตัวอย่างผักและผลไม้ที่มีสารเคมีตกค้างในระดับไม่ปลอดภัยจำนวน 24 ตัวอย่าง (ร้อยละ 2.20 ของผัก ผลไม้ทั้งหมด) จำนวน 4, 13 และ 7 ตัวอย่างตามลำดับ

ผลการตรวจในครั้งนี้พบว่า มีเฉพาะผักที่ตรวจพบมีสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างอยู่ในระดับที่ไม่ปลอดภัยมากที่สุด ได้แก่ ต้นหอมสด (ร้อยละ 3.50) รองลงมาคือ มะเขือเปราะ กระเทียมแห้ง หอมแดงแห้ง หอมหัวใหญ่ ขึ้นฉ่าย กระหล่ำปลี กวางตุ้ง พริกสด (ร้อยละ 2.46, 1.40, 0.60, 0.60, 0.54, 0.33, 0.21, 0.84 ตามลำดับ) ชนิดผักที่นำมาตรวจในครั้งนี้อยู่ในช่วงฤดูฝน ชนิดผักที่พบการตกค้างเป็นผักที่ไม่เหมาะสมต่อการเพาะปลูกในฤดูฝน เนื่องจากเกิดการสูญเสียธาตุอาหารเนื่องจากหน้าดินถูกน้ำฝนชะล้างและพัดพาหน้าดินออกไป

ในฤดูฝนท้องฟ้ามีเมฆปกคลุมเป็นจำนวนมาก ทำให้ปริมาณแสงแดดมีไม่เพียงพอต่อการสังเคราะห์แสงในพืช เป็นเหตุให้ผักหยุดชะงักการเจริญเติบโต และปัญหาวัชพืชขึ้นเป็นจำนวนมากเนื่องจากปริมาณน้ำฝนและความชื้นสูง ซึ่งวัชพืชจะไปแย่งอาหารในดินจากผักที่ปลูก เป็นเหตุให้ผักเจริญเติบโตช้าลง จึงทำให้มีการใช้ยาฆ่าหญ้าเป็นจำนวนมาก และปัญหาโรครากเน่า อันเนื่องมาจากแปลงปลูกถูกน้ำท่วมขังเป็นเวลานาน ซึ่งโรคพืชหลายชนิดเกิดจากเชื้อราเป็นสาเหตุหลัก สามารถขึ้นได้ง่ายในดินมีความชื้นสูง ดังนั้น โรคพืชจึงมักจะชุกในฤดูนี้จากการเกิดน้ำท่วมขังเป็นเวลา 2 ถึง 3 วันขึ้นไป ทำให้รากพืชเกิดสภาวะการขาดก๊าซออกซิเจน และทำให้รากพืชตาย นอกจากนี้ยังเกิดปัญหาการขาดแคลนธาตุไนโตรเจนเนื่องจากหยดน้ำฝนที่ตกลงมาอย่างหนักทำให้ดินอ่อนและผักใบบางเกิดความเสียหาย จากผลการวิเคราะห์ดังกล่าว จึงเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกษตรกรจึงจำเป็นต้องใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพื่อป้องกันผลผลิตเสียหาย ซึ่งสอดคล้องกับชนพงศ์ ภูผาดี อรุณช วงศ์วัฒนา เสถียร สมศักดิ์ อาภาศิริทองสกุล มาลี สุปันดี^[12] ความชุกของการมีสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผักจากตลาดและห้างสรรพสินค้าในอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ผักตัวอย่างมีสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในระดับไม่ปลอดภัย 31 ตัวอย่าง (ร้อยละ 16.00) ผัก พบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในระดับไม่ปลอดภัยมากที่สุดในพริกแดง (11 จาก 13 ตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 84.60 ของจำนวนตัวอย่างพริกแดง) รองลงมาคือ กะเพรา จำนวน 4 จาก 11 ตัวอย่าง (คิดเป็นร้อยละ 30.80 ของจำนวนตัวอย่างกะเพรา) สิ่งที่ยกวลมากคือ ผักที่จำหน่ายทั้งในตลาด ร้านค้าชุมชน รวมถึงห้างสรรพสินค้า ยังพบว่ามีสารตกค้างมาก โอกาส

การกระจายผลผลิตไปยังผู้บริโภคจึงมีมากทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน สอดคล้องกับการวิจัยในครั้งนี้ที่ได้ตรวจพบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผักที่จำหน่ายในร้านค้าเป็นจำนวนมาก จาก 3 แหล่งที่ทำการเก็บตัวอย่างตรวจ รองลงมาคือโรงครัวโรงเรียน ซึ่งเป็นสิ่งที่น่ากังวลมากเป็นสองเท่าตัวเพราะผักที่ใช้ปรุง ประกอบอาหารในมื้อกลางวันในโรงเรียนส่วนใหญ่ซื้อมาจากตลาดสดในชุมชน ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าการรับประทานอาหารที่ปนเปื้อนสารเคมีในกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตในผักผลไม้สด มีผลต่อการทำลายพัฒนาการทางสมองของเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของเปรมมกล ภูแก้ว^[13] ความไม่ปลอดภัยทางอาหารกลางวันโรงเรียนโดยมูลนิธิการศึกษาไทย พบว่า การสำรวจตัวอย่าง ผักผลไม้จาก 34 โรงเรียนใน 4 จังหวัด โดยจากตัวอย่างที่ทำการสำรวจทั้งหมด 335 ตัวอย่าง มีถึง 210 ตัวอย่าง ที่ไม่ปลอดภัยต่อการบริโภคคิดเป็นสัดส่วนสูงร้อยละ 63 และที่น่าตกใจมากคือ ผัก ผลไม้ ที่นำมาปรุงประกอบส่วนใหญ่มาจากตลาดสด ซึ่งเป็นทางเลือกที่สะดวกในการจัดหาในการประกอบอาหารให้กับนักเรียน ซึ่งสอดคล้องกับการสังเคราะห์ข้อมูลของนักวิจัยโดยได้ข้อสรุปเกี่ยวกับข้อจำกัดในการเข้าถึงอาหารกลางวันที่ไม่ปลอดภัย ได้แก่ (1) พื้นที่สำหรับเพาะปลูกภายในโรงเรียนไม่เพียงพอต่อการปลูกผลผลิตส่งเข้าโรงครัวของโรงเรียน (2) วัตถุดิบที่ซื้อในท้องตลาดมีสารเคมีปนเปื้อน (3) ขาดการตระหนักต่อผลกระทบของสารกำจัดศัตรูพืชที่มีต่อเด็ก (4) โรงเรียนส่วนใหญ่ใช้วิธีจ้างในการจัดทำอาหารกลางวัน (5) ชุมชนไม่มีการผลิตวัตถุดิบที่ปลอดภัยและ (6) ขาดนโยบายการส่งเสริมอาหารกลางวันปลอดภัยที่จริงจัง จึงเป็นเหตุผลสำคัญที่ยังคงพบการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชใน

ผลผลิตผักและผลไม้ในโรงครัวโรงเรียน และร้านค้าในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นเพื่อลดความเสี่ยงด้านสุขภาพทั้งผู้ผลิต (เกษตรกร) และผู้บริโภค หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำผลการศึกษารั้วนี้ไปจัดทำแผนเฝ้าระวังสารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตในผักและผลไม้ ด้วยการจัดทำโครงการ กิจกรรมการตรวจหาการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในแต่ละฤดูกาล ครอบคลุมทุกแหล่ง ไม่ว่าจะเป็นแปลงปลูก ร้านค้าในชุมชน โรงครัวของโรงเรียน รวมถึงตลาด ร้านอาหาร ห้างสรรพสินค้า และสร้างความระหนักเรื่องอันตรายของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและระบบนิเวศให้กับผู้ผลิตและผู้บริโภคทุกระดับทั้งบุคคลครอบครัวชุมชน โรงเรียนรวมถึงหน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1.1 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมกับโรงเรียนในพื้นที่ควรวางแผนจัดทำโครงการ กิจกรรมเฝ้าระวังสารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตในชุมชน ด้วยการเก็บตัวอย่างผักและผลไม้ตรวจหาการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตตลอดทั้งปีโดยแบ่งเป็น 3 ฤดูกาล เพื่อเฝ้าระวังผลกระทบด้านสุขภาพ

1.2 ควรจัดอบรมเสริมศักยภาพการเก็บตัวอย่างผักและผลไม้เพื่อส่งตรวจหาการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตด้วยชุดตรวจวิเคราะห์ MJPK-Test Kit ให้กับเกษตรกร ร้านค้าในชุมชน และโรงครัว

โรงเรียน ให้เข้าใจวิธีการจัดส่งผักผลไม้เข้าตรวจในห้องปฏิบัติการ เพื่อป้องกันความเสียหายของตัวอย่างผัก ผลไม้

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรตรวจหาการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตในผัก ผลไม้ด้วยการตรวจติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง โดยแบ่งออกเป็น 3 ช่วงของฤดูกาล

2.2 ควรศึกษารูปแบบการจัดระบบอาหารปลอดภัยทั้งระดับชุมชนและโรงเรียนเพื่อลดความเสี่ยงการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตในผักและผลไม้ในชุมชนและโรงเรียน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ เพราะภาคีทุกภาคส่วนได้ร่วมมือร่วมใจดำเนินงานร่วมกันทั้งพื้นที่ 16 อำเภอใน การเก็บตัวอย่างผัก ผลไม้ รวมถึงรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุลที่ได้สนับสนุนทุนวิจัยครั้งนี้ให้เกิดผลและสามารถนำไปใช้ประโยชน์สำหรับการจัดทำแผนเฝ้าระวังความเสี่ยงสารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่มผู้ผลิตและผู้บริโภคในระดับพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

- [1] เครือข่ายเตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช. สถานการณ์คาร์เบนดาซิมตกค้างในผักผลไม้. [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 25 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://thaipan.org/topic/data>
- [2] ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์. ผลกระทบต่อสุขภาพจากสารเคมี. [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก

- <https://thaipan.org/conference2020-document>
- [3] วงศ์วิวัฒน์ ทศนียกุล. Carbendazim คาร์เบนดาซิม สารอันตรายต่อมนุษยชาติ.[ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก [https:// thaipan.org/conference2020-document](https://thaipan.org/conference2020-document)
 - [4] สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่9นครราชสีมา. รายงานสรุปผลประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคและภัยสุขภาพ. [ออนไลน์]. (2566). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 18 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก [https:// ddc.moph.go.th/uploads/publish/1139520210507084901.pdf](https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1139520210507084901.pdf)
 - [5] สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. รู้สู้มะเร็ง.[ออนไลน์]. (2566). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 18 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก [https:// www.nci.go.th/th/File_download/fight_cancer.pdf](https://www.nci.go.th/th/File_download/fight_cancer.pdf)
 - [6] กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรค และภัยสุขภาพ สำหรับแรงงานนอกระบบ ประจำปี 2563 . [ออนไลน์]. (2566). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1139520210507084901.pdf>
 - [7] สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. แผนปฏิบัติการราชการรายปี (พ.ศ. 2565). [ออนไลน์]. (2564). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 16 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก[https:// www.fda.moph.go.th/Pages/Document /StrategyPlan65.pdf](https://www.fda.moph.go.th/Pages/Document /StrategyPlan65.pdf)
 - [8] กรมพัฒนาที่ดิน กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. แนวทางการส่งเสริมการเกษตรที่เหมาะสมของจังหวัด “นครราชสีมา”. [ออนไลน์]. (2564). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 19 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก<https://www.1dd.go.th/Agri-Map/Data/NE/ nma.pdf>
 - [9] วลัยรัชชา เขตบำรุง และคณะ. สถานการณ์สุขภาพเกษตรกรจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่ม T60.0 อำเภอเมือง จังหวัด นครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ 2563; 6(2) กรกฎาคม - ธันวาคม 2563 : 76 – 91.
 - [10] Thoophom G, Sungvaranond B, Jiragobchaiyapong G, Atisook K, Jongmevasana P. Test kit for rapid screening residues of pesticide in food. Bulletin of The Department of Medical Sciences 1998; 159: 273 – 87.
 - [11] Thoophom G. GT pesticide test kit [online]. (2004). [cited 2015 May 6]. Available from: [www.gttestkit.com/ checking_gt.pdf](http://www.gttestkit.com/checking_gt.pdf).
 - [12] ธนพงศ์ภูผาดีอรุณชวงศ์วัฒนาเสถียร สมศักดิ์ อภาศิริทองสกุล มาลี สุปันดี. ความชุกของการมีสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผักจากตลาดและห้างสรรพสินค้าในอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารเกษตรกรรมไทย 2559; 8(2) กรกฎาคม - ธันวาคม : 399 – 409.
 - [13] เปรมกมล ภูแก้ว. การสำรวจผักและผลไม้ อาหารกลางวันโรงเรียน โดยมูลนิธิการศึกษาไทย 2559. [ออนไลน์]. (2562). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2565]. เข้าถึงได้จาก [HTTPS:// BIOTHAI. NET /NODE/30571](https://BIOTHAI.NET/NODE/30571)

บทความวิจัยต้นฉบับ :
ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้า
ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

The Effect of Resilience Quotient Emphasizing Mindfulness – Based Program on
Depression of Patients With Major Depressive Disorder

ศิริลักษณ์ แสงส่อง* และ กุสุมา พลเยี่ยม**

Siriluk Sangsong* and Kusuma Polyiam**

โรงพยาบาลลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี**

Lumlukka Hospital Pathum Tani province**

เบอร์โทรศัพท์ 09-3241-4651; E-mail : hamtaro_tam2520@hotmail.com*

วันที่รับ 9 มี.ค 2566; วันที่แก้ไข 18 เม.ย.2566; วันที่ตอบรับ 15 พ.ค.2566

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาสองกลุ่มแบบวัดซ้ำ วัดอุปสรรคเพื่อ (1) เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 1 เดือน (2) ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 40 คน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จากนั้นจับคู่ด้วยระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าเพศแล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย (1) โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติ (2) ประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory 1A[BDI-1]) เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบ

ความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำและการทดสอบค่าเฉลี่ยด้วยวิธี *Planned Comparisons* กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย พบว่า (1) ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติในระยะหลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 1 เดือนลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (2) ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวางกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ทั้งในระยะหลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติ; ภาวะซึมเศร้า; ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Abstract

This study is a quasi-experimental two groups repeated measures design. The objectives were to compare: (1) depression in patients with major depressive who received resilience quotient emphasizing mindfulness-based program measured at the end of the intervention and at one month post intervention, and (2) depression in patients with major depressive who received resilience quotient emphasizing mindfulness-based program and those who received regular care measured at the end of the intervention and at one month post intervention. The sample consisted of 40 depression in patients with major depressive who met inclusion criteria. They were matched pair with scores on depression scale and sex then randomly assigned into the experimental and control groups, 20 subjects in each group. Research instruments comprised of: (1) Resilience quotient emphasizing mindfulness-based program and (2) depression assessment Beck Depression Inventory 1A[BDI-1]. All instruments were verified for content validity by 3 professional experts. The Repeated Measures Analysis of Variance and Planned Comparisons were used in data analysis.

Major findings were as follows: 1) Depression of the patients with major depressive disorder who received the resilience quotient emphasizing mindfulness-based program measure at the end of the intervention and one month after completion was significantly lower than before at $p .05$ 2) Depression of the patients with major depressive disorder who received the resilience quotient emphasizing mindfulness-based program

measure at the end of the intervention and one month after completion was significantly lower than those who received the regular care at $p .05$

Keyword : Resilience Quotient Emphasizing Mindfulness-based Program; Depression; Depression in Patients with Major Depressive

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่มีความสำคัญและมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น โดยในปี 2020 องค์การอนามัยโลก (world health organization: WHO) คาดการณ์ว่าโรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับที่ 2 รองลงมาจากโรคหัวใจหลอดเลือด^[1] และคาดว่าในปีพ.ศ. 2573 โรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability adjusted life years, DALYs) เป็นอันดับ 1 เมื่อพิจารณาเฉพาะ กลุ่มโรคทางจิตเวช จากสถิติประชากรทั่วโลกมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 3.80 หรือประมาณ 280 ล้านคน^[2] สำหรับสถานการณ์โรคซึมเศร้าในประเทศไทย สถิติจากกรมสุขภาพจิตพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้ารับบริการในปี พ.ศ. 2560 - 2562 จำนวน 1,430,563 ราย 1,439,710 ราย และ 1,212,684 ราย ตามลำดับ^[3] และจากข้อมูลการคัดกรองโรคซึมเศร้าเขตพื้นที่อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี ปีพ.ศ. 2560–2562 พบว่ามีผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ จำนวน 2,279, 2,533 และ 2,661 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.83, 55.57 และ 57.78 เพิ่มขึ้นทุกปีตามลำดับ (ฐานข้อมูลคำนวณจากจำนวนประชากรกลางปี อายุ 15 ปี ขึ้นไป) และในจำนวนดังกล่าวมีอาการซึมเศร้ารุนแรงหรือมีปัญหายุ่งยากซับซ้อนส่งรักษากับจิตแพทย์แผนกคลินิกโรคใจ งานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลลำลูกกา จำนวน 192 ราย, 277 ราย และ 441 รายตามลำดับ^[4] และผู้ป่วยโรคซึม

เศร้าที่ต้องรักษายาวนานมักส่งผลกระทบทำให้เกิดการสูญเสียทั้งทางด้านสุขภาพ ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง มีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวและเพื่อนร่วมงาน อีกทั้งยังทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงและโรคซึมเศร้ายังเป็นสาเหตุหลักที่นำไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตาย^[5]

ปัจจุบันการรักษาโรคซึมเศร้า มีแนวทางการรักษาตามสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้า ได้แก่ การใช้ยาต้านอารมณ์เศร้าและการรักษาด้วยจิตบำบัดซึ่งการทำจิตบำบัดจะช่วยลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ความคิดทางลบและจัดการปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้^[6] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยซึมเศร้าเห็นคุณค่าในตนเองเป็นการพัฒนาความเข้มแข็งทางใจ และการเสริมสร้างความสามารถเชิงบวกทำให้เกิดความพร้อมทางใจที่จะเผชิญกับทุกสถานการณ์อย่างมั่นใจและมีความอดทนต่อการเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม สามารถรับมือกับความเครียดและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในชีวิตให้กลับสู่สภาวะปกติได้อย่างรวดเร็วเป็นคุณลักษณะทางจิตใจเชิงบวก (positive psychological capital) ที่เรียกว่าความเข้มแข็งทางใจ (resilience)^[7] จากการศึกษาแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของกรอทเบอร์ค^[8] ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ สิ่งที่ฉันเป็น (I am) คือ ลักษณะความเข้มแข็งของบุคคล ได้แก่ ทักษะคิด ความรู้สึก ความเชื่อภายในตนเอง, สิ่งที่ฉันมี (I have) เป็นการรับรู้ปัจจัยสนับสนุนจากภายนอกเมื่อเจอปัญหาหรือสถานการณ์ด้านลบ และสิ่งที่ฉันสามารถ (I can) เป็นความสามารถทางสังคมหรือการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการฝึกสติจะทำให้ความเข้มแข็งทางใจเกิดขึ้นได้ง่าย^[9] โดยการฝึกสติทำให้เกิดความตั้งมั่นอยู่กับปัจจุบัน เป็นการหยุดความคิดที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ กังวลใจ มีผลทำให้ภาวะซึม

เศร้ามลดลงได้^[10] การฝึกสติเป็นปัจจัยปกป้องไม่ให้อาการซึมเศร้ารุนแรงและเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างความเข้มแข็งทางใจ^[11] และการมีสติอย่างสม่ำเสมอช่วยทำให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงได้^[12] จากการศึกษาแนวคิดของซีเกล^[13] กล่าวว่า การฝึกสติในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นการฝึกให้เห็นความจริงของอารมณ์ ความคิดด้านบวกและด้านลบสอดคล้องตามความจริงที่เป็นสาเหตุไม่ตัดสินใจถูกหรือผิด ปล่อยวางและยอมรับทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น และในประเทศไทย นพ.ขงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ^[14] ได้คิดพัฒนาหลักสูตร สติบำบัด (mindfulness-based therapy and counselling: MBTC) ผสมผสานระหว่างแนวคิดทางจิตวิทยาและทางการแพทย์มาใช้กับบุคคลทั่วไปและผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า เครียดหรือวิตกกังวล โดยนำการพัฒนาสติ ได้แก่ การฝึกสมาธิและการฝึกสติ ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจอารมณ์ ความคิดทางลบ และมีกระบวนการฝึกการสื่อสารสัมพันธ์ภาพและการแผ่เมตตา ซึ่งมีการนำมาใช้บำบัดรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพและใช้กันแพร่หลายในปัจจุบัน

สำหรับแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้า งานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลลำลูกกาที่ผ่านมา ได้ดูแลแบบองค์รวมทั้งทางด้าน กาย จิต สังคม ได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษาการให้คำปรึกษา ทั้งในและนอกโรงพยาบาล และมีการตรวจรักษาโดยจิตแพทย์ กรณีที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนและมีระบบดูแลต่อเนื่อง การส่งต่อสู่หน่วยบริการสุขภาพในชุมชนติดตามประเมินต่อเนื่อง แต่จากการดำเนินงานที่ผ่านมายังพบจำนวนผู้ป่วยซึมเศร้าที่เพิ่มจำนวนมากขึ้น

ดังนั้น งานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลลำลูกกา จึงสนใจที่จะพัฒนาแนวทางการดูแลช่วยเหลือเพื่อลดภาวะซึมเศร้าใน

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษา โดยใช้แนวคิดความเข้มแข็งทางใจของกรอทเบอร์ก^[8] ร่วมกับการใช้กระบวนการฝึกสติตามแนวคิดของซีเกล^[13] โดยเน้นรูปแบบในการดำเนินกิจกรรมการฝึกสติของ นายแพทย์ยังยุทธ วงศ์พิรมย์สานต์^[14] มาพัฒนาเป็น “โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติ” เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ ให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีวิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าอย่างเหมาะสม เห็นคุณค่าในตนเอง มีแนวทางการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เตรียมความพร้อมในการเผชิญปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นสามารถกลับมาดำรงชีวิตได้อย่างปกติ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน

ขอบเขตการวิจัย

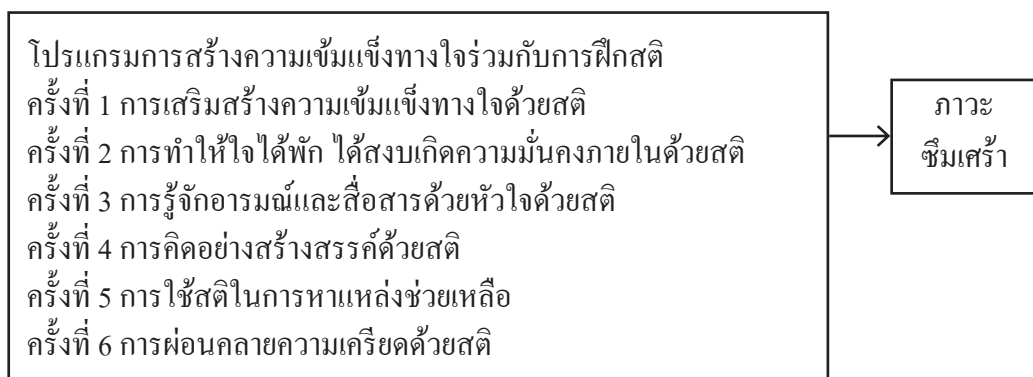
ขอบเขตด้านกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าโดยจิตแพทย์ (F32.0-F32.9) ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี จำนวน 40 คน

ขอบเขตพื้นที่ พื้นที่ในการวิจัยครั้งนี้ คือ คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี โดยมุ่งศึกษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าภาวะซึมเศร้าการสร้างความเข้มแข็งทางใจ การฝึกสติ

ขอบเขตด้านระยะเวลา ผู้วิจัยดำเนินการทดลองวิจัยระหว่างเดือน กันยายน ถึง ธันวาคม 2563

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติขึ้น ตามแนวคิดของซีเกล^[13] โดยเน้นรูปแบบในการดำเนินกิจกรรมการฝึกสติของ นายแพทย์ยังยุทธ วงศ์พิรมย์สานต์^[14] มุ่งเน้นเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ มีวิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าอย่างเหมาะสม มีแนวทางในการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เกิดคุณค่าในตนเอง มีความสุขกับการดำเนินชีวิต และยังเป็นการเตรียมความพร้อมในการเผชิญปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งส่งผลให้ลดภาวะซึมเศร้าลดลงได้ แสดงตามกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแผนภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi - experimental research) ศึกษาสองกลุ่ม แบบวัดซ้ำ (the two groups repeated measures design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าโดยจิตแพทย์ (F32.0-F32.9) โรงพยาบาลชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (F32.0-F32.9) และมีภาวะซึมเศร้าอยู่ มีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (10-29 คะแนน) เข้ารับการรักษาที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลลำลูกกา โดยผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการของ Polit & Beck เพื่อให้เกิดการกระจายข้อมูลเป็นโค้งปกติ^[15] และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก จำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน มีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน (matched paired) ด้วยคะแนนภาวะซึมเศร้า เพศ เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลวิจัย จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย โดยแบ่งเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ข้อคำถามประกอบด้วย ปัจจุบันศึกษาในระดับชั้น เพศ อายุ สถานะภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้/เดือน ความเพียงพอรายได้ ภาวะสุขภาพ และในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาที่ไม่สบายใจเกี่ยวกับเรื่องใด

1.2 ประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory 1A[BDI-1]) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรีรงค์^[16] แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ โดยการประเมินค่าคะแนนในแบบประเมิน มี 4 ตัวเลือก ซึ่งในข้อคำถามแต่ละข้อ มีการให้คะแนนคำตอบในแต่ละข้อนั้นเป็น 0 1 2 และ 3 ซึ่งค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 ถึง 63 คะแนน หลังจากนั้นได้มีการแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ คะแนน 0-9 หมายถึง มีภาวะอารมณ์ปกติ, คะแนน 10-19 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย, คะแนน 20-29 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง, คะแนน 30-63 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ โดยการประยุกต์โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติ โดยประยุกต์ตามศึกษาแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของ กรอทเบอร์ก^[8] และใช้กระบวนการฝึกสติตามแนวคิดของซีเกล^[13] มีการดำเนินกิจกรรมการบำบัดแบบรายกลุ่ม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที โดยดำเนินการติดต่อกันนานเป็นเวลา 3 สัปดาห์ ซึ่งมีรายละเอียดของ การบำบัดแต่ละครั้งดังนี้ โดยมีรายละเอียดดังนี้ ครั้งที่ 1: การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจด้วยสติ ครั้งที่ 2: การทำให้ใจได้พักได้สงบเกิดความมั่นคงภายในด้วยสติ ครั้งที่ 3: การรู้จักอารมณ์และสื่อสารด้วยหัวใจด้วยสติครั้งที่4: การคิดอย่างสร้างสรรค์ด้วยสติ ครั้งที่ 5: การใช้สติในการหาแหล่งช่วยเหลือ ครั้งที่ 6: การผ่อนคลายความเครียด ด้วยสติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้นำเครื่องมือ คือ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของเบค ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มี

ความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย และคำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคลอนบาคเท่ากับ .84

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติ ได้รับการตรวจสอบความเหมาะสมและความถูกต้องโดยอาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีปัญหาซึมเศร้า จำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จากนั้นผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย แล้วมีการปรับปรุงอีกครั้งเพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีการขอรับพิจารณาจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างด้วยคะแนนประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค และเพศ จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย เข้าสู่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

2. ขั้นตอนการทดลอง มีการดำเนินการดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช ได้แก่ การประเมินสภาพร่างกายทั่วไป สอบถามข้อมูลด้านสุขภาพ ภาวะเจ็บป่วยต่างๆ การดูแลและประเมินภาวะซึมเศร้า การได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

2.2 กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชและได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติ มีรูปแบบของการบำบัดแบบรายกลุ่ม สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที โดยขั้นตอนดำเนินการทดลองติดต่อกันเป็นเวลา 3 สัปดาห์

3. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล มีการดำเนินการดังนี้ มีการประเมินคะแนนตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory 1A [BDI-1]) ของกลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1) ก่อนการทดลอง ครั้งที่ 2) หลังการทดลองทันที และครั้งที่ 3) หลังการทดลอง 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (descriptive analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measures analysis of variance) และการทดสอบค่าเฉลี่ยด้วยวิธี planned comparisons มีการกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี ตามเอกสารรับรองเลขที่ PPHO-REC2563/031 เมื่อวันที่ 22 กันยายน 2563 โดยผู้วิจัยมีการคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอนแก่ผู้ร่วมวิจัยด้วยตนเองให้ทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการวิเคราะห์และอภิปรายผลการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยมีการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย การตอบรับหรือ

ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยซึ่งจะไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ต่อการศึกษาและการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกปิดเป็นความลับ จะมีการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 65 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 40 รองลงมาอายุ 20-30 ปี ร้อยละ 25 ด้านสถานะภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นโสดร้อยละ 45 รองลงมาสถานะภาพคู่ ร้อยละ 40 ด้านระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับชั้นมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 40 รองลงมาจบระดับชั้น ปวส./อนุปริญญา ร้อยละ 20 ด้านการประกอบอาชีพส่วนใหญ่อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 30 รองลงมาอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 25 ด้านรายได้ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 40 รองลงมารายได้ 10,000-20,000 บาท ร้อยละ 25 ด้านความพึงพอใจรายได้ส่วนใหญ่พึงพอใจร้อยละ 60 ด้านภาวะสุขภาพส่วนใหญ่มีสุขภาพแข็งแรง ร้อยละ 60 และมีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร้อยละ 40 และในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาไม่

สบายเกี่ยวกับเรื่องใดส่วนใหญ่พบว่ามีปัญหาหนี้สินและปัญหาสุขภาพเท่ากันคือ ร้อยละ 25 รองลงมาคือปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ร้อยละ 20 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 50 รองลงมาอายุ 20-30 ปี ร้อยละ 20 ด้านสถานะภาพสมรสส่วนใหญ่มีสถานะภาพคู่ ร้อยละ 55 รองลงมาสถานะภาพโสด ร้อยละ 35 ด้านระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับชั้นมัธยมศึกษา/ปวช. และปริญญาตรีเท่ากันคือ ร้อยละ 30 รองลงมาจบระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 25 ด้านการประกอบอาชีพส่วนใหญ่อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 35 รองลงมาอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 25 ด้านรายได้ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 35 รองลงมารายได้ 10,000-20,000 บาท ร้อยละ 20 ด้านความพึงพอใจรายได้ส่วนใหญ่ไม่พึงพอใจ ร้อยละ 55 ด้านภาวะสุขภาพส่วนใหญ่มีสุขภาพแข็งแรง ร้อยละ 55 และมีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร้อยละ 45 และในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาไม่สบายเกี่ยวกับเรื่องใดส่วนใหญ่พบว่า มีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 35 รองลงมาคือปัญหาหนี้สิน ร้อยละ 20

ตาราง 1 การวิเคราะห์ความแปรปรวนสองตัวแปรแบบวัดซ้ำ คะแนนภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กับระยะเวลาในการวัดค่าตัวแปรตาม

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	39	2431.24			
กลุ่ม	1	336.657	336.657	6.108	0.18
Error	38	2094.583	55.121		
ภายในกลุ่ม	55.154	1490.667			
ระยะเวลาที่วัด	1.379	999.650	724.987	111.344	.000
ระยะเวลาที่วัด x กลุ่ม	1.379	149.850	108.688	16.691	.000
Error (ระยะเวลาที่วัด)	52.396	341.167	6.511		

หมายเหตุ: ผลที่ได้จากการวิเคราะห์รายงานโดยใช้ค่า Greenhouse – Geisser

จากตาราง 1 พบว่า ผลการวิเคราะห์ ความแปรปรวนสองตัวแปรแบบวัดซ้ำจะแนบภาวะ ชีมีเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 6.108, p < .05$) และภายในกลุ่มของทั้งสองกลุ่ม ใน ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และ หลังการทดลอง 1 เดือนมีความแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=111.344, p < .05$)

ตาราง 2 การทดสอบค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การทดสอบค่าเฉลี่ย	Contrast	Variance of Contrast	F
ภายในกลุ่มทดลอง			
ก่อนการทดลอง VS หลังการทดลองทันที	-7.70	1.42	80.62*
หลังการทดลองทันที VS หลังการทดลอง 1 เดือน	-1.40		.45
ภายในกลุ่มควบคุม			
ก่อนการทดลอง VS หลังการทดลองทันที	-3.20		5.52*
หลังการทดลองทันที VS หลังการทดลอง 1 เดือน	-9.50		8.87
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม			
ก่อนการทดลอง	-0.2		.01
หลังการทดลองทันที	-4.7		45.63*
หลังการทดลอง 1 เดือน	-5.15		19.78*

* $p < .05$

จากตารางที่ 2 สามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติ ในระยะก่อนการทดลอง และหลัง การทดลองทันที แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=80.62, p < .05$) โดยค่าเฉลี่ย ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าในระยะหลัง การทดลองทันทีน้อยกว่าก่อนการทดลอง (Contrast = -7.70) และในระยะหลังการทดลองทันทีกับ หลังการทดลอง 1 เดือน พบว่า มีภาวะซึมเศร้า เฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=.45, p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าในระยะหลัง การทดลอง 1 เดือน น้อยกว่าหลังการทดลองทันที (Contrast = -1.40)

2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าใน กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะ ก่อน การทดลองและหลังการทดลองทันที แตก ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F= 5.52, p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า ในระยะหลัง การทดลองทันทีน้อยกว่าก่อน การทดลอง (Contrast = -3.20) ส่วนในระยะหลัง การทดลองทันทีกับหลังการทดลอง 1 เดือน พบว่า ภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญ ทางสถิติ

3. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง ทันที พบว่าภาวะซึมเศร้ากลุ่มทดลองที่ได้รับ

โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับ การฝึกสติ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตาม ปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 45.63, p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Contrast = -4.7) และในระยะ หลังการทดลอง 1 เดือน พบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับ การฝึกสติกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตาม ปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 19.78, p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของกลุ่มทดลองน้อยกว่า กลุ่มควบคุม (Contrast = -5.15)

อภิปรายผล

1. คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติลดลงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีการความเข้มแข็งทางใจของกรอทเบิร์ก^[8] ร่วมกับกระบวนการฝึกสติ ตามแนวคิดของซีเกล^[13] และใช้รูปแบบแนวคิดทางจิตวิทยาผสมผสานกับหลักทางการแพทย์ของ ชงยูทซ์ วงศ์ภิรมย์ศานติ^[14] นำมาใช้เป็น กระบวนการพัฒนาศักยภาพการฝึกสมาธิ การฝึกอภัย ความคิด ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจอารมณ์ ความคิดทางลบ ฝึกการสื่อสาร สัมพันธภาพ การฝึกสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย และการแผ่เมตตา ทำให้ ความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยซึมเศร้าเพิ่มขึ้น สำหรับผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าในระยะก่อน การทดลองคะแนนประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อยู่ในระดับสูงใกล้เคียงกัน แต่ภายหลังจากผู้ป่วย

ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติสามารถลดภาวะซึมเศร้าลงได้ เมื่อ ให้การบำบัดตามโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติ โดยใช้กระบวนการต่าง ๆ ตามเทคนิคของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติพบว่า การสร้างสัมพันธภาพและสัมพันธที่ดีทำให้เกิดความร่วมมือและความไว้วางใจตั้งแต่ครั้งแรก จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและ การค้นหาคุณค่าภายในและความภาคภูมิใจในตนเอง ทักษะ การสื่อสารสร้างสรรค์ ทำให้ผู้ป่วยได้เข้าใจว่า ความเข้มแข็งทางใจเป็นคุณลักษณะที่ดีส่วนมีอยู่ในตัวทุกคนและสามารถสร้างขึ้นได้ด้วยตัวเอง ผลการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าบางราย มีการแสดงออกให้เห็นอย่างชัดเจนถึงปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าซึ่ง มีความเชื่อมโยงกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น ได้แก่ ปัญหาสัมพันธภาพหรือความขัดแย้งกับเพื่อน และสมาชิกในครอบครัว การจัดการกับอารมณ์ด้านลบที่ไม่เหมาะสม รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า เห็นคุณค่าในตัวเองต่ำและปัญหาทักษะการสื่อสาร ที่ทำให้เกิดความขัดแย้งได้ง่าย ซึ่งปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้เป็นเหตุผลหลักที่ส่งผลทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับที่ต่ำได้ สอดคล้องกับศึกษาของวนิดา พักเล็ก ที่พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าเกิดจากการรับรู้ที่ไม่ถูกต้อง การไม่เห็นคุณค่าในตัวเอง ทำให้ผู้ป่วยมีความคิดอัตโนมัติในทางลบ^[6] และ การศึกษาของอรุณลักษณ์ คงไพศาล โสภณ กล่าว ว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คือ ความคิดทางลบตลอด เวลา ความสามารถในการรู้คิดและการควบคุมตนเองต่อการดำรงชีวิตลดลง ไม่สามารถปรับตัวต่อการเผชิญ กับปัญหาได้^[17] และในการดำเนิน

กิจกรรมตามโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับ การฝึกสตินี้ได้มีการนำเทคนิคการฝึกทำสมาธิ การฝึกสติ มาเป็นกิจกรรมหลักเพื่อใช้เป็นเครื่องมือทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้าเกิดความสุขภายในจิตใจ มีสติอยู่กับปัจจุบัน ลดความว้าวุ่น เสริมสร้างความสามารถเชิงบวกในการรับมือกับความเครียดและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นและกิจกรรมส่งเสริมทักษะการสร้างความเข้มแข็งทางใจต่าง ๆ ในกิจกรรมสามารถเป็นปัจจัยทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้าคุณค่าในตัวเองและช่วยลดภาวะซึมเศร้าลงได้ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาที่กล่าวว่า การสร้างความเข้มแข็งทางใจสามารถสร้างได้ง่ายขึ้นโดยการฝึกสติ^[9] และการฝึกสติทำให้เกิดความจิตใจจดจ่ออยู่กับปัจจุบัน มีผลช่วยลดภาวะซึมเศร้า^[10] และจากการศึกษาที่สนับสนุนว่าการฝึกสตินั้นเป็นเครื่องมือที่จำเป็นที่ทำให้เกิดความเข้มแข็งทางใจได้ง่ายและความเข้มแข็งทางใจจะเป็นปัจจัยปกป้องไม่ให้ภาวะซึมเศร้ารุนแรงขึ้น^[11]

2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งในระยะหลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้วิจัยได้มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัยครั้งนี้ คือ การจับคู่กลุ่มตัวอย่างด้วยเพศ และคะแนนภาวะซึมเศร้าแล้ว สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($X=19.45$ และ 19.65 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ) ส่วนภายหลังการทดลอง

พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสามารถอธิบายได้จากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติของกรอทเบิร์ก^[8] ร่วมกับการฝึกสติของซีเกล^[13] สามารถลดปัจจัยเสี่ยงและแก้ไขปัญหาดัง ๆ ที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าลงได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้อาจเกิดจากกลยุทธ์ของโปรแกรมที่เน้นการทำกิจกรรมเพื่อทำให้เกิดความสุขภายในจิตใจมีสติอยู่กับปัจจุบัน สร้างความเข้มแข็งทางใจซึ่งกลยุทธ์เหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยซึมเศร้าเห็นคุณค่าในตัวเองเพิ่มขึ้น ซึ่งทำให้เกิดแนวทางที่ชัดเจนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเชิงบวกทั้งทางด้านอารมณ์ ความคิด ทัศนคติ และแบบแผนการดำเนินชีวิตในรูปแบบ ๆ ที่เหมาะสมในการลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งแตกต่างจากการดูแลตามปกติที่เน้นการดูแลรักษาตามสาเหตุ การให้ความรู้และ การให้สุขภาพจิตศึกษาโรคซึมเศร้าเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกันต์ฤทัย ปานทอง^[18] แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติมีคะแนนซึมเศร่าลดลงมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรม การสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติ สามารถนำความรู้ ประสบการณ์การเรียนรู้ รวมถึงทักษะที่จำเป็นต่าง ๆ ที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันและสามารถลดภาวะซึมเศร้าให้ลดลงหรือกลับสู่สภาวะปกติได้อย่างรวดเร็ว

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลสามารถนำโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติพัฒนาเป็นรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและสามารถนำไปจัดเป็นส่วนหนึ่งของรูปแบบการบำบัดรักษาทางจิตสังคมในรูปแบบกลุ่มบำบัดโดยพยาบาลวิชาชีพ หรือสหวิชาชีพ ที่ผ่าน การอบรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา เพื่อเป็นแนวทางที่จะเพิ่มประสิทธิภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าให้ลดลงได้โดยกิจกรรมหลักที่สำคัญประกอบด้วย การฝึกสติด้วยสมาธิและการฝึกสติเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ การรู้จักอารมณ์ตัวเองและจัดการอารมณ์ทางลบที่ไม่เหมาะสม การสื่อสารและการคิดอย่างสร้างสรรค์ การผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสม

1.2 การพัฒนาโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติ มีการออกแบบคู่มือสำหรับการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพื่อช่วยให้สามารถนำบทเรียนกลับไปทบทวนที่บ้านได้ ซึ่งมีประโยชน์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าให้เกิดความต่อเนื่องชัดเจน และควรใช้ระยะเวลาติดตามอย่างต่อเนื่องนาน 1 ปี เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถลดภาวะซึมเศร้าให้ลดลงหรือกลับสู่สภาวะปกติได้อย่างรวดเร็ว

2. ด้านการวิจัย

2.1 ควรมีการศึกษาติดตามประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติระยะยาว คือ หลังการบำบัดในระยะ 1 เดือน, 3 เดือน, 6 เดือน และ 12 เดือน เพื่อประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้า

2.2 ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์รูปแบบของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติแบบรายบุคคลเพื่อประโยชน์ในการนำไปพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

2.3 ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่น ๆ เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติว่ามีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าได้หรือไม่

เอกสารอ้างอิง

- [1] กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข. เช็กด่วนโรคซึมเศร้า. [ออนไลน์]. (2561). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=27650>.
- [2] World Health Organization. Depression: let's talk. Bangkok: Department of Mental Health. Retrieved January 20, 2018, [Online]. (2018). [Cited 2021 February 2]. Available from: <http://www.searo.who.int/thailand/news/technical-factsheet-depression-thai.pdf?ua=1>
- [3] กรมสุขภาพจิต. รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปี พ.ศ. 2562. [ออนไลน์]. (2562). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2563]. เข้าถึงได้จาก https://thaidepression.com/www/report/main_report/pdf/ahb-1219_mix_HDC.pdf
- [4] โรงพยาบาลลำลูกกา. เอกสารสรุปรายงานประจำปีงบประมาณ 2562. งานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลลำลูกกา ปทุมธานี; 2562.

- [5] ตฤติลา จาปาวัลย์. แนวคิดและทฤษฎีภาวะซึมเศร้าทางจิตวิทยา. วารสารพุทธจิตวิทยา 2560; 2(2) : 1 – 11.
- [6] วณิดา พักเล็ก. การลดภาวะซึมเศร้าด้วยโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ในผู้ป่วยโรคจิตเศร้า:กรณีศึกษาในโรงพยาบาลสวนปรุงจังหวัดเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์ พ.บ.ม. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2554.
- [7] Luthans, F.& Youssef, C.M. Emerging positive organization behavior. Journal of Management 2007; 33: 321 – 49.
- [8] Grotberg, E. H. A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit, Bernard van leer foundation The Hague: The Netherlands;1995.
- [9] Hoare. Resilience in the Elderly. Journal of AgingLife Care. [Online]. (2015). [Cited 2021 February 10]. Available from <http://www.aginglifecarejournal.org/resilience-in-the-elderly/>
- [10] Geiger, P. J., et al. Mindfulness-Based Interventions for Older Adults: A Review of the Effects on Physical and Emotional Well-being. Mindfulness 2016; 7(2) : 296 – 307.
- [11] Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. Depression in older adults. Annual review of clinical psychology 2009; 5 : 363 – 89.
- [12] Splevins, K., Smith, A., & Simpson, J. Do improvements in emotional distress correlate with becoming more mindful? A study of older adults. Aging and Mental Health 2009; 13(3) : 328 – 35.
- [13] Segal Z.V., Williams J. M. G., and Teasdale J.D. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression. New York : The Guilford Press; 2002.
- [14] ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. คู่มือสติบำบัด Mindfulness-Based Therapy and Counseling (MBTC). นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต; 2559.
- [15] Polit, D. F., & Beck, C.T. Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice. (8th Ed). Philadelphia: Lippincott Williams, & Wilkins; 2014.
- [16] มุกดา ศรียงค์. แบบประเมินซึมเศร้า Beck. [ออนไลน์]. (2561). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 5 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://www.cumentalhealth.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=539909307>
- [17] อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
- [18] กันต์ฤทัย ปานทอง. ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.

บทความวิจัยต้นฉบับ :

ประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ
โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ ชุมรมผู้สูงอายุ จังหวัดระยอง
Effectiveness of a Fall Prevention Model for Elderly by Applying Protection motivation
Theory in Elderly Club, Rayong Province, Thailand

วิลาวัลย์ เอี่ยมสอาด* และกรรณิการ์ พินิจ**

Wilawan Iamsa-ad* and Kannika Pinij**

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง*

Rayong Provincial Public Health Office

โรงพยาบาลระยอง**

Rayong Hospital**

เบอร์โทรศัพท์ 08-9880-9697; E-mail: wiepid2508@gmail.com*

วันที่รับ 13 มี.ค. 2566; วันที่แก้ไข 7 เม.ย. 2566; วันที่ตอบรับ 25 เม.ย. 2566

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ชุมรมผู้สูงอายุ จังหวัดระยองกลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดระยอง โดยผ่านเกณฑ์การประเมิน ADL 12 คะแนนขึ้นไปจำนวน 112 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 56 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ 56 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและการทดสอบการเคลื่อนไหวทางกาย โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการจัดกิจกรรมตามรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพรวม 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะดูแลตนเองและใช้ชีวิตประจำวันตามปกติ จากนั้นเก็บข้อมูลทั้งสองกลุ่มอีกครั้งหลังครบ 6 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การประเมินสมรรถนะทางกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ t -test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ผลการวิจัย พบว่า การใช้รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีประสิทธิผลทั้งด้านความรู้ การรับรู้ทุกด้านและการประเมินสมรรถภาพทางกาย โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง ($t = -4.827$) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($t = 2.820$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนด้านพฤติกรรมมีค่าคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง ($t = -7.960$) แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ ($t = 1.264$) ดังนั้นทีมหมอครอบครัวและชมรมผู้สูงอายุควรนำรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจไปใช้ในการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ การเยี่ยมบ้านและแนะนำสภาพแวดล้อมบ้านผู้สูงอายุ ให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม รวมทั้งควรผลักดันการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (Day Care) ในชุมชน เพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ “1 ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ 1 ตำบล” โดยการบริหารจัดการของ

ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับ
ภาคีเครือข่ายในพื้นที่

คำสำคัญ: รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้ม;
ผู้สูงอายุ; ทฤษฎีแรงจูงใจ

Abstract

This research was purposed to study the effectiveness of a fall preventive model for elderly by applying protection motivation theory in elderly club, Rayong Province. The samples were people aged over 60 years and participated in elderly club, Rayong Province. They must pass over 12 scores of ADL evaluation. The samples were 112 elders who were divided in 56 cases of an experimental group and 56 cases of a control group. The data was collected by using a questionnaire and from a motion testing. The experimental cases were given on activities of fall prevention model for elderly by applying protection motivation theory in elderly for 6 weeks. The data was collected again after 6 weeks. The data was analyzed by using frequency, percentage, mean, and standard deviation. The comparison of physical preformation among two groups was analyzed by using t-test at 95% CI.

The results found that using the the fall prevention activities of the elderly applying the protection motivation theory showed a good effectiveness of knowledge and total recognition which an average score was significantly higher than pre-intervention ($t = -4.827$) and higher than the control group ($t = 2.820$, $p < 0.05$). While the behaviors showed an average score higher than pre-intervention ($t = -7.960$), but

the results were not different from the control group ($t = 1.264$). Thus, the family car team and the elderly club should apply the fall prevention model for elderly by applying protection motivation theory to use on assess of health behaviors, home visiting, preparing the environments of elderly at their home, and providing the appropriate assistance. Moreover, the establishment of day care centers for elderly in the community should be encouraged to take care of the elderly's health as "One Elderly Care Center One Tambon" by using the management of the community, local government organizations, and network partners in the area.

Keyword : Fall Prevention Model; Elderly; Theory Motivation

บทนำ

การสูงวัยของประชากรเกิดขึ้นทั่วโลกในปี พ.ศ. 2562 มีประชากรอายุ 65 ปี ทั่วโลกจำนวน 703 ล้านคนและคาดว่าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มมากขึ้นเป็น 1 เท่าหรือ 1.5 เท่า ในปี พ.ศ. 2593 ทั่วโลก^[1] สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2579 จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในระดับสุดยอด คือมีประชากรผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 30 โดยภูมิภาคอาเซียนมีประชากร 647 ล้านคนเป็นประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 63.9 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 9.9 ของประชากรทั้งหมดประเทศสิงคโปร์มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด และเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปีค.ศ. 1999 มีผู้สูงอายุร้อยละ 10.5 และเพิ่มเป็น ร้อยละ 19.5 ในปี ค.ศ. 2017 รองลงมาคือประเทศไทย มีจำนวนผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 17.1^[2] และข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่ง

ชาติ รายงานว่า ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 12.1 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.3 ของประชากรทั้งหมด^[3] โดยข้อมูลจากระบบ Health Data Center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง พบว่าในปี พ.ศ. 2565 จังหวัดระยองมีผู้สูงอายุจำนวน 94,492 คน คิดเป็น ร้อยละ 15.97 ของประชากรทั้งหมด^[4]

ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุคือ การพลัดตกหกล้ม โดยในปี พ.ศ. 2560 – 2564 จังหวัดระยองมีอัตราการป่วยจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่เข้ารับ การรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก (OPD) เท่ากับ 469, 526, 987, 1,058 และ 2,465 ต่อแสนประชากรและมีอัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มเท่ากับ 15.3, 20.1, 16.0, 22.5 และ 28.4 ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นอัตราการเสียชีวิตที่สูงมากเมื่อเทียบกับสถิติการเสียชีวิตในระดับประเทศ^[5] จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าอุบัติการณ์การเจ็บป่วยด้วยสาเหตุจากการพลัดตกหกล้มมีจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มเบื้องต้นในกลุ่มผู้สูงอายุของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดระยอง พบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 28.85 มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้ม และยังพบว่าร้อยละ 25 ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาประเมินความเสี่ยงในคลินิกผู้สูงอายุมีประวัติหกล้มมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้งในระยะเวลาภายใน 6 เดือน^[4] ซึ่งส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ มีแผลถลอก กระดูกหัก สมองกระทบกระเทือน ด้านจิตใจ ทำให้มีความวิตกกังวล กลัวการหกล้ม นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อด้านสังคม เศรษฐกิจ และครอบครัวของผู้สูงอายุในการรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา

จากปัญหาดังกล่าว วิทยาลัยการพัฒนศาสตร์และคณะ^[6] ศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความพร้อม

ในการดูแลตนเองของโอเร็ม โดยพบว่าปัจจัยที่ทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงคือการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในบ้าน การสร้างความรู้แรงจูงใจในการปฏิบัติตัว ส่วนทฤษฎีแรงจูงใจ เป็นทฤษฎีที่พัฒนามาจากการนำเอาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (self efficacy) โดยทฤษฎีนี้เน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้ หรือประสบการณ์ทางด้านสุขภาพ การให้ความสำคัญกับภัยคุกคามทางสุขภาพ[7] ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ ชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดระยอง อันจะเป็น การป้องกันการพลัดตกหกล้มให้กับผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดระยอง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุก่อนและหลังจัดกิจกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดระยอง
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ (การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความสามารถตนเอง และการรับรู้ผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ หลังจัดกิจกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดระยอง

3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกัน การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ หลังจัดกิจกรรม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดระยอง

4. เพื่อเปรียบเทียบการทดสอบการ เคลื่อนไหวทางกายของผู้สูงอายุ ก่อนและหลัง จัดกิจกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดระยอง

ดังแผนภาพที่ 1

กลุ่มทดลอง

กลุ่ม
เปรียบเทียบ

P1-----M-----P2
P3-----P4

ภาพ 1 แสดงรูปแบบการวิจัย

กำหนดให้ P₁, P₃ หมายถึง การเก็บข้อมูล ก่อนการวิจัย

P₂, P₄ หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังการวิจัย

M หมายถึง รูปแบบการป้องกันการพลัด ตก หกล้มของผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรง จูงใจในการดูแลสุขภาพ

2. ขอบเขตด้านพื้นที่และระยะเวลา

ดำเนินการศึกษาวิจัย ในชมรมผู้สูงอายุ ของ จังหวัดระยอง ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2565 ถึง มีนาคม 2566

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi - experimental research) แบบสองกลุ่ม ก่อนและ หลังการทดลอง โดยจัดกิจกรรม 6 สัปดาห์ โดย ศึกษาผลของรูปแบบการป้องกันการพลัดตก หกล้มโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการดูแล สุขภาพของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดระยอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจของ Roger ^[6] ตามองค์ประกอบด้าน แหล่งข้อมูล ได้แก่ ความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

ตัวแปรต้น

รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจ ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดระยอง
<u>ขั้นเตรียมการศึกษา</u> เตรียมกลุ่มตัวอย่าง สถานที่ วิทยากรอุปกรณ์จัดกิจกรรม เก็บ ข้อมูลก่อนจัดกิจกรรมและประเมินสมรรถนะทางกาย
<u>ขั้นดำเนินการศึกษา</u>
<u>สัปดาห์ที่ 1</u> จัดกิจกรรม และเนื้อหา “รู้จักฉัน รู้จักเธอ” / “รู้ไว้ โกลดก ไม่หกล้ม” / “ขยับให้ถูก ไม่ต้องผูกใจเจ็บ” / “สิ่งแวดล้อมดี ไม่มีลื่น”
<u>สัปดาห์ที่ 2</u> กระตุ้นความรู้ตามเนื้อหาในสัปดาห์ที่ 1 ลงพื้นที่บ้าน กลุ่มทดลอง
<u>สัปดาห์ที่ 3</u> กระตุ้นความรู้ตามเนื้อหาในสัปดาห์ที่ 1 ผ่านทางโทรศัพท์
<u>สัปดาห์ที่ 4</u> กระตุ้นความรู้ตามเนื้อหาในสัปดาห์ที่ 1 ลงพื้นที่บ้าน กลุ่มทดลอง
<u>สัปดาห์ที่ 5-6</u> กระตุ้นความรู้ การปฏิบัติกรป้องกันการพลัดตกหกล้มของกลุ่ม ตัวอย่าง บันทึกผลในแบบสอบถาม และลงพื้นที่ประเมินบ้าน

ตัวแปรตาม

- ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการป้องกันภาวะพลัด ตกหกล้มในผู้สูงอายุ
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะพลัด ตกหกล้ม
- การรับรู้ความสามารถตนเองในการในการ ปฏิบัติป้องกันภาวะพลัดตกหกล้ม
- การรับรู้ผลลัพธ์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกัน ภาวะพลัดตกหกล้ม
- พฤติกรรมการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้ม ในผู้สูงอายุ
- การทดสอบการเคลื่อนไหวของร่างกาย (Time up and go test)

ภาพ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุจังหวัดระยอง จำนวน 350 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

เกณฑ์ในการคัดเข้า

ผ่านการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ 4 คะแนนขึ้นไป ผลการประเมิน ADL 12 คะแนนขึ้นไปสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามกำหนด

เกณฑ์ในการคัดออก

มีอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น พิกัดทางกาย อัมพาต หูตึง โรคทางจิตเวชเป็นต้น มีผลการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้คะแนน 0-3 คะแนน มีผลการประเมิน ADL น้อยกว่า 12 คะแนนขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่นั้นเป็นประจำ หรือไม่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามกำหนด

ขนาดตัวอย่าง จากสูตรการคำนวณประชากรของวิลการัฐนัตรานนท์^[8] โดยกำหนดความเชื่อมั่น 95% ผลการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 112 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 56 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 56 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นการจัดกิจกรรม ทั้งหมด 6 สัปดาห์ รายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 จัดกิจกรรม รวม 5 กิจกรรม โดยกิจกรรมที่ 1-4 จัดวันละ 1 กิจกรรม ๆ ละ 1 ชั่วโมง รวม 4 ชั่วโมง โดยจะจัดช่วงเช้าเพื่อให้ความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้อง ส่วนกิจกรรมที่ 5 แบ่ง 5 ทีม ๆ ละ 2 คน ใช้เวลา 5 วัน ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “รู้จักกัน รู้จักเธอ” เป็นกิจกรรมนัดพบกัน เพื่อละลายพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง

กิจกรรมที่ 2 “รู้ไว้ โกลดตก ไม่หกล้ม” เป็นกิจกรรมเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม ความรุนแรง โรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นตามมา พร้อมยกเคสกรณีตัวอย่าง บอกเล่าข้อดีของการที่มีสุขภาพกายที่ดี การจัดการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ใช้สื่อรูปภาพ การรับรู้ความรุนแรงของการพลัดตกหกล้ม โดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเอง

กิจกรรมที่ 3 “ขยับให้ถูก ไม่ต้องผูกใจเจ็บ” เป็นกิจกรรมการสาธิตและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมกับช่วงวัยของตนเองเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

กิจกรรมที่ 4 “สิ่งแวดล้อมดี ไม่มีลื่น” เป็นกิจกรรมเพื่อให้ความรู้โดยใช้แผ่นภาพแสดงตัวอย่างการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และไม่ก่อให้เกิดเหตุจากการพลัดตกหกล้ม

กิจกรรมที่ 5 ลงพื้นที่บ้านกลุ่มตัวอย่าง 1 ครั้ง เพื่อประเมินสภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยงและสอนให้ความรู้จากการลงพื้นที่จริง ว่าสิ่งใดถูกต้อง หรือไม่ถูกต้อง หรือมีความเสี่ยงที่ไม่ปลอดภัย

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมกระตุ้นเตือนความรู้ความเข้าใจ การปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่างในเนื้อหาของสัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1-5 รวม 5 กิจกรรม โดยใช้เวลาและวิธีการ เช่นเดียวกับสัปดาห์ที่ 1 เพื่อประเมินผล

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมกระตุ้นเตือนความรู้ความเข้าใจ การปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่างในเนื้อหาของสัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 – 4 รวม 4 กิจกรรม โดยใช้เวลาและวิธีการผ่านทางโทรศัพท์ เพื่อประเมินผล

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมกระตุ้นเตือนความรู้ความเข้าใจ การปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่างในเนื้อหาของสัปดาห์ที่ 1 โดยวิธีการลงพื้นที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง แบ่ง 10 ทีม ๆ ละ 2 คน รวม 5 วัน เพื่อประเมินผล

สัปดาห์ที่ 5-6 กิจกรรมกระตุ้นเตือนความรู้ความเข้าใจ การปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่างในเนื้อหาของสัปดาห์ที่ 1 โดยวิธีการใช้สื่อวีดิทัศน์ ใช้สื่อรูปภาพ การทดสอบการเคลื่อนไหวของร่างกาย (time up and go test) และติดตามผ่านทางโทรศัพท์ พร้อมทั้งบันทึกผลข้อมูลตามแบบสอบถามและลงพื้นที่ติดตาม ในบ้านของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มพร้อมทั้งให้ความช่วยเหลือ แบ่งทีม 10 ทีม ๆ ละ 2 คน รวม 15 วัน

2. แบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ (1) ข้อมูลส่วนบุคคล 11 ข้อ (2) ความรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ 10 ข้อ มี 4 ตัวเลือกตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน มีคะแนนระหว่าง 0-10 คะแนน แบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับคือ สูง 8-10 คะแนน ปานกลาง 4 - 7 คะแนนและต่ำ 0-3 คะแนน (3) การรับรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ 20 ข้อ มี 5 ตัวเลือกเห็นด้วยอย่างยิ่งเห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนน

เป็น 3 ระดับคือ สูง 80-100 คะแนน ปานกลาง 40-79คะแนนและต่ำ 20-39คะแนน (4) พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ 10 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ สูง 40-50คะแนน ปานกลาง 20-39คะแนนและต่ำ 10-19 คะแนน และ(5) การทดสอบการเคลื่อนไหวของร่างกาย^[9] ใช้เกณฑ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 วินาทีถือว่าปกติ/ไม่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ใช้เวลามากกว่า 12 วินาที ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการหกล้ม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหา (content validity) โดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านความรู้สุขภาพผู้สูงอายุ ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดโปรแกรมการทดสอบการเคลื่อนไหวร่างกาย และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงทดลอง โดยแบบสอบถามทั้ง 5 ส่วน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ภาพรวม 0.94 จากนั้นนำผลที่ได้ไปปรับปรุงแบบสอบถาม และการออกแบบการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม แบ่งเป็นก่อนและหลังการจัดกิจกรรม โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการจัดกิจกรรมตามรูปแบบที่ได้จัดทำขึ้นเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะดูแลตนเอง ตามกิจกรรมและใช้ชีวิตประจำวันตามปกติ เมื่อครบ 6 สัปดาห์ เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มอีกครั้ง

สถิติที่ใช้วิเคราะห์

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยตารางการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ทั่วไป การรับรู้ (การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัว การรับรู้ผลลัพธ์การปฏิบัติตัว) และพฤติกรรมป้องกัน การพลัดตกหกล้ม การทดสอบการเคลื่อนไหวของร่างกาย ของทั้ง 2 กลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t – test

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ (การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัว การรับรู้ผลลัพธ์การปฏิบัติตัว) และพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มการทดสอบการเคลื่อนไหวของร่างกาย ของทั้ง 2 กลุ่ม ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Independent t – test

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยพร้อมทั้งชี้แจงสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยหรือการปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใด ๆ และข้อมูลที่ได้จาก การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดระยอง เลขที่เอกสารรับรอง COA No. 02/2566 ลงวันที่ 13 มกราคม 2566 ทั้งนี้ ผู้วิจัยจะไม่เปิดเผยข้อมูลให้เกิดความเสียหายแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย และหลังจาก การวิเคราะห์ข้อมูลเรียบร้อยแล้วจะมีการทำลายเอกสารชุดแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมด

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป จากการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศหญิง

ร้อยละ 89.3 และร้อยละ 87.5 ช่วงอายุของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเป็นผู้สูงอายุวัยต้น คือ ช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 73.2 และร้อยละ 69.6 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 46.4 และร้อยละ 44.6 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีโรคประจำตัว ร้อยละ 71.4 บุคคลที่มีโรคประจำตัวของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ รับประทานยาโรคประจำตัวอยู่ระหว่าง 1-3 ชนิด ร้อยละ 44.6 และ ร้อยละ 42.9 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุราและไม่สูบบุหรี่ ลักษณะที่อยู่อาศัยกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่อาศัยอยู่บ้านชั้นเดียวติดพื้น ร้อยละ 60.7 กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่อาศัยอยู่บ้านชั้นเดียว ติดพื้น ร้อยละ 64.3 โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีผู้ดูแล ร้อยละ 91.1 และ 94.6 ตามลำดับ

1. เปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ก่อนและหลังจัดกิจกรรม

ภายหลังการจัดกิจกรรมให้ความรู้พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (เท่ากับ 7.80 และ 6.29 คะแนนตามลำดับ) ซึ่งสูงกว่าก่อน การจัดกิจกรรม (เท่ากับ 3.95 และ 3.30 คะแนน ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ก่อนและหลังจัดกิจกรรม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ชุมชนผู้สูงอายุ จังหวัดระยอง (n=56)

ระดับความรู้	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการจัดกิจกรรม	3.95	1.823	-12.260	0.001
หลังการจัดกิจกรรม	7.80	1.634		
กลุ่มเปรียบเทียบ				
ก่อนการจัดกิจกรรม	3.30	1.972	-8.286	0.001
หลังการจัดกิจกรรม	6.29	2.661		

2. เปรียบเทียบค่าคะแนนการรับรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ หลังจัดกิจกรรม

ภายหลังการจัดกิจกรรมการรับรู้ในภาพรวมทุกด้านพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (75.95 คะแนน) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (71.73 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้ รายด้านพบว่ากลุ่ม

ทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรู้ความเข้าใจและการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม (18.61 และ 20.16 คะแนนตามลำดับ) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (16.96 และ 18.91 คะแนนตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนระดับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และ การรับรู้ผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนการรับรู้ (การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรู้ความเข้าใจ การรับรู้ความสามารถตนเอง และการรับรู้ผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว) ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ หลังจัดกิจกรรม (n = 56)

หลังการจัดกิจกรรม	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
การรับรู้โอกาสเสี่ยง				
กลุ่มทดลอง	18.00	2.704	1.124	0.263
กลุ่มเปรียบเทียบ	17.43	2.676		
การรับรู้ความรุนแรง				
กลุ่มทดลอง	18.61	3.055	2.799	0.006
กลุ่มเปรียบเทียบ	16.96	3.156		
การรับรู้ความสามารถตนเอง				
กลุ่มทดลอง	20.16	3.149	2.360	0.020
กลุ่มเปรียบเทียบ	18.91	2.407		

ตาราง 2 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนการรับรู้ (การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความสามารถตนเอง และการรับรู้ผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว) ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ หลังจัดกิจกรรม (n = 56) (ต่อ)

หลังการจัดกิจกรรม	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
การรับรู้ผลลัพธ์การปฏิบัติ				
กลุ่มทดลอง	19.18	2.751	1.411	0.161
กลุ่มเปรียบเทียบ	18.43	2.872		
การรับรู้ในภาพรวมทุกด้าน				
กลุ่มทดลอง	75.95	8.407	2.820	0.006
กลุ่มเปรียบเทียบ	71.73	7.374		

ระดับ $p < 0.05$

3. เปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ หลังจัดกิจกรรม
 ภายหลังการจัดกิจกรรมพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (42.98 คะแนน) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (41.80 คะแนน) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตาราง 3

ตาราง 3 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ หลังจัดกิจกรรม (n = 56)

หลังการจัดกิจกรรม	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
กลุ่มทดลอง	42.98	4.878	1.264	0.209
กลุ่มเปรียบเทียบ	41.80	4.992		

ระดับ $p < 0.05$

4. เปรียบเทียบค่าการทดสอบการเคลื่อนไหวทางกายของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังจัดกิจกรรม
 ก่อนการจัดกิจกรรมพบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยการทดสอบการเคลื่อนไหวทางกาย (เท่ากับ 11.04 และ 10.84 คะแนนตามลำดับ) ซึ่งสูงกว่าหลังการจัดกิจกรรม (เท่ากับ 9.15 และ 10.52 คะแนนตามลำดับ) โดย กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยการทดสอบการเคลื่อนไหวทางกาย ก่อนการจัดกิจกรรม (11.04 คะแนน) สูงกว่าหลังการจัดกิจกรรม (9.15 คะแนน) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) ดังตาราง 4

ตาราง 4 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าการทดสอบการเคลื่อนไหวทางกายของผู้สูงอายุก่อนและหลังจัดกิจกรรม (n = 56)

Time up and go test	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการจัดกิจกรรม	11.04	1.9576	8.272	0.001
หลังการจัดกิจกรรม	9.15	1.6904		
กลุ่มเปรียบเทียบ				
ก่อนการจัดกิจกรรม	10.84	1.9230	1.719	0.091
หลังการจัดกิจกรรม	10.52	1.9390		

ระดับ p < 0.05

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ พบว่าภายหลังการจัดกิจกรรม กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความรู้ การรับรู้ ด้านต่าง ๆ ทั้งด้านโอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ความสามารถตนเอง และผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มดีขึ้นกว่าก่อนการจัดกิจกรรม ซึ่งเป็นผลจากการได้รับความรู้ และมีการกระตุ้นเตือนความรู้ ความเข้าใจและการปฏิบัติตัวอย่างสม่ำเสมออย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการลงคิดตามเยี่ยมบ้าน ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติและดูแลตนเองอย่างถูกต้อง การดูแลอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทิศทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของของกาญจนา พิบูลย์^[11] พบว่าภายหลังการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน ภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การทรงตัว และสามารถระงับการสูงชันกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนพฤติกรรมกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังการจัดกิจกรรม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากช่วงเวลา

ที่ทำการศึกษา กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้ทุกจังหวัดจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นของขวัญปีใหม่ ภายใต้แนวคิด “สูงวัยไทย” ทำให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมได้รับทราบข้อมูลและความรู้จากการรณรงค์สื่อประชาสัมพันธ์ผ่านทุกช่องทางเพิ่มมากขึ้น และจากการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านในกลุ่มทดลองพบว่าปัจจัยที่ทำให้ผลการประเมินพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปได้้น้อยคือการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม สภาพแวดล้อมภายในบ้าน ยังไม่สามารถดำเนินการได้ อาทิเช่นการจัดของให้เป็นระเบียบไม่กีดขวางทางเดิน การปรับปรุงแสงสว่างให้เหมาะสม การปรึกษาแพทย์ก่อนการรับประทานยา เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุรินทร์รัตน์ บัวเร่งเทียนทองและอรทัย ยินดี^[12] ศึกษาความเสี่ยง ความกลัวการหกล้มและแนวทางการจัดการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ผู้ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้ม คือการจัดสภาพแวดล้อม แต่การป้องกัน การพลัดตกหกล้มที่น้อยที่สุด คือการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เสริมสร้างกล้ามเนื้อและกระดูก สำหรับกิจกรรมการทดสอบการเคลื่อนไหวทางกาย (Time up and go test) ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ามีความ

แตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังของกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้ว่า กลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับการจัดกิจกรรมที่ต้องดำเนินการกระตุ้นเตือนตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1-6 อย่างต่อเนื่องเหมือนกลุ่มทดลอง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

ทีมหมอครอบครัวและชมรมผู้สูงอายุรวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานของพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ควรนำรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจไปใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งการเยี่ยมบ้านและประเมินสภาพแวดล้อมบ้านผู้สูงอายุ จัดบริการให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมโดยประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และควรมุ่งเน้นการเสริมสร้างความรู้การป้องกันโรคที่สำคัญและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรพัฒนาระบบข้อมูลและผลักดันการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (Day Care) ในชุมชน เพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ “1 ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ 1 ตำบล” โดยการบริหารจัดการของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่

3. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

3.1 คลินิกผู้สูงอายุทุกแห่ง เตรียมความพร้อมและให้ความรู้เรื่องการป้องกันการพลัดตกหกล้มอย่างต่อเนื่อง ทำ Care plan และลงพื้นที่ติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงและจัดการสิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุร่วมกับภาคีเครือข่าย

3.2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

คัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน และเน้นการประเมินสมรรถภาพทางกาย Time up and go Test ให้กับผู้สูงอายุทุกราย จัดระบบส่งต่อเข้ารับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล เมื่อมีผลการคัดกรองเคลื่อนไหวร่างกายมากกว่า 12 วินาที

3.3 ส่งเสริมและพัฒนานวัตกรรมที่ช่วยป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

3.4 ผลิตุ้มมือการเรียนรู้การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและสื่อ วิดีทัศน์ เผยแพร่ให้กับสถานบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐ เอกชน และท้องถิ่นครอบคลุมทุกแห่ง

3.5 ผลิตุ้มมือการเตรียมความพร้อมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ฉบับประชาชน พร้อมทั้งสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุและครอบครัว

4. ข้อเสนอแนะการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลลัพธ์ของการเตรียมความพร้อมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขครอบครัว (อสค.) เพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ : บริบทของพื้นที่ที่มีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอยู่ในกำกับดูแลขององค์การบริหารส่วนจังหวัด

เอกสารอ้างอิง

- [1] UnitedNation. Worldpopulationaging. [online]. (2018). [Retrieved 10 May, 2021]. Available from http://un.org/esa/population/publication/WPA2009/WPA2009_workingPaper.pdf.
- [2] สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564. [ออนไลน์]. (2560). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน

- 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://www.nesdc.go.th>
- [3] สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2565. [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://www.nso.go.th>
- [4] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง. ข้อมูลสถิติประชากรจังหวัดระยองจาก Health Data Center. [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 5 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <http://www.Rayonghealth.com>
- [5] สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการพยากรณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 -2564. [ออนไลน์]. (2560). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 5 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com/document/file/violence/การพยากรณ์การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ%20ปี%202560-2564.pdf>.
- [6] วิลาวรรณ สมตน ทศนิษฐ์วิวิธกุล และขวัญใจ อำนางัตตย์เชื้อ. ผลของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม. วารสารการพยาบาลสาธารณสุข 2013; 27(3): 58 – 70.
- [7] Roger, R.W. Protective motivation theory of fear Appeals and Attitude Change. Journal of Psychology 1975; 91(1) : 93 – 114.
- [8] วัลลภ รัฐนัตรานนท์. การหาขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย : มายาคติในการใช้สูตรของทาโรยามานและเกรจีซี-มอร์แกน. [ออนไลน์]. (2563). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://SO03.tci-thaijo.org>.
- [9] Weatherall M. Multifactorial risk assessment and management programmes effectively prevent falls in the elderly. Evidence-Based Healthcare and Public Health. 2004; 8:270–2.
- [10] กาญจนา พิบูลย์ และคณะ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน. ชลบุรี:มหาวิทยาลัยบูรพา คณะสาธารณสุขศาสตร์; 2562
- [11] สุรินทร์รัตน์ บัวรุ่งเทียนทองและอรทัยยินดี. ความเสี่ยง ความกลัวการหกล้มและแนวทางการจัดการป้องกันการพลัดตกหกล้มผู้ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ.วารสารวิชาการพยาบาล 2564; 30 (23) : 1 - 43.

บทความวิจัยต้นฉบับ :

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ
สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลงชัยเหนือ อำเภอปรางค์
จังหวัดนครราชสีมา

Effects of health literacy and health behavior promotion program
among village health volunteers in Thongchai Nuea Subdistrict,
Pak Thong Chai District, Nakhon Ratchasima Province

ชลลดา งอนสำโรง* และณัฐวุฒิ กกกระโทก**

Chollada Ngonsamrong* and Nattawut Kokkrathok**

โรงพยาบาลปรางค์ จังหวัดนครราชสีมา*

Pak Thong Chai Hospital, Nakhon Ratchasima Province*

คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา**

Faculty of Allied Health Sciences Nakhonratchasima College**

เบอร์โทรโทรศัพท์ 09-4515-5497; E-mail: chollada.yua@hotmail.com*

วันที่รับ 16 มิ.ค. 2566; วันที่แก้ไข 18 เม.ย. 2566; วันที่ตอบรับ 11 พ.ค.2566

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลงชัยเหนือ อำเภอปรางค์ จังหวัดนครราชสีมา เป็นการวิจัยแบบหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 32 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ฉบับปรับปรุงปี 2561 ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ซึ่งประกอบไปด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. จำนวน 6 ด้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วย paired samples t-test

ผลการวิจัยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ทั้ง 6 ด้าน และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 30. 2ส. มีส่วนช่วยทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน สำหรับข้อเสนอแนะในการดำเนินงานวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มกลุ่มควบคุมในการทดลองเพื่อพัฒนาให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน; โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of a health literacy and health behavior promotion program among village health volunteers in Thongchai Nuea Subdistrict, Pak Thong Chai District, Nakhon Ratchasima province. Study was carried out in the one group pretest and posttest design. The sample group consisted of 32 village health volunteers who were selected by purposive sampling. The experimental tools were health literacy and health behavior promotion programs. The data collection tools were the health behavior and health literacy assessment form according to the principle of 3E.2S. which consisted of the general information and the six dimensions of the health literacy,

health cognition, access to health information and services, health communication, self management, media and information literacy, correct discrimination decisions, revised edition in 2018 by the Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Data were analyzed by frequency, mean, percentage, standard deviation and comparing mean differences with paired samples t-test.

The results showed that village health volunteers had the mean scores of health literacy in all six dimensions and health behavior according to the principle of 3E.2S. after the experiment were statistically significantly higher than before the experiment ($p\text{-value} < 0.05$) This study showed that health literacy according to the principle of 3E.2S. can improve the health behaviors among village health volunteers significantly. Therefore, relevant agencies should continuously promote health literacy among village health volunteers in order to create sustainable good health behaviors. For further research suggestion should be added to control group in the experiment in order to develop research to be more reliable.

Keywords : Village Health Volunteers; Health Literacy and Health Behavior Promotion Program

บทนำ

ความรอบรู้ทางสุขภาพ (health literacy) มีบทบาทสำคัญกับประชาชนมากยิ่งขึ้น เห็นได้จาก การยกระดับการปฏิรูปความรอบรู้ด้าน

สุขภาพของประชาชนเป็นวาระแห่งชาติ ซึ่งกำหนดไว้ในแผนการพัฒนาของประเทศและหน่วยงานของภาครัฐ อีกทั้งยังมีการกำหนดประเด็นความรู้ด้านสุขภาพไว้ในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และยังมีการกำหนดเป้าหมายให้ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น^[1] เห็นได้ว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่สำคัญและมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับเพียงพอจะทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดี ช่วยลดอัตราการป่วยลดอัตราการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ ขณะเดียวกันหากมีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่เพียงพอ ย่อมจะส่งผลด้านลบ กล่าวคือ ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองอาจอยู่ในระดับต่ำ จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจะเพิ่มสูงขึ้น^[2] ซึ่งจากข้อมูลของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข แสดงให้เห็นว่าอัตราการป่วยตายในภาพรวมทั้งประเทศด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) มีอัตราเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยเฉพาะปี พ.ศ. 2564 พบอัตราการตายมากถึง 128.10 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบมากที่สุดและยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ^[3-4] และจากข้อมูลการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2562 พบว่า คนไทยร้อยละ 19.09

มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอ และสัดส่วนของผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป^[5]

ปัจจุบันระบบสาธารณสุขไทยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นหนึ่งในเสาหลักที่สำคัญในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชน มีความใกล้ชิดกับชุมชน ทำหน้าที่เป็นหมอประจำบ้านในการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคให้แก่ประชาชนตามนโยบายคอยดูแลสุขภาพคนในชุมชนทั้งที่ยังไม่เจ็บป่วยให้มีสุขภาพแข็งแรง รวมถึงทำหน้าที่เป็นแกนนำสุขภาพหรือเป็นต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน^[6] ซึ่งจากการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามหลัก 3อ.2ส. พบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังอยู่ในระดับพอใช้และไม่ดีถึงร้อยละ 10.73 และ 2.25 และมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้และไม่ดี ร้อยละ 6.40 และ 0.29 ตามลำดับ^[7] ดังนั้น จึงควรมีการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้เป็นต้นแบบในการสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. รวมถึงสื่อสารและถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพถูกต้องแก่ประชาชน นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งพบว่าโปรแกรมดังกล่าวช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีระดับความรู้ด้าน

สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น^[8]

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้ทำการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลธงชัยเหนือ อำเภอบักรังชัย จังหวัดนครราชสีมา ด้วยวิธีการจัดประชุมกลุ่ม พบว่า มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลายรายยังขาดความรู้และความตระหนักในการดูแลตนเอง ไม่สามารถสื่อสารประเด็นต่าง ๆ ทางด้านสุขภาพ รวมถึงยังขาดทักษะในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลธงชัยเหนือ อำเภอบักรังชัย จังหวัดนครราชสีมา ความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam D.^[9-10] อันจะช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีทักษะความรู้ด้านสุขภาพ และยังเป็นการสร้างองค์ความรู้ใหม่หรือโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้นำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน อันจะช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีสุขภาพที่ดี สามารถดูแลตนเอง ครอบครัวและสังคมได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลธงชัยเหนือ อำเภอบักรังชัย จังหวัด

นครราชสีมา ในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังการทดลอง

ขอบเขตงานวิจัย

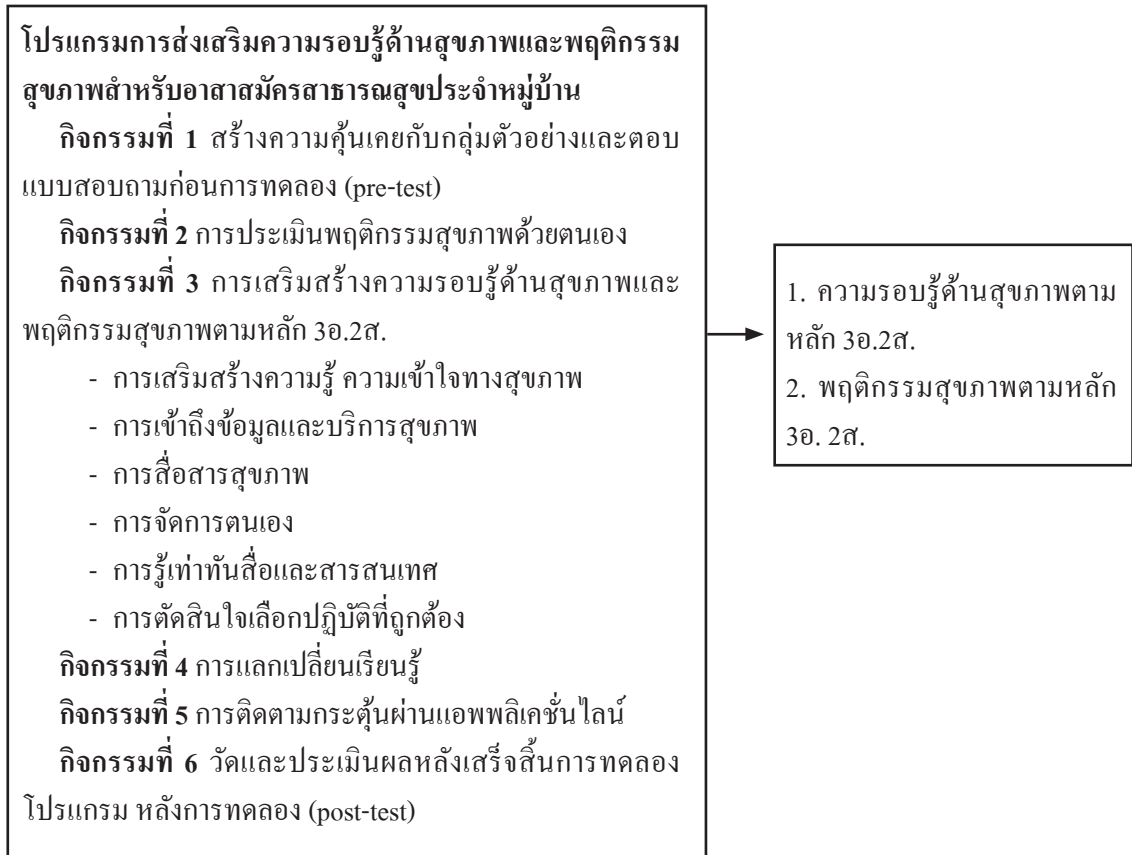
การวิจัยในครั้งนี้เป็นการเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ใช้รูปแบบการศึกษาแบบกลุ่มเดียว ทำการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (the one group pretest posttest design) กลุ่มตัวอย่างและพื้นที่ในการศึกษา ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลธงชัยเหนือ อำเภอบักรังชัย จังหวัดนครราชสีมา ระยะเวลาการดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยได้ประยุกต์ใช้องค์ประกอบของแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพตามแนวทางของ Nutbeam, D.^[9-10] และแนวทางในการดูแลตนเองตามหลัก 3อ.2ส. ของกรมอนามัย^[11] มาพัฒนาเป็นโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลธงชัยเหนือ อำเภอบักรังชัย จังหวัดนครราชสีมา รายละเอียดแสดงดังภาพ 1

ตัวแปรต้น (independent variable)

ตัวแปรตาม (dependent variable)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลธงชัยเหนือ อำเภอบักรังชัย จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 194 ราย^[12] คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด โดยยึดหลักการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะของการวิจัยแบบกึ่งทดลองตามแนวทางของ Polit and Beck^[13] คือ อย่างน้อยที่สุดควรมีก่อนละ 30 คน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลธงชัยเหนือ อำเภอบักรังชัย จังหวัดนครราชสีมา สมัครใจเข้าร่วมกระบวนการศึกษาวิจัย จำนวน 32 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก

กลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กระบวนการวิจัย (inclusion criteria) คือ ต้องเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลธงชัยเหนือ อำเภอบักรังชัย จังหวัดนครราชสีมา สามารถสื่อสารอ่านและเขียนหนังสือได้ มีความสามารถในการใช้โทรศัพท์มือถือ และมีความสมัครใจเข้าร่วมกระบวนการวิจัย ส่วนเกณฑ์ในการคัดเลือกละกลุ่มตัวอย่างออกจากกระบวนการวิจัย (exclusion criteria) ได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ จนสิ้นสุดกระบวนการ วิจัยอันเนื่องมาจากการการเสียชีวิตหรือทุพพลภาพหรือมีปัญหาทางด้านสุขภาพ หรือการลาออกจากสภาพการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือการ

ย้ายที่อยู่ระหว่างเข้าร่วมกระบวนการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้สุขภาพตามรูปแบบของ Nutbeam, D.^[9-10] ซึ่งประกอบไปด้วยแนวทางและทักษะในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ อีกทั้งยังได้ศึกษาหลักการดูแลตนเองตามแนวทาง 3อ.2ส. ของกรมอนามัย^[11] และนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อออกแบบเป็นกิจกรรมซึ่งประกอบด้วย 8 กิจกรรม รวมระยะเวลาในการจัดกิจกรรมทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างความคุ้นเคยกับกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพอธิบายชุดแบบสอบถามแต่ละชุดเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (pre-test)

กิจกรรมที่ 2 การประเมินพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองด้วยการแบ่งกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม ตามความสนใจ โดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นวิทยากรประจำกลุ่ม ๆ ละ 1 คน จากนั้นดำเนินการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงและคืนข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.

กิจกรรมที่ 3 การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ประกอบไปด้วยการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. การสื่อสาร

สุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. การจัดการตนเองตามหลัก 3อ.2ส. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3อ.2ส. และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจและทักษะในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ.2ส.

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยให้กลุ่มตัวอย่างแบ่งกลุ่มจำนวน 3 กลุ่มตามความสนใจ เพื่อนำเสนอความเข้าใจตามแนวทางที่ได้เรียนรู้ในกิจกรรมที่ผ่านมาที่ละหัวข้อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มและนำเสนอข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

กิจกรรมที่ 5 การติดตามกระตุ้นเพื่อส่งเสริมการพัฒนาทักษะความรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อย่างต่อเนื่องโดยการติดตามผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างกลับไปทบทวนและปรับปรุงแก้ไขในสิ่งที่ผิดพลาดแล้วรายงานผลทางแอปพลิเคชันไลน์

กิจกรรมที่ 6 วัดและประเมินผลหลังเสร็จสิ้นการทดลอง (post-test)

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินระดับความรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ดำเนินการตามแนวทางของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ^[14] ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพหลัก

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ด้าน ได้แก่ (1) ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ

ตามหลัก 3อ.2ส. จำนวน 6 ข้อ (2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. จำนวน 2 ข้อ (3) การสื่อสารสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. จำนวน 3 ข้อ (4) การจัดการตนเองตามหลัก 3อ.2ส. จำนวน 3 ข้อ (5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3อ.2ส. จำนวน 2 ข้อ และ (6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. จำนวน 6 ข้อ

สำหรับข้อคำถามด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. ข้อคำถามเป็นเลือกตอบจาก 4 ตัวเลือก จำนวน 6 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองตามหลัก และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3อ.2ส. และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ลักษณะข้อคำถามเป็นเลือกตอบจาก 5 ตัวเลือก ได้แก่ ทุกครั้ง (6-7 วันต่อสัปดาห์) บ่อยครั้ง (4-5 วันต่อสัปดาห์) บางครั้ง (3 วันต่อสัปดาห์) นาน ๆ ครั้ง (1-2 วันต่อสัปดาห์) และไม่เคยปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก ข้อคำถามเชิงลบ		
เป็นประจำ	5 คะแนน	1 คะแนน
บ่อยครั้ง	4 คะแนน	2 คะแนน
บางครั้ง	3 คะแนน	3 คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	1 คะแนน	5 คะแนน

การแปลผลคะแนนระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. แบ่งเป็นแบบอิงเกณฑ์ 3 ระดับตามรูปแบบของ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ^[15]

ดังนี้

ได้คะแนนร้อยละ 0.00-59.99 หมายถึงระดับต่ำ
ได้คะแนนร้อยละ 60.00-79.99 หมายถึงระดับปานกลาง

ได้คะแนนร้อยละ 80.00-100.00 หมายถึงระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องและครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ที่ศึกษา รวมถึงความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในแบบสอบถามด้วยวิธีวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม IOC (index of item objective congruence) แล้วเลือกข้อคำถามที่มีดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.66 ขึ้นไป เพื่อพัฒนาและปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ จากนั้นนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงโดยสมบูรณ์แล้วไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลนอกออก อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มที่ทำการศึกษ จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)^[16] พบว่าแบบประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ.2ส. มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 สำหรับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสม รวมถึงความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ที่ศึกษา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณา จากนั้นปรับปรุงแก้ไข และพัฒนาให้สมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ในกระบวนการศึกษาวิจัยได้มีการจัดทำคู่มือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาอย่างครอบคลุม และได้จัดอบรมผู้ช่วยผู้วิจัยจำนวน 3 คน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของกระบวนการวิจัยให้ครบถ้วน เพื่อเป็นการปรับมาตรฐานในการเก็บข้อมูลในกระบวนการวิจัยให้มีความถูกต้องทั้งการสอบถามและการบันทึกข้อมูล จากนั้นจึงได้ประสานงานกับชุมชนเพื่อเตรียมความพร้อมและนัดหมายวันเวลาที่เหมาะสม รวมทั้งชี้แจงรายละเอียดของวัตถุประสงค์และกระบวนการวิจัยและขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลสำหรับการวิจัยและปฏิบัติการวิจัย โดยมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลทุกครั้งก่อนนำไปวิเคราะห์เพื่อสรุปผลการศึกษาต่อไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) นำเสนอด้วยการแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: S.D.)

4.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติ paired t-test นำเสนอด้วยค่า t และ p-value

5. จริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญกับหลักจริยธรรมในการวิจัย โดยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรายละเอียดขั้นตอนการทำวิจัยทุกอย่าง รวมถึงระยะเวลาในการเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้อย่างชัดเจน ซึ่งการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะไม่

ขัดต่อกฎหมายและศีลธรรมอันดีงามของไทย กลุ่มตัวอย่างสามารถที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตามความสมัครใจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการศึกษาผู้วิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมในเชิงวิชาการเท่านั้น โดยข้อมูลส่วนบุคคลจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับและทำลายหลักฐานทั้งหมดเมื่อสิ้นสุดกระบวนการวิจัย สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยเลขที่ KHE 2021-015 015 เมื่อวันที่ 8 เมษายน พ.ศ. 2565 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.62 เพศชาย ร้อยละ 9.38 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 48-59 ปี ร้อยละ 53.13 รองลงมา ได้แก่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50.00 และ 37-47 ปี ร้อยละ 21.87 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 71.87 รองลงมา ได้แก่ เป็นหม้าย หย่าร้างและแยกทางกัน ร้อยละ 21.87 ถัดมา คือ โสด ร้อยละ 6.25 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 37.50 รองลงมา ได้แก่ ระดับประถมศึกษา และระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 28.13 ถัดมา ได้แก่ ระดับอนุปริญาและระดับปริญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 3.13 และส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นผู้ใช้แรงงาน ร้อยละ 62.50 รองลงมา ได้แก่ เป็นแม่บ้านไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 18.75 ถัดมา ได้แก่ ค้าขาย หรือธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 12.50 และรับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 3.13

2. ระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.

ระดับคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 50.00 ส่วนหลังการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 53.113 ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. พบว่า ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 59.38 ส่วนหลังการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 65.62 ด้านการสื่อสารสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. พบว่า ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.38 ส่วนหลังการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 65.62 ด้าน การจัดการตนเองตามหลัก 3อ.2ส. พบว่า ก่อน การทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ย

อยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 56.24 ส่วนหลังการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 78.13 ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3อ.2ส. พบว่า ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.13 ส่วนหลังการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 87.50 และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. พบว่า ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.00 ส่วนหลังการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 62.50 ส่วนคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. พบว่า ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.78 ส่วนหลังการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 71.87 รายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 ระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ก่อนและหลังการทดลอง (n=32)

ด้าน	ระดับคะแนน	ก่อนทดลอง		หลังการทดลอง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ด้านสุขภาพ					
ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.	ต่ำ	16	50.00	3	9.33
	ปานกลาง	10	31.25	12	37.50
	สูง	6	18.75	17	53.13
	Mean/S.D.	3.41 + 1.39		4.66 + 0.94	
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.	ต่ำ	19	59.38	1	3.13
	ปานกลาง	13	40.62	10	31.25
	สูง	-	-	21	65.62
	Mean/S.D.	5.03 + 0.99		7.91 + 1.38	
การสื่อสารสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.	ต่ำ	8	25.00	-	-
	ปานกลาง	19	59.38	11	34.38
	สูง	5	15.62	21	65.62
	Mean/S.D.	9.75 + 1.52		11.94 + 1.41	

ตาราง 1 ระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ก่อนและหลังการทดลอง (n=32) (ต่อ)

ด้าน	ระดับคะแนน	ก่อนทดลอง		หลังการทดลอง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ต่อ)					
การจัดการตนเองตามหลัก 3อ.2ส.	ต่ำ	7	21.88	1	3.13
	ปานกลาง	18	56.24	6	18.75
	สูง	7	21.88	25	78.13
	Mean/S.D.	9.97 + 1.66	12.47 + 1.78		
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3อ.2ส.	ต่ำ	9	28.13	1	3.13
	ปานกลาง	17	53.13	3	9.37
	สูง	6	18.75	28	87.50
	Mean/S.D.	6.22 + 1.24	8.97 + 1.28		
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส.	ต่ำ	5	15.62	3	9.37
	ปานกลาง	16	50.00	9	28.13
	สูง	11	34.38	20	62.50
	Mean/S.D.	2.19 + 0.69	2.53 + 0.67		
พฤติกรรมสุขภาพ					
พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.	ต่ำ	2	6.25	-	-
	ปานกลาง	23	71.87	9	28.13
	สูง	7	21.88	23	71.87
	Mean/S.D.	21.66 + 2.66	24.34 + 1.58		

3. ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ก่อนและหลังการเข้าร่วมการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. พบว่า หลังการทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านต่าง ๆ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. พบว่า หลังการทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) รายละเอียดดังตาราง 2

ตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบระดับคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ก่อนและหลังการทดลอง (n=32)

ด้าน	การทดลอง	Mean	S.D.	Mean difference	95%CI	t	P-value
ความรู้ด้านสุขภาพ							
ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.	ก่อนการทดลอง	3.41	1.39	1.25	0.81-1.69	5.81	<0.001
	หลังการทดลอง	4.66	0.94				
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.	ก่อนการทดลอง	5.03	0.99	2.88	2.45-3.30	13.73	<0.001
	หลังการทดลอง	7.91	1.38				
การสื่อสารสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.	ก่อนการทดลอง	9.75	1.52	2.19	1.74-2.63	10.06	<0.001
	หลังการทดลอง	11.94	1.41				
การจัดการตนเองตามหลัก 3อ.2ส.	ก่อนการทดลอง	9.97	1.66	2.5	1.90-3.10	8.49	<0.001
	หลังการทดลอง	12.47	1.78				
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3อ.2ส.	ก่อนการทดลอง	6.22	1.24	2.75	2.35-3.15	15.05	<0.001
	หลังการทดลอง	8.97	1.28				
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส.	ก่อนการทดลอง	2.19	0.69	0.34	0.13-0.56	3.23	0.003
	หลังการทดลอง	2.53	0.67				
พฤติกรรมสุขภาพ							
พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.	ก่อนการทดลอง	21.66	2.66	2.68	1.62-3.75	5.14	<0.001
	หลังการทดลอง	24.34	1.58				

อภิปรายผลการวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกด้านมีคะแนนมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง โดยคะแนนด้านความรู้ความเข้าใจทางด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) เป็นผลมาจากการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับความรู้อันเป็นพื้นฐานที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ทำให้มีความรู้ที่ถูกต้องซึ่งนำไปสู่

การมีสุขภาพที่ดีตามหลัก 3อ.2ส. สำหรับด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3อ.2ส. พบว่า หลังการทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) เป็นผลมาจากการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับความรู้จากการอบรมเชิงปฏิบัติการ ทำให้มีความสามารถและรู้วิธีในการค้นหาข้อมูลทางด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ทันสมัย และรู้วิธีใน

การค้นหาข้อมูลทางด้านสุขภาพจนสามารถนำข้อมูลมาใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้อง สำหรับด้านการสื่อสารสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. พบว่า หลัง การทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) เป็นผลมาจากการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ได้ฝึกนำเสนอข้อมูลเพื่อเรียนรู้ตามหัวข้อต่าง ๆ รวมถึงได้มีโอกาสให้ข้อเสนอแนะและรับฟังข้อคิดเห็นจากผู้อื่นส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนทักษะการสื่อสารสูงขึ้นได้ส่วนด้านการจัดการตนเองตามหลัก 3อ.2ส. พบว่า หลังการทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ต้องทำตามหลัก 3อ.2ส. หลังการทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.003$) เป็นผลมาจากการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เข้าร่วมกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการ ได้ฝึกวิเคราะห์โดยใช้เหตุผลและมีการติดตามผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์อย่างต่อเนื่อง ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีเป้าหมายและสามารถวางแผนตนเองให้จัดการตนเองอย่างเหมาะสม และสามารถกำหนดทางเลือกที่ต้องใช้ในการตัดสินใจปฏิบัติตนเองอย่างเหมาะสมตามหลัก 3อ.2ส. โดยจะเห็นได้ว่าโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพมีส่วนช่วยทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ด้านต่าง ๆ ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา

ของ อำนวย เนียมหมื่นไว^[8] ซึ่งพบว่า โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสามารถเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ โดยเฉพาะด้านการตัดสินใจและการจัดการตนเอง ซึ่งเป็นผลมาจากการสร้างความตระหนักและทัศนคติที่ดีต่อการรับรู้ความเสี่ยงที่จะเกิดโรค รวมถึงการรับประทานอาหารที่ปลอดภัยและถูกต้องตามหลักโภชนาการ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉราวดี ศรีระศักดิ์^[17] ที่ได้พัฒนาโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพโดยประยุกต์ใช้แนวคิดจัดการตนเองตามแนวทางของ Ryan and Sawin^[18] เป็นเครื่องมือในการจัดกิจกรรมประกอบด้วยการสร้างความรู้ การตั้งเป้าหมายร่วมกับการวางแผนด้วยตนเอง การตัดสินใจ การวางแผนและการปฏิบัติ การประเมินตนเอง และการจัดการกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มทดลองยังมีคะแนนด้านการจัดการสุขภาพของตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$)

พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนสูงขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) เป็นผลมาจากการที่อาสาสมัครได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งได้ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองทำให้รู้ระดับความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ได้รับการอบรมเกี่ยวกับความรู้พื้นฐานที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ได้เข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการ ได้เข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ได้ฝึกนำเสนอข้อมูลเพื่อเรียน

รู้ตามหัวข้อต่าง ๆ รวมถึงได้มีโอกาสให้ข้อเสนอแนะและรับฟังข้อคิดเห็นจากผู้อื่น อีกทั้งยังได้ฝึกวิเคราะห์โดยใช้เหตุผล และมีการติดตามการดำเนินชีวิตผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์อย่างต่อเนื่องทำให้มีทักษะการสื่อสารที่ดีมีความสามารถและรู้วิธีในการค้นหาข้อมูลทางด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ทันสมัยจนสามารถนำข้อมูลมาใช้ในการตัดสินใจปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้อง สามารถวางแผนจัดการตนเองอย่างเหมาะสม จึงนำไปสู่ การปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องอันจะส่งผลให้เกิดการมีสุขภาพที่ดีได้สอดคล้องกับการศึกษาของอานวยนิยมหมื่นไวย^[8] ที่พบว่าโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ได้ อย่างชัดเจนโดยเฉพาะด้าน การควบคุมปริมาณอาหารซึ่งพบว่ามีระดับคะแนนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองตามแนวทางของญาติ รักษธรรม และคณะ^[19] ที่ได้มีกิจกรรมได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเอง ทั้งที่ประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จ รวมถึงการได้ชี้แนะแนวทางแก้ไข และแนวทางของ อัญชิสา ถาวรณ และกิ่งแก้ว ตำรวัย^[20] ที่มุ่งเน้นให้เกิดการคิดวิเคราะห์ตัดสินใจและตระหนักถึงสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา ซึ่งส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ วริษา กันบัวลา และคณะ^[21] ที่มุ่งเน้นการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานและขั้นปฏิสัมพันธ์ตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam, D.^[9-10] ที่เชื่อว่าเมื่อบุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพที่เหมาะสมจะเกิด

พฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามมา ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$)

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ มีส่วนช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีทักษะความรู้ความเข้าใจทางด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. ดีขึ้นกว่าเดิม จึงนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องอันจะส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสุขภาพที่ดีได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องซึ่งจะช่วยให้กลุ่มเป้าหมายมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนต่อไป

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามผลการศึกษาล้างการ จัดโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดทักษะและการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องอย่างยั่งยืน และการศึกษารายครั้งต่อไปควรเพิ่มกลุ่มควบคุมในการทดลอง เพื่อพัฒนาให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้รับความกรุณาอย่างสูงจากโรงพยาบาลปัทมราษฎร์จังหวัดนครราชสีมา

และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อยู่ในความรับผิดชอบของกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลปทุมธานี ผู้วิจัยขอขอบคุณที่ให้การสนับสนุน และเสียสละเวลาอันมีค่าเพื่อเข้าร่วมกระบวนการวิจัยจนการศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- [1] Sustainable Development Goals: SDGs. การขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย. [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 18 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://www.sdgmovement.com/2021/02/15/health-literacy-and-sdgs/>
- [2] ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และณฤมล ศรีเพชรศรี อุไร. ความฉลาดทางสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นิวธรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด; 2554.
- [3] กองโรคไม่ติดต่อ. จำนวนและอัตราการตายด้วย 4 โรค NCD ต่อประชากรแสนคน 100,000 คน ปี 2560-2564 จำแนกอายุ จังหวัด เขตสุขภาพ และภาพรวมประเทศ. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
- [4] กองโรคไม่ติดต่อ. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
- [5] สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. การสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2562. [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 18 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://www.hsri.or.th/research/detail/12679>
- [6] สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การประชุมปฏิบัติการขับเคลื่อนนโยบายพัฒนางานสาธารณสุขสร้างสุขภาพดีให้ประชาชนไทยอย่างยั่งยืน. [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 18 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://goodhealth.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/182959/>
- [7] กองสุกศึกษา. รายงานผลการประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
- [8] อำนวย เนียมหมื่นไวย. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30.2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนักจัดการสุขภาพชุมชน อำเภอบ้านเหลื่อม จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 2562; 4 (2): 78 – 92.
- [9] Nutbeam, D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International 2000; 15: 259 – 67.
- [10] Nutbeam, D. The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine 2008; 67(12): 2072 – 78.
- [11] กรมอนามัย. 30.2ส. รหัสป้องกันโรค. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
- [12] โรงพยาบาลปทุมธานี. ข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. นครราชสีมา: งานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลปทุมธานี; 2556.
- [13] Polit, D.F. and Beck, T.B. Nursing research Principles and methods. Philadelphia:

- Lippincott Williams and Wilkins; 2004.
- [14] กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แบบประเมิน ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม สุขภาพตาม 30.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี. นนทบุรี: กรม สนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวง สาธารณสุข; 2561.
- [15] กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือประเมิน ความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กไทย และเยาวชนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. กรุงเทพมหานคร: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
- [16] Cronbach, L.J. Essentials of psychological testing. (5th ed.). New York: Harper & Row; 1990.
- [17] อัจฉราวดี ศรีชะศักดิ์. การพัฒนาความรอบรู้ ด้านสุขภาพเพื่อจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่มี ภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูงใน บริบทคลินิกหมอครอบครัว กรณีศึกษาใน จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิจัยระบบ สาธารณสุข 2564; 15(2): 155 -73.
- [18] Ryan P. and Sawin, K.J. The individual and family self-management theory: background and perspectives on context, process, and outcomes. Nursing Outlook 2009; 57: 217-25.
- [19] ญาดารักรธรรมรัตน์วาลีดินวนพะเนาสุกัญญา ทะชั้น และคณะ. ผลของโปรแกรมความ รอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแล ตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลรังนก อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี 2563; 14(3): 129-48.
- [20] อัญชิสา ถาวรณ และกิ่งแก้ว สารวยริน. ประสิทธิภาพของโปรแกรมความรอบรู้ด้าน สุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลอรุณนิคม อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี 2565; 16(1): 65-77.
- [21] วิริษา กันบัวลา ฌชนก เอียดสุข และอาภรณ์ ดินาน. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่ มีไขมันในเลือดผิดปกติ. วารสารคณะ พยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2564; 29(3): 1 - 4.

บทความวิจัยต้นฉบับ :
การพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน
The Development of Self-care Program for Pregnant Women with
Gestational Diabetes Mellitus

สิวพร พานเมือง* อักษรานัฐ สุทธิประภา** และวิไลลักษณ์ เพ็ญพันธ์***
Sivaporn panmuang* Auksaranut sutthiprapa* and Wilailak phuakphan***
วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ****
Srimahasarakham nursing college Faculty of nursing Praboromarajchanok Institute *****
เบอร์โทรศัพท์ 09-0580-7950; E-mail: Auksaranut@smnc.ac.th*
วันที่รับ 9 มี.ค. 2566; วันที่แก้ไข 18 เม.ย.2566; วันที่ตอบรับ 6 มิ.ย.2566

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นโรคแทรกซ้อนทางอายุกรรมที่พบบ่อย และมีแนวโน้มสูงขึ้น เมื่อโรครุนแรงขึ้นจะส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกในครรภ์ จึงมีความจำเป็นที่หญิงครรภ์จะต้องควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองของหญิงที่มีภาวะเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มาจากครรภ์ที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน มกราคม 2565 – สิงหาคม 2565 จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการดูแลตนเองจากผู้วิจัยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ คู่มือการดูแลตนเองสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha

coefficient) เท่ากับ 0.86 แบบบันทึก ระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ (Independent t-test)

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง ($\bar{x} = 54.93$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 49.75$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.006$) กลุ่มทดลองมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ($\bar{x} = -29.80$) ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x} = -8.60$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.030$) ส่วนค่าระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน จากการศึกษาชี้ข้อเสนอแนะว่า โปรแกรมการดูแลตนเองสามารถนำไปใช้กับหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถดูแลตนเอง มีพฤติกรรมการควบคุมอาหารที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้

คำสำคัญ: เบาหวานขณะตั้งครรภ์; พฤติกรรมการดูแลตนเอง

Abstract

diabetes mellitus (GDM) is a common ageing complication and tends to increase. As the disease progresses, it affects the mother and fetus. Therefore, pregnant women must control their blood sugar levels to reduce potential effects. This research is quasi-experimental. That is to study the effects of developing a self-care program for women with diabetes. The sample consisted of women with gestational diabetes in Maternity care at Kalasin Hospital between January 2022 - August 2022, totalling 60 people. They were divided into 2 groups, 30 women in control group and 30 women in experimental group. The control group received standard nursing care. The experimental group received regular nursing care and a self-care program from the researcher. The instrument used in the experiment was a self-care manual for pregnant women with diabetes. The instrument used for data collection was the Pregnant Women's General Information Questionnaire and Self-Care Behavior Questionnaire. There was a confidence value (Cronbach's alpha coefficient) equal to 0.86 in the log blood glucose level. Data were analyzed by independent t-test.

The results showed that the experimental group had the mean scores of self-care behaviour compared to the control group after the experiment ($\bar{x} = 54.93$) significantly higher than the control group ($\bar{x} = 49.75$) ($p = 0.006$). The glycemic control (FBS) ($\bar{x} = -29.80$) decreased significantly more than the control group ($\bar{x} =$

-8.60) significantly ($p = 0.030$). The blood sugar level (HbA1c) between the experimental and control group was no different. The study suggest that Self-care programs could be used for women with gestational diabetes. So that pregnant women can take care of themselves and have appropriate food control behaviours. These can help reduce blood sugar levels.

Keywords : Gestational Diabetes Mellitus; Self-care Program

บทนำ

ในปัจจุบันภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus, GDM) นับว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมที่พบได้บ่อยในหญิงตั้งครรภ์และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยพบอุบัติการณ์ การเกิดโรคเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ (GDM) จากผลการสำรวจภาวะ เบาหวานของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (international diabetes federation) พบแนวโน้มสถิติการเกิดภาวะเบาหวานเพิ่มขึ้น ในปี ค.ศ. 2015-2517 มีผู้หญิงเป็นเบาหวานจากจำนวน 199.5 ล้านคนเพิ่มขึ้นเป็น 204 ล้านคน และคาดว่าในปีค.ศ. 2030 อาจมีจำนวนเพิ่มขึ้นถึง 313.3 ล้านคน^[1] ทั้งนี้มีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง จำนวน 20.9 ล้านคนหรือร้อยละ 16.2 โดยร้อยละ 85.1 วินิจฉัยว่าเป็นภาวะเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ (gestational diabetes) สำหรับสถานการณ์ประเทศไทย จากผลการสำรวจภาวะเบาหวานของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย พบว่า เบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่คุกคามสุขภาพคนไทยเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีความ ชุกของโรค

เบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 (พ.ศ. 2552) เป็นร้อยละ 8.9 (พ.ศ. 2557) มีผู้เป็นโรคเบาหวานได้รับการรักษาและควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียงร้อยละ 23.7 และมีแนวโน้มผู้เป็นเบาหวานสูงขึ้นเรื่อย ๆ หญิงที่เป็นเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานในอนาคต ร้อยละ 8.4 (ใน 8 ปี) เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เป็นเบาหวาน ร้อยละ 3.312 และทารกมีโอกาสดำเนินการคลอดจากแม่ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 14.35^[2] ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้เป็นเบาหวานไม่น้อยกว่า 4 ล้านคน ผลจากการศึกษาวิจัยที่หลากหลายในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบว่าภาวะเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์มีอุบัติการณ์สูงขึ้น

ภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ (diabetes mellitus in pregnancy) เป็นความผิดปกติของการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตเนื่องจากความไม่สมดุลระหว่างความต้องการและการสร้างจากภาวะคือต่ออินซูลินหรือการใช้อินซูลินของร่างกาย ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ มีการทำลายอินซูลินโดยรกและฮอร์โมนจากรก ซึ่งมีฤทธิ์ต้านอินซูลินทำให้เกิด การเผาผลาญภายในร่างกายผิดปกติ ในระยะตั้งครรภ์ช่วงไตรมาสแรก ฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนที่สร้างจากรกจะกระตุ้นให้มีการสร้างอินซูลินเพิ่มขึ้น ทำให้ระดับน้ำตาลลดลง ส่วนในไตรมาสที่สองและสามของการตั้งครรภ์จะมีการหลั่งฮอร์โมนเพิ่มอีกหลายตัว ได้แก่ Human placental lactogen : (HPL) คอร์ติโซล (cortisol) โปรแลคติน (prolactin) ฮอร์โมนเหล่านี้จะทำให้เกิดการต่อต้านอินซูลิน ลดความทนต่อกลูโคส ทำให้มารดามีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง^[3] นอกจากนั้นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคเบาหวานต่อไปได้ในระยะหลังคลอด

และการศึกษา พบว่าร้อยละ 5 เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ภายหลังมาตรวจ 6 สัปดาห์หลังคลอด และยังเพิ่มความเสี่ยงให้ทารกในครรภ์มีโอกาสเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ในอนาคต^[4] นอกจากนี้ผลกระทบโดยตรงของโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ทำให้เกิดผลกระทบทั้งต่อมารดา และทารก โดยผลกระทบต่อมารดาได้แก่ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ครรภ์แฝด น้ำหนักการติดเชื้ของระบบทางเดินปัสสาวะ การคลอดยาก การตกเลือดหลังคลอด และการคลอดก่อนกำหนด ผลกระทบต่อทารก และทารกในครรภ์ ได้แก่ ทารกพิการแต่กำเนิด ทารกตัวโต ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำแรกเกิด ภาวะbilirubinในเลือดสูงภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ กลุ่มอาการหายใจลำบากแรกเกิด และภาวะตายคลอด^[5] ถือว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนอันตรายที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ หากหญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรองและการวินิจฉัยโรคเบาหวานตั้งแต่วะระยะแรกของการตั้งครรภ์ จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลที่ถูกต้องและสามารถรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติตลอดการตั้งครรภ์ ลดผลกระทบ หรืออันตรายดังกล่าวที่จะเกิดขึ้นได้ สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติแนะนำการตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์โดยการเจาะเลือดตรวจหาระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเฉลี่ย 3 เดือนที่ผ่านมา เรียกว่า ฮีโมโกลบินเอวันซี (hemoglobin A1C / HbA1C) ค่าปกติต่ำกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 6.5 และตรวจระดับน้ำตาลในพลาสมาหลังการอดอาหารและเครื่องดื่มอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (fasting plasma glucose) ตั้งแต่มาฝากครรภ์ครั้งแรก^[6] ซึ่งมีการตรวจคัดกรอง 2 แบบ คือ 1) การคัดกรองในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย

และ 2) การคัดกรองเฉพาะผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ เชื้อชาติอายุ 35 ปีขึ้นไป น้ำหนักเกินหรืออ้วน มีประวัติหลอดเลือดหัวใจ มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือเป็นเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยหากมีการคัดกรองซ้ำในช่วงอายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ด้วยวิธี “one-step” ซึ่งเป็นการทำการ ตรวจครั้งเดียวโดยใช้ การใช้ 75 กรัม OGTT หรือ “two-step” ซึ่งจะใช้ การตรวจคัดกรองด้วย 50 กรัม Glucose challenge test แล้วตรวจยืนยันด้วย 100 กรัม OGTT นอกจากนั้น หญิงตั้งครรภ์เผชิญการตรวจวินิจฉัยที่เพิ่มขึ้นกว่า หญิงตั้งครรภ์ทั่วไป เช่น การตรวจคลื่นเสียงความถี่ สูง การตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ การเจาะเลือด เพื่อประเมินระดับน้ำตาล เป็นต้น หญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ต้องเผชิญกับ สถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยไม่มีประสบการณ์และ ไม่เคยเผชิญมาก่อนในขณะตั้งครรภ์ ดังนั้นจึงมี ความจำเป็นที่พยาบาลต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน หรือลดความรุนแรงของโรค การดูแลสุขภาพของ หญิงตั้งครรภ์ต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง และมี ระยะเวลายาวนาน เป้าหมายการดูแลจึงจะมีความ สำเร็จการที่มีความสำเร็จในการดูแลสุขภาพของ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน หลักการสำคัญ ในการดูแลเพื่อให้เกิดความสำเร็จได้แก่ การปรับ พฤติกรรมสุขภาพให้มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ของตนเอง การควบคุมอาหาร กิจกรรมประจำวัน และการออกกำลังกาย ต้องอาศัยการจัดการภาวะ เบาหวานด้วยตนเองอย่างเหมาะสม จึงจะสามารถ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ จาก การศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแล ตนเองของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถควบคุมระดับ

น้ำตาลในเลือดได้ เกิดจากมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะ เบาหวานไม่ถูกต้อง ไม่ได้รับคำแนะนำให้ตระหนัก ถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง ไม่เคร่งครัดใน การควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย ซึ่งเป็น ปัญหาเกี่ยวกับการจัดการทางการแพทย์หญิงตั้งครรภ์ จึงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนให้มีความรู้ความ สามารถในการจัดการตนเองให้ดี ทั้งด้านการรับ ประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้าน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้เกิดเป็น การปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะส่งผล ให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ และ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของภาวะเบาหวานขณะ ตั้งครรภ์ได้ การดูแลตนเอง เป็นแนวคิดสำคัญที่ ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์สามารถจัดการตนเอง เพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ อาจเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้ความสำคัญกับบทบาทของบุคลากรด้านสาธารณสุขใน การสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ ที่เน้นการประเมินความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรม การให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงกับปัญหาและประโยชน์ ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การตั้งเป้าหมาย ร่วมกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การอภิปราย ปัญหา/อุปสรรค และการวางแผน การติดตามซึ่ง แนวทางการปฏิบัติดังกล่าวเป็นไปตามรูปแบบ การดูแลตนเองสอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์ อูงทอง ทิพมาส ชิมวงศ์ และเพลินพิศ ฐานิวัฒนา นนท์^[7] ที่พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุน การจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวาน มีพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ ได้รับโปรแกรม และการศึกษาในกลุ่มผู้ที่มีภาวะ เมตาบอลิกซินโดรม มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มี

ภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ เป็นการปฏิบัติแผน การดำเนินชีวิต เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์มีสุขภาพที่ดีได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการรับประทานยาพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย และพฤติกรรมด้านการดูแลรักษาต่อเนื่อง ซึ่งหากหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ก็ยังส่งเสริมให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ได้มากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาถึงปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้และการดูแลภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมป้องกัน และการให้การพยาบาลแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ได้อย่างเหมาะสม อันจะส่งผลให้ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ดังนั้นการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองจึงเป็นกระบวนการที่มีผลต่อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลส่งผลให้มีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยเชื่อว่า หากหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุน การดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยการประเมินปัญหาที่มีผลต่อการจัดการตนเอง การให้ข้อมูล และฝึกทักษะการจัดการตนเอง การตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองการวางแผน การจัดการตนเอง และการได้รับการติดตามปัญหาหรืออุปสรรคและแนวทางการแก้ไขจะส่งผลให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์และทารกทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด อันจะส่งผลให้คลายความวิตกกังวล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งของ

หญิงตั้งครรภ์ ครอบครัวและประเทศชาติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานเพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการพยาบาลเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน ระหว่างก่อนและหลังเข้าโปรแกรม
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ของหญิงของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

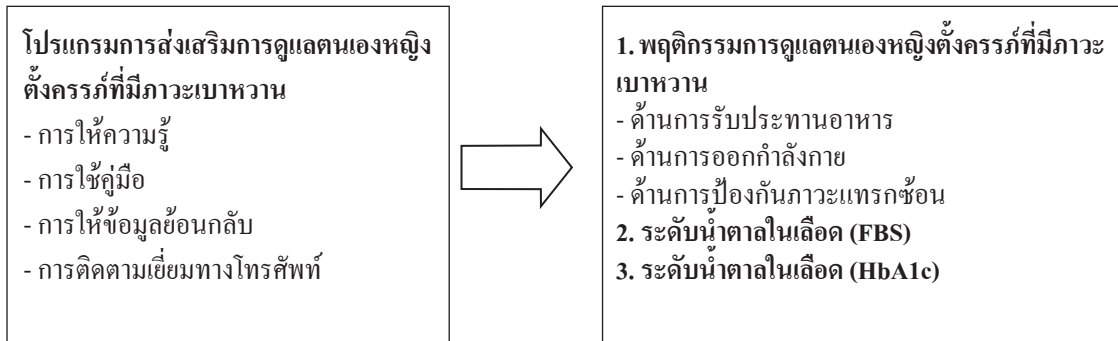
1. คะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานก่อนเข้าโปรแกรม มีระดับคะแนนต่ำกว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม
2. ระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานระหว่างกลุ่มที่เข้าโปรแกรม มีระดับปกติต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. ระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานหลังเข้าโปรแกรมมีระดับปกติต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ 24-26 สัปดาห์ที่มาใช้บริการการฝากที่คลินิกฝากครรภ์

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะเบาหวานชนิด A1 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม ได้แก่ ตกเลือดก่อนคลอด เจ็บครรภ์คลอดก่อน และคลอดก่อนกำหนด จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (self-efficacy theory) ของเบนคูรา^[8] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน โดย Bandura มีแนวคิดว่าการเกิดพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากปฏิสัมพันธ์กันระหว่างปัจจัย 3 ประการ คือ (1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล (internal personal Factors: P) ได้แก่ ความคิด ความรู้สึก การรับรู้ ความเชื่อต่อพฤติกรรมนั้น (2) ปัจจัยด้านพฤติกรรม (Represent Behavior: B) คือ การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน (3) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม (External Environment: E) คือ สภาพแวดล้อมสังคมบทบาทในสังคมซึ่งทั้ง 3 ปัจจัยนี้มีลักษณะที่ส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อบุคคลใน

การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้จากแหล่งสนับสนุน 4 แหล่ง คือ (1) การชักจูงด้วยคำพูด โดยการจัดกิจกรรม การให้ความรู้รายกลุ่ม (2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ ด้วยการแจกคู่มือและวีดิทัศน์ให้เป็นสื่อประกอบ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เรียนรู้จากการได้เห็นตัวแบบ (3) การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเองการเข้าร่วมกิจกรรมการให้ข้อมูลย้อนกลับจากพฤติกรรมการดูแลตนเองตามรายการบันทึก (4) สภาวะทางกายและอารมณ์ ผ่านกิจกรรม การพูดคุยแลกเปลี่ยนการให้กำลังใจ การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เมื่อหญิงตั้งครรภ์ได้รับกิจกรรมดังกล่าวสามารถส่งเสริมให้มีการดูแลตนเองที่ดีได้ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดปกติ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้พัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน เพื่อนำสู่การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์

ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) โดยมีกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบและมีการวัดก่อนและหลังการทดลอง

2. ประชากรกลุ่มและกลุ่มตัวอย่าง

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน ที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 60 คน ประกอบด้วย กลุ่มควบคุมหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 30 คน กลุ่มทดลองหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 30 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง

คุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง

1. อายุครรภ์ตั้งแต่ 24 – 26 สัปดาห์
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะเบาหวานชนิด A1

3. ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การมองเห็น การพูด สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย

4. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เกณฑ์การคัดออก มีดังนี้

1. มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมได้แก่ตกเลือดก่อนคลอด เจ็บครรภ์คลอดก่อน และคลอดก่อนกำหนดที่การศึกษาจะสิ้นสุด

2. ไม่สามารถ เข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มทดลองได้จนครบตามแผน

ผู้วิจัยจับคู่ (matching)

กลุ่มควบคุมและกลุ่ม ทดลอง ให้มีลักษณะ

คล้ายคลึงกันด้าน อายุ (แตกต่างกันได้ไม่เกิน 5 ปี) อายุครรภ์ (แตกต่างกันได้ไม่เกิน 2 สัปดาห์) และค่าดัชนีมวลกายกลุ่มเดียวกัน เลือกกกลุ่ม ตัวอย่าง 30 รายแรกเป็นกลุ่มทดลอง และอีก 30 ราย เป็นกลุ่มควบคุม

สถานที่เก็บข้อมูลในการวิจัย

คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

วิธีการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตทำการวิจัยในมนุษย์ต่อโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

2. ทำหนังสือขออนุญาตโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยด้วยตนเอง และมีผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการเตรียมในการเก็บข้อมูล ด้วยแบบสอบถาม และระดับน้ำตาล ในเลือดโดยไม่รู้ตัว ตัวอย่างอยู่กลุ่มใดเพื่อลดความลำเอียงการดำเนินการมี ขั้นตอนดังนี้

1. ภายหลังจากการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาล และการได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยพบหัวหน้าพยาบาลและหัวหน้าแผนกฝากครรภ์เพื่อแนะนำตัวเอง และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย ขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยจากคะแนน

3. กลุ่มตัวอย่าง 30 รายแรกจัดไว้ในกลุ่ม

ควบคุม และอีก 30 รายที่มี การจับคู่ให้คล้ายคลึงกับกลุ่มควบคุมจัดไว้ในกลุ่มทดลอง ภายหลังจากเก็บข้อมูลในกลุ่ม ควบคุมครบแล้ว

4. กลุ่มควบคุม ดำเนินการ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือด และให้ตอบแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จากนั้นนัดสัปดาห์ที่ 3 ของการวิจัย ซึ่งตรงกับวันนัดตรวจตามแผนการรักษา

สัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือด จากนั้นนัดพบในสัปดาห์ที่ 5 ของการวิจัย ซึ่งตรงกับวันนัดตรวจตามแผนการรักษา

สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือด

สัปดาห์ที่ 7 ผู้วิจัยบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS , HbA_{1c}) แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

จากนั้นให้โปรแกรมการให้ความรู้และการฝึกผ่อนคลายพร้อมทั้งแจกคู่มือโรคเบาหวานในขณะ ตั้งครรภ์และวิถีทัศนัยการฝึกผ่อนคลาย และตอบข้อซักถามรวมทั้งแจ้งให้ทราบ ว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง

5. กลุ่มทดลองจัดเป็นกลุ่มๆ ละ 6 คน รวมทั้งหมด 5 กลุ่ม ดำเนินการ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัย บันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS , HbA_{1c})และให้ตอบแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จากนั้นผู้วิจัย ดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมการสอนครั้งที่ 1 ที่ห้องสอนสุขศึกษา โดยมีเนื้อหาเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ครอบคลุม ความหมาย การตรวจวินิจฉัย การรักษา

และติดตามผลการรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลตนเอง และแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติและบันทึกตารางอาหารประจำวัน และการออกกำลังกายแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบว่าผู้วิจัยจะโทรศัพท์ ไปสอบถามเกี่ยวกับการบันทึกข้อมูลสัปดาห์ละครั้ง และแจกคู่มือและวิถีทัศนัยให้เป็นสื่อประกอบและ ทำการนัดพบครั้งต่อไปอีก 2 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัย ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม การสอนครั้งที่ 2 โดยมีเนื้อหาครอบคลุม การดูแลตัวเอง ด้านการควบคุมอาหาร การจัดรายการอาหาร และการออกกำลังกาย จากนั้นผู้วิจัยช่วยบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือด แจ้งให้กลุ่มตัวอย่าง รับทราบว่าผู้วิจัยจะโทรศัพท์ สอบถามสัปดาห์ละครั้ง นัดพบครั้งต่อไป อีก 2 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัย ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม การสอนครั้งที่ 3 โดยมีเนื้อหาครอบคลุมการออกกำลังกายที่เหมาะสม ขั้นตอนการออกกำลังกาย อาการผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้น การป้องกันภาวะแทรกซ้อน นัดพบครั้งต่อไปอีก 2 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 7 ผู้วิจัยบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS, HbA_{1c}) จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง และแสดงความขอบคุณ

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ดำเนินการวิจัย ได้แก่

1. คู่มือการดูแลตนเองแบบมีส่วนร่วมของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน มีการตรวจความ

ตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 3 ท่าน สูตินรีแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการวัดประเมินผล 1 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI)

2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย จำนวนการตั้งครรภ์ อายุ ระดับน้ำตาลก่อนและหลังรับประทานอาหาร ระดับการศึกษาภาวะแทรกซ้อน น้ำหนัก

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นเบาหวาน (Diabetes Self-Management Questionnaire-Revised [DSMQ-R]) ของ Boonsatean^[9] แบ่งออก เป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 7 ข้อ ด้านการออกกำลังกายจำนวน 2 ข้อและด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจำนวน 6 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามทางบวก จำนวน 11 ข้อ และข้อคำถามทางลบจำนวน 4 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัติบ้าง ปฏิบัติมาก และปฏิบัติมากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการไม่ดีและคะแนนรวมมาก หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการดี มีการตรวจความตรงตามเนื้อหา (reliability) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลมารดาทารกและ

การผดุงครรภ์ 3 ท่าน สูตินรีแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการวัดประเมินผล 1 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) และหาค่าความเชื่อมั่น ของเครื่องมือโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha's coefficient)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม และจากคณะกรรมการการพิจารณา จริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ หนังสือได้รับอนุมัติเลขที่ 02-2565 ลงวันที่การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการโดยแนะนำตัว อธิบายรายละเอียดของการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างอ่าน เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย พร้อมทั้งขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะ ปฏิเสธการให้ข้อมูล การปฏิเสธไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษา โดยข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเมื่อได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างแล้ว จึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลและใช้สถิติดังนี้ ค่าเฉลี่ย (mean) ร้อยละ (percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และการทดสอบค่าที (t – test dependent)

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที (t – test dependent)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 18-42 ปี จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.66 มีอาชีพ แม่บ้าน ร้อยละ 46.66 รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 60 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว และครอบครัวขยายเท่ากัน BMI ก่อนตั้งครรภ์มากกว่าเกณฑ์ร้อยละ 86.66 ตั้งครรภ์เป็นครรภ์หลัง ร้อยละ 80 ตรวจพบเบาหวานเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 24 สัปดาห์ ร้อยละ 33.33 มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นเบาหวาน ร้อยละ 86.66 เคยคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม ร้อยละ 13.34 ส่วนกลุ่มควบคุม มีอายุระหว่าง 18-42 ปี จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 35 ประกอบอาชีพแม่บ้าน เกษตรกร และ

ค้าขาย ร้อยละ 25 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 40 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว BMI ก่อนตั้งครรภ์มากกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 86.66 ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่ ตั้งครรภ์เป็นครรภ์หลัง ร้อยละ 75 ตรวจพบเบาหวานเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 24 สัปดาห์ ร้อยละ 60 มีประวัติ บุคคลในครอบครัวเป็นเบาหวาน ร้อยละ 55 และไม่เคยมีประวัติคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม

2. คะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาหารของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อทดสอบทางสถิติ ด้วยค่าที (t-test dependent) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาหาร หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.006$) ดังตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน หลังการทดลองระหว่าง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน					
กลุ่ม	n	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value
กลุ่มควบคุม	30	49.75	5.00	2.64	0.006
กลุ่มทดลอง	30	54.93	6.60		

3. ระดับ FBS ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อทดสอบทางสถิติด้วยค่าที (t-test) พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าระดับ FBS ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.030$) ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบระดับ FBS ก่อน - หลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)							
กลุ่ม	n	$\bar{x}$ (Pre)	$\bar{x}$ (Post)	$\bar{x}$ (ลดลง)	S.D.	t	p-value
กลุ่มควบคุม	30	121.20	112.60	-8.60	37.57	1.939	0.030
กลุ่มทดลอง	30	123.93	94.13	-29.80	22.35		

ระดับ HbA1c ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อทดสอบทางสถิติด้วยค่าที (t-test) พบว่าค่าระดับ HbA1c ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน ดังตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบระดับ HbA1c ก่อน-หลัง การทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c)							
กลุ่ม	n	$\bar{x}$ (Pre)	$\bar{x}$ (Post)	$\bar{x}$ (ลดลง)	S.D.	t	p-value
กลุ่มควบคุม	30	6.71	6.68	0.03	1.61	-0.387	0.351
กลุ่มทดลอง	30	6.86	6.66	0.20	1.85		

การอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า เป็นตามสมมุติฐาน คือ (1) คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานก่อนเข้าโปรแกรมมีระดับคะแนนต่ำกว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม (S.D. = 5.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (2) ระดับน้ำตาลในเลือด (fasting blood sugar) ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานระหว่างกลุ่มที่เข้าโปรแกรม มีระดับปกติต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (S.D. = 37.57) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (3) ระดับน้ำตาลในเลือด (HbA_{1c}) ของหญิงของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานหลังเข้าโปรแกรมมีระดับปกติต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (S.D. = 1.61) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อธิบายผลการวิจัย ดังนี้

1. การส่งเสริมให้หญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองมีคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาหารหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมการที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาล เพื่อแก้ไขข้อบกพร่องของตนเองด้วยวิธีกระทำให้ การชี้แนะ การสอน การสนับสนุน ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง โดยเริ่มจากการประเมินปัญหาในการดูแลตนเอง ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์รู้จักปัญหาของตนเอง แล้วนำปัญหานั้นมาวางแผน กำหนด

เป้าหมายร่วมกับผู้วิจัย เพื่อใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมอาหารให้ถูกต้องเหมาะสม และช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ปัญหาอุปสรรคโดยการจัดกิจกรรมแบบกลุ่ม เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นการดูแลตนเองการรับประทานอาหารการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับ การการศึกษาของอังคณา ชูชนันน้ำอ้อย ภักดีวงศ์ และวารินทร์ บินโฮเซ็น^[10] พบว่าหญิงที่เป็นเบาหวานจากการตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานทำให้หญิงตั้งครรภ์ทราบปัจจัยเสี่ยง อาการแสดงของโรค ผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนรวมถึงการรักษา ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์รู้ว่าควรจะทำและปฏิบัติตัวอย่างไรให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อช่วยลดผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้^[11]จากการจัดโปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยการให้ความรู้ทั้งรายกลุ่ม และรายบุคคล เรื่องการควบคุมอาหาร ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เลือกรับประทานอาหารได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมตามปริมาณความต้องการของร่างกายในแต่ละวัน^[12] หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวานจัด ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะให้ความรู้เป็นรายบุคคล ซึ่งการสอนเป็นรายบุคคลจะทำให้ทราบปัญหาที่แท้จริงของแต่ละ

บุคคล สามารถให้ความรู้หรือคำแนะนำตรงกับ ปัญหาและความต้องการของแต่ละบุคคล ช่วยให้ หญิงตั้งครรภ์แก้ไข ปัญหา และมีพฤติกรรม การควบคุมอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม การสอนและ การให้กำลังใจ และกล่าวชมเชยเมื่อหญิงตั้งครรภ์ ปฏิบัติได้ ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความมั่นใจ การให้ความรู้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะ ตั้งครรภ์ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติตัวได้อย่างถูก ต้อง^[13] เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การสอนนับและบันทึกลูกคืบ ช่วยป้องกัน ทารกตายในครรภ์ ซึ่งเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้น ได้ในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน การแจกคู่มือ การดูแลตนเองสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ได้อ่านทบทวนความรู้เรื่อง อาหาร และการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของพัชร จันทอง^[14]พบว่า การให้ความรู้ และการให้คู่มือการควบคุมอาหารและระดับ น้ำตาลในเลือด ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบา หวานมีพฤติกรรมควบคุมอาหารที่เหมาะสม สามารถจัดแบ่งมื้ออาหารและสัดส่วนของปริมาณ อาหารได้ดีขึ้นนอกจากนั้นการติดตามเยี่ยมทาง โทรศัพท์เป็นการกระตุ้นเตือนให้หญิงตั้งครรภ์ ตระหนักถึงเป้าหมายของการควบคุมอาหารและ ระดับน้ำตาลในเลือด และเปิดโอกาสให้ปรึกษา ปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การดูแลตนเอง โดยผู้วิจัยให้คำแนะนำตามปัญหาของแต่ละบุคคล และกล่าวชมเชยเมื่อหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรม การควบคุมอาหารที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการ ศึกษาของนันนภัส พิระพุดพิงศ์ และคณะ^[15] ที่พบว่า การติดตามชี้แนะสนับสนุนให้กำลังใจ และให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่อแก้ไข ปัญหา ทำให้ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ดูแลตนเองได้ดีขึ้น

เลือกปริมาณอาหารที่จะรับประทานได้เหมาะสม กับความต้องการของตนเอง โปรแกรมการดูแล ตนเองที่กล่าวมาข้างต้นส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มี พฤติกรรมการควบคุมอาหารดีขึ้น และควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดได้^[16] ซึ่งสนับสนุนกรอบ แนวคิดของแบนดูรา^[8] ที่กล่าวว่า การการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อบุคคลใน การปฏิบัติ พฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคล โดยบุคคลนั้น จะกระทำอย่างมีเป้าหมาย ประเมิน และตัดสินใจ เลือกกิจกรรมที่จะกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ ตนเองดำรงไว้ซึ่งชีวิต และความเป็นอยู่ที่ดี ทำให้ ระดับน้ำตาลในเลือด FBS และ HbA1c ของหญิง ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรม การดูแลตนเอง หลังการทดลองลดลงมากกว่ากลุ่ม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ เป็นไปตามสมมุติฐาน อธิบายได้ว่าการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารให้ถูกต้อง และเหมาะสมช่วยลดระดับ FBS สอดคล้องกับ การศึกษาของ เวรูกา พรกฤษ และสร้อย อนุสรณ์ ชีรกุล^[17]พบว่า การให้ความรู้ และการควบคุม อาหารทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานชนิดพึ่ง อินซูลินควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี

2. การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง โดย การฝากครรภ์ตามนัดและการติดตามเยี่ยมทาง โทรศัพท์หลังการเข้าโปรแกรม การโทรศัพท์ ติดตามเยี่ยม ช่วยส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มั่นใจ ในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น สามารถปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเองได้ถูกต้อง ช่วยส่งเสริมการปฏิบัติ ตัวที่ถูกต้องของหญิงตั้งครรภ์ขณะอยู่ที่บ้าน การโทรศัพท์โดยการสอบถามปัญหา และร่วมกัน แก้ไขปัญหา พุดคุย ชักจูงให้กำลังใจ ให้ข้อมูล ชี้แนะปัญหาที่พบการกระตุ้นติดตามอย่างต่อเนื่อง

ทำให้หญิงตั้งครรภ์มั่นใจในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การติดตามเยี่ยมยังทำให้เกิดความตระหนักและพยาบาลที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสอดคล้องกับการศึกษาของ วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดี สุรินทร์ ยังวนิชเศรษฐ และโสเพ็ญ ชูนวน^[18] พบว่า โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนโดยมีกิจกรรมการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุปผล กิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมการดูแลตนเองตามแนวคิดของเบนคูรา^[8] ทั้งการให้ความรู้ มีคู่มือและสื่อการสอนประกอบการดูแลตนเอง และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่อง การให้ความรู้ซ้ำอีกครั้งในวันกลับบ้าน และมีคู่มือที่รวบรวมรายละเอียดทั้งหมดเกี่ยวกับการดูแลตนเองนำกลับไปทบทวนเมื่อกลับบ้าน ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการเรียนรู้มีความรู้เพิ่มขึ้น ที่ถูกต้องสามารถดูแลตนเองได้และมีการรับรู้การปฏิบัติตัวในทางที่ถูก จนทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองในทางที่ดีขึ้น เนื่องจากโปรแกรมที่จะสามารถส่งเสริมให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม บุคคลนั้นต้องมีการรับรู้ก่อน เมื่อมีการรับรู้ที่ดี ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ข้อเสนอแนะ

ด้านการพยาบาล

1. ควรนำโปรแกรมการดูแลตนเองไปใช้ใน

การดูแลหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อส่งเสริมให้หญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีพฤติกรรมควบคุมอาหาร ที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งจะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ดีขึ้น

2. ควรศึกษาติดตามระดับ HbA1c อย่างน้อย 3 เดือน เพื่อติดตามประเมินระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างแม่นยำ และสามารถบ่งบอกได้ว่าหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ควบคุมอาหารได้ดีหรือไม่ และควรติดตามเป็นระยะ เพื่อจะได้กระตุ้นเตือนให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมควบคุมอาหาร ที่ถูกต้องเหมาะสม จะได้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ดีขึ้น

ด้านการศึกษา

1. อาจารย์พยาบาลควรนำโปรแกรมไปใช้ประกอบการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ในเนื้อหาเกี่ยวกับการวางแผนการพยาบาล หญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อให้นักศึกษานำไปใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างเหมาะสม

ด้านการทำวิจัย

1. ควรมีการศึกษาการวิจัย โดยเพิ่มการวัดผลก่อนการทดลอง และมีการติดตามผลลัพธ์ในระยะยาว ทั้งพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือดของมารดาหลังคลอด และน้ำหนักของทารกแรกเกิด

2. ควรมีการศึกษาการวิจัย ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์อื่น ๆ เช่น กลุ่มที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ได้รับการรักษาโดยใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด โดยเพิ่มการสนับสนุนการจัดการตนเองตามปัญหาที่พบในแต่ละกลุ่ม

เอกสารอ้างอิง

- [1] สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. หนังสือแนวทางเวชปฏิบัติโรคเบาหวาน 2560. ร่มเย็นมีเดียจำกัด; 2560.
- [2] สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. สถิติเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์. [ออนไลน์]. (2565). [สืบค้นเมื่อวันที่ 5 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://www.idf.org/our-activities/care-prevention/gdm.html>
- [3] ปิยฉัตร ปธานราษฎร์. ประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลระยอง. วารสารวิชาการโรงพยาบาลระยอง 2565; 20(37) : 1 – 12.
- [4] ปราณี สุวัฒนพิเศษ. ประสิทธิผลของแนวทางปฏิบัติการคัดกรองโรคเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพนครสวรรค์ [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558 .
- [5] ชญาดาเนตรกรกระจำง. การเสริมเสริมสร้างความเข้มแข็งในการจัดการภาวะเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์. วารสารศูนย์การแพทย์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า 2562; 36(2); 68 – 77.
- [6] กฤษณี สุวรรณรัตน์. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์[วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี : มหาวิทยาลัยบูรพา; 2562 .
- [7] ศิริลักษณ์ กุทอง ทิพมาส ชิมวงศ์ และเพลินพิศฐานิวัฒนานนท์. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม จากเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2558; 35(1); 67 – 84.
- [8] Bandura, A. Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York: W.H. Freeman; 1997.
- [9] Boonsatean W. Living with type 2 diabetes in a Thai population: Experiences and socioeconomic characteristics [Dissertation]. Malmö: Malmö University; 2016.
- [10] อังคณา ชูชื่น น้ำอ้อย รักดีวงศ์ และวารินทร์ บินโฮเซ็น. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดในหญิงที่เป็นเบาหวานจากการตั้งครรภ์. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2557; 32 : 60 – 7.
- [11] Bahram, M., Azar, T., Roya, S., Seideh Fateme, M., & Ahmadrza, S. Self-management Intervention Program Based on the Health Belief Model (HBM) among Women with Gestational Diabetes Mellitus: A Quazi-Experimental Study. Intervention Based on Health Belief Model and Gestational Diabetes 2019; 22(4): 168 – 73.

- [12] Juan, J., & Huixia, Y. Prevalence, Prevention, and Lifestyle Intervention of Gestational Diabetes Mellitus in China. *Interntional Journal of Environmental Research and Public Health* 2020; 17(95): 1 – 14.
- [13] Shepherd E., Gomersall JC., Tieu J., Han S., Crowther CA., & Middleton P. Combined diet and exercise interventions for preventing gestational diabetes mellitus. [Online]. (2017). [cited 5 September 2022]. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6485974/pdf/CD010443.pdf>
- [14] พัชร จันทอง. ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรม การควบคุมอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ* 2557; 37: 51 – 9.
- [15] นันทภัส พิระพุดพิงศ์ น้าอ้อย ภักดีวงศ์ และอาภาพร นามวงศ์พรหม. ผลของโปรแกรมการจัดการ ตนเองต่อความรู้ กิจกรรม การดูแลตนเอง และค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารสมาคมพยาบาลสาขาภาควิชาตวันออกเฉียงเหนือ* 2555; 30: 98 – 105.
- [16] Jose Alberto, LA., Maria, GB., Joseba Aingerun, RS., Ana Isabel, CC., & Juan Manuel, CT. Physical Activity Programs during Pregnancy Are Effective for the Control of Gestational Diabetes Mellitus. *Interntional Journal of Environmental Research and Public Health* 2020; 17(51): 1 – 14.
- [17] เวรกา พรภุณา และสร้อย อนุสรณ์ชีรกุล. ผลของโปรแกรม ต่อความรู้ การควบคุมระดับน้ำตาล และการกลับมารักษารักษาของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน. *ศรีนครินทร์เวชสาร* 2560; 32 : 135 – 42.
- [18] วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดี สุนันทายังวนิชเศรษฐ และโสเพ็ญ ชูนวน. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมรับประทานอาหารและการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ที่เบาหวาน . *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้* 2562; 6(1) : 39 – 50.

บทความวิจัยต้นฉบับ :

ผลกระทบของการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมาตรการของจังหวัดนครราชสีมา
ต่อการเข้ารับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

Impact of the Coronavirus Disease 2019 Outbreak and Measures of Nakhon Ratchasima
Province on Access to Medical Services in Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

อติคม สงวนตระกูล

Atikom Sa-Ngountrakul

กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

Outpatient Department Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

เบอร์โทรศัพท์ 08-7961-4765; E-mail : kofnight19@gmail.com

วันที่รับ 9 มี.ค.2566; วันที่แก้ไข 7 เม.ย. 2566; วันที่ตอบรับ 6 มิ.ย. 2566

บทคัดย่อ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปลายปี 2562 มีผู้เสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั่วโลก รวมทั้งสิ้น 3.8 ล้านคน ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สะสมรวม 176 ล้านคนทั่วโลก ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบในมิติอื่น ๆ เช่น ด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในส่วนของผู้ให้และผู้เข้ารับบริการทางการแพทย์ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนากลุ่มประชากรที่ศึกษาคือผู้ให้บริการและผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อในเขตพื้นที่ 6 อำเภอ ของจังหวัดนครราชสีมา ที่มีนัดเข้ารับบริการกับทางโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ให้บริการมีการลดจำนวนวันให้บริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีการปรับตัวโดยใช้เทคโนโลยีสื่อสาร การรับยาที่ไม่ต้องมาคลินิก เพิ่มการส่งต่อผ่านสายด่วนเบาหวาน การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและบันทึกข้อมูลมีการทำกิจกรรมร้อยละ 50-75 สำหรับผู้รับบริการพบว่า มีการปรับตัวอย่างมากในการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (ช่วงระบารอบที่ 1 ร้อยละ 60.4 ,ช่วงระบารอบที่ 2 ร้อยละ 43.5) มีการนัดเหลือเวลาและขยายเวลานัดผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ดีให้นานขึ้น (ช่วงระบารอบที่ 1 ร้อยละ 44.5, ช่วงระบารอบที่ 2 ร้อยละ 50.4) ไม่พบปัญหาการขาดยาหรือเข้ารับยา (ช่วงระบารอบที่ 1 ร้อยละ 94.1, ช่วงระบารอบที่ 2 ร้อยละ 92.6) ผู้รับบริการได้รับผลกระทบอย่างมากในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินและการมาตามนัดแพทย์ นอกจากนี้ยังมีผลกระทบอย่างมากในด้านอารมณ์ เศรษฐกิจและชีวิตประจำวัน

คำสำคัญ : โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019; กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

Abstract

According to the COVID-19 epidemic, at the end of 2019, there were 3.8 million deaths from COVID-19 worldwide and 176 million people infected with COVID-19 worldwide. Most at-risk patients are people with chronic diseases, older adults, and pregnant women. It also affects other dimensions such as the economy, society, environment, etc. This research examines the impact of the Coronavirus Disease 2019 outbreak on the medical service system from providers' and recipients' perspectives. The study uses quantitative and qualitative research methods, including questionnaires and in-depth interviews. In addition, descriptive statistics are utilized to analyze the data collected. The study population consisted of service providers and non-communicable chronic disease patients who received services from Maharat Nakhon Ratchasima Hospital in the six districts of Nakhon Ratchasima Province.

The results showed that service providers had decreased the number of days for non-communicable diseases (NCDs). There is an adaptation using communication technology and taking the medication without coming to the clinic. Add referrals through the Diabetes Hotline. Screening of risk groups and recording data has 50-75% of the activity. The study discovered a significant adaptation of patients' access to medical services at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

during the first (60.4%) and the second epidemic (43.5%). To reduce the number of patients in the clinic, measures such as setting up time of appointments and prolonging appointments for well-controlled patients have been implemented (1st epidemic, 44.5%; 2nd epidemic, 50.4%). During both the first and second epidemics, there was a high level of drug continuity and availability, with rates of 94.1% and 92.6%, respectively. Patients with chronic non-communicable diseases are significantly affected in their access to emergency medical services and doctor visits. It also significantly impacts on emotions, the economy, and daily life.

Keyword : Coronavirus Disease 2019; non-communicable diseases (NCDs)

บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้เริ่มต้นขึ้นในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 โดยพบครั้งแรกในนครอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน ซึ่งเป็นเมืองที่มีประชากรมากที่สุดในภาคกลางของประเทศจีน วันที่ 30 ธันวาคม 2562 สำนักงานสาธารณสุขเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ได้ออกประกาศเป็นทางการ พบโรคปอดอักเสบไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับตลาด อาหารทะเลที่เมืองอู่ฮั่น โดยสาเหตุที่เป็นไปได้มากที่สุดในการติดต่อสู่คนคือการสัมผัสกับเนื้อสัตว์ประเภทต่างๆ ที่วางขายในตลาด และเนื่องจากเมืองอู่ฮั่นเป็นเมืองใหญ่ที่มีประชาชนอยู่หนาแน่น จึงทำให้การระบาด แพร่

กระจายไปอย่างรวดเร็ว มีผู้ป่วยหนักและผู้เสียชีวิตจำนวนมาก หลังจากพบการระบาดของเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีนและองค์การอนามัยโลก ได้ออกมาระบุว่า ไวรัสชนิดดังกล่าวคือ SARS-CoV-2 เรียกว่า COVID-19 ตามการประกาศ หรือชื่ออย่างเป็นทางการที่ใช้เรียกโรคทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 และ พบการแพร่เชื้อจากคนสู่คน ผ่านละอองฝอยขนาดเล็ก^[1]

ประเทศไทยตรวจพบรายแรกที่สนามบินสุวรรณภูมิโดยทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่มีนายแพทย์โรมันบัวทอง สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคเป็นหัวหน้าทีมเฝ้าระวังและได้ส่งตัวอย่างไปตรวจที่ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพโรคอุบัติใหม่ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ด้วย เมื่อถอดรหัสพันธุกรรมของเชื้อ พบว่า เป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019^[2] สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทยเมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2564 พบผู้ติดเชื้อยืนยันสะสมทั้งสิ้น 25,323 ราย เป็นการติดเชื้อ ระลอกใหม่ 21,086 ราย โดยผู้ติดเชื้อรายใหม่ในวันนี้มีจำนวน 82 ราย เป็นการติดเชื้อในประเทศ 71 ราย คัดกรองผู้ที่เดินทางเข้า-ออกระหว่างประเทศ 4,235 ราย ผู้เดินทางที่เฝ้าระวังอาการ ณ พื้นที่กักกันแห่งรัฐ 81,676 ราย โดยยังคงพบผู้ติดเชื้อจากการค้นหาเชิงรุกในชุมชนและผู้ป่วยที่เข้ามาตรวจใน สถานพยาบาล จึงขอความร่วมมือประชาชนและผู้ดูแลสถานประกอบการโดยเฉพาะในพื้นที่ที่ยังคงพบผู้ติดเชื้ออย่างต่อเนื่องในการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคอย่างเคร่งครัดโดยเฉพาะ การสวมใส่หน้ากากอนามัย^[1]

สถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดนครราชสีมา ณ วันที่ 24 ธันวาคม

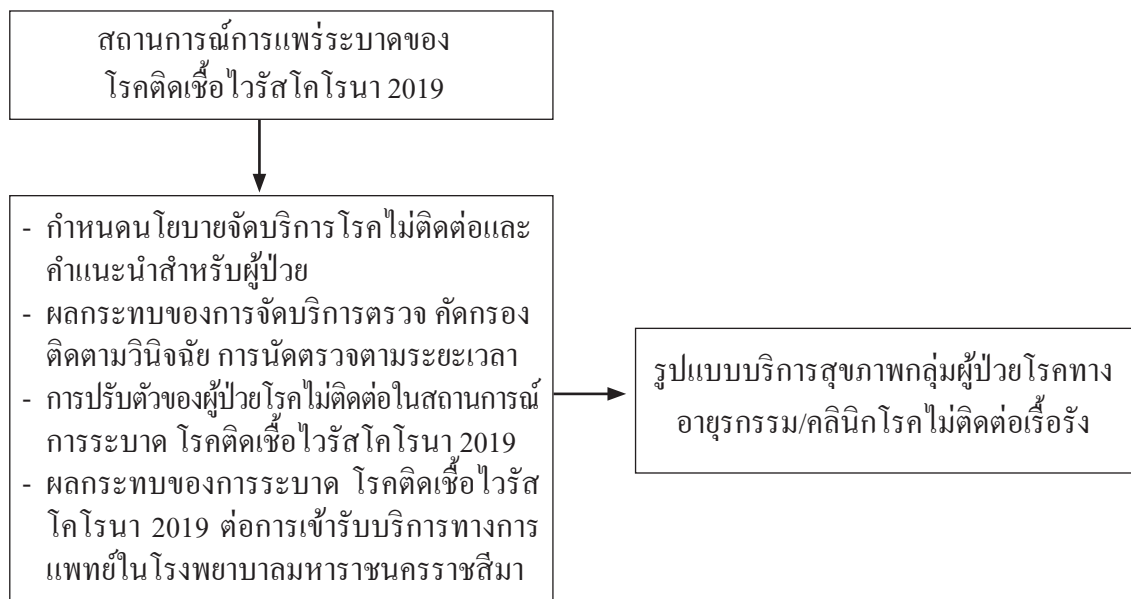
2564 มีผู้ป่วยสะสมจำนวน 34,001 ราย รักษาหาย 33,200 ราย ยังรักษาอยู่ จำนวน 528 ราย เสียชีวิตสะสม จำนวน 273 ราย สรุปภาพรวม เติ้งรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งหมด 6,806 เติ้ง ครองเตียง 585 เติ้ง เติ้งว่าง 6,278 เติ้ง และโรงพยาบาลสนามที่เปิดดำเนินการ 2 แห่ง อำเภอเมืองนครราชสีมา สนามกีฬาเฉลิมพระเกียรติ (Hall 2) อำเภอปากช่อง ศูนย์ฝึกทางยุทธวิธีตำรวจกลาง (โรงพยาบาลบุษราคัม) จำนวนเตียง 259 เติ้ง มีและโรงพยาบาลสนามที่เตรียมความพร้อม รวม 12 แห่ง จำนวนเตียง 669 เติ้ง เติ้งว่าง 669 เติ้ง^[3] โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาการบริหารจัดการในเรื่องการปรับระบบบริการให้สอดคล้องกับมาตรการการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการบริหารจัดการกำลังคน วัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม การป้องกันการติดเชื้อในกิจกรรมบริการต่าง ๆ จึงต้องมีการวางแผนการจัดบริการทางการแพทย์วิธีใหม่ทั้งในด้านการเตรียมพร้อมรองรับการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดความเสี่ยงและเสียชีวิตเมื่อมีการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคอ้วน โรคไตวายเรื้อรัง และคนที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปี 2563 ผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อที่มีนัดติดตามกับโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีอัตราการเข้าถึงบริการลดลง เมื่อเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปี 2562 โดยเฉพาะ ในเดือนมีนาคมคิดเป็นร้อยละ 31.4

เดือนเมษายนคิดเป็นร้อยละ 32.5 เดือนมิถุนายนลดลงร้อยละ 28.2 ยกเว้นในเดือนพฤษภาคมมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 7 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเป็นโรงพยาบาลที่รองรับการส่งต่อของผู้ป่วยในเขตจังหวัดนครราชสีมาและจังหวัดข้างเคียง มีการให้บริการผู้ป่วยโรคที่ซับซ้อน และหลายกลุ่ม โรค ทั้งนี้ในช่วงเวลาดังกล่าว ได้มีการปรับรูปแบบการบริการ เช่น การรับปรึกษาผ่านสื่อสังคมออนไลน์ต่าง ๆ การจัดส่งยาทางไปรษณีย์ให้กับผู้ป่วยในทุกกลุ่มโรค แนะนำให้มีการเข้ารับยาที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน จัดการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้ความครอบคลุมมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลกระทบของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อการเข้ารับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

2. เพื่อศึกษารูปแบบบริการสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังไม่ติดต่อ ช่วงเวลาของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้มุ่งศึกษาในกลุ่มผู้ให้บริการ และผู้มารับบริการ ณ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) ผู้ให้บริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 60 คน (2) ผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำนวน 391 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา ผลกระทบของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อการเข้ารับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ขอบเขตด้านระยะเวลา การศึกษาครั้งนี้ครอบคลุมระยะเวลาทั้งสิ้น 5 เดือน โดยเริ่มดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนมีนาคม - กรกฎาคม พ.ศ. 2565

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ให้บริการโรคทางอายุรกรรม/คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 60 คน
2. ผู้รับบริการในกลุ่มโรคทางอายุรกรรม/คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำนวน 391 คน

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลทุกคนสำหรับผู้ให้บริการโรคทางอายุรกรรม/คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่วนกลุ่มผู้รับบริการผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางกำหนด

กลุ่มตัวอย่างของ Krejcie & Morgan^[8] ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้งสิ้น 381 คน ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 391 คน ทำการสุ่มอำเภอได้ 6 อำเภอ คือ อำเภอด่านขุนทด อำเภอด่านขุนทด อำเภอเมืองนครราชสีมา อำเภอปักธงชัย อำเภอพิมาย อำเภอปากช่อง และอำเภอบ้านเหลื่อม ดำเนินการหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอ โดยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิอย่างเป็นสัดส่วน (proportional stratified random sampling) เทียบสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจากขนาดของประชากรและสอบถามผู้ให้บริการ

ตาราง 1 แสดงการคำนวณของกลุ่มตัวอย่าง

อำเภอ	ประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการ (คน)		ประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการ (คน)	
	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
ด่านขุนทด	8,369	54	421	10
เมืองนครราชสีมา	28,175	164	2,800	14
ปักธงชัย	7,672	46	380	8
พิมาย	6,972	42	520	10
ปากช่อง	8,887	57	745	12
บ้านเหลื่อม	1,442	28	128	6
รวมทั้งสิ้น	61,517	391	4,994	60

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ทบทวนเอกสารและระเบียบข้อมูล การศึกษานี้ได้ใช้การทบทวนเอกสารจากข้อมูลสถานการณ์การแพร่ระบาดและมาตรการรวมถึงเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ ก่อนที่จะมีการร่างเป็นแบบสอบถามของมาตรการหรือนโยบายนั้น ๆ

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาแบบสอบถาม จาก

การทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง และการระดมสมองของนักวิจัย แล้วทำการออกแบบแบบสอบถาม

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบความเที่ยงตรง

ของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ทั้ง 2 ฉบับไปตรวจสอบคุณภาพ ด้านความตรงเชิงเนื้อหา

โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบข้อคำถามแต่ละข้อว่ามีลักษณะตรงกับนิยามและครอบคลุม ที่กำหนดไว้แล้วนำผลการตรวจสอบมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตาม ซึ่งมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ทุกข้อ และนำไปทดลองกับกลุ่มที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha Coefficient) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.85

ขั้นตอนที่ 4 การขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ทำการส่งโครงการการวิจัยไปยังสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์เพื่อขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ขั้นตอนที่ 5 การติดต่อประสานงานเพื่อกระจายแบบสอบถาม

ขั้นตอนที่ 6 การสำรวจโดยใช้แบบสอบถามและการวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 2 ฉบับ โดยฉบับสำหรับผู้ให้บริการข้อคำถาม 3 ส่วน จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปจำนวน 3 ข้อ ส่วนที่ 2 การกำหนดนโยบายจัดบริการโรคไม่ติดต่อและคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยในสถานการณั้ระบาดโควิด-19 จำนวน 5 ข้อ และส่วนที่ 3 ผลกระทบของการจัดบริการตรวจคัดกรอง ติดตามวินิจฉัย การนัดตามระยะเวลา จำนวน 7 ข้อ และฉบับสำหรับผู้รับบริการ ข้อคำถาม 45 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ส่วน จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูล

ทั่วไปจำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 2 การปรับตัวของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในสถานการณ์ระบาดโควิด-19 และมาตรการของจังหวัดนครราชสีมาต่อการเข้ารับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลมหาราชนจำนวน 9 ข้อ และส่วนที่ 3 ผลกระทบของการระบาดโควิด-19 และมาตรการของจังหวัดนครราชสีมาต่อการเข้ารับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลมหาราชน จำนวน 31 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน (1) ด้านการเข้ารับบริการสถานบริการของรัฐจำนวน 7 ข้อ (2) ด้านความเครียดและความวิตกกังวล จำนวน 10 ข้อ (3) ด้านการใช้ชีวิตประจำวัน จำนวน 6 ข้อ (4) ด้านเศรษฐกิจ จำนวน 4 ข้อ และ (5) ด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 4 ข้อ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ทั้ง 2 ฉบับ ไปตรวจสอบคุณภาพ ด้านความตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบข้อคำถามแต่ละข้อว่ามีลักษณะตรงกับนิยามและครอบคลุม ที่กำหนดไว้แล้วนำผลการตรวจสอบมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะ โดยใช้วิธีของโรวิลเลนส์และแฮมเบลตัน^[9] หรือดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ ซึ่งมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ทุกข้อ

การตรวจสอบความเที่ยง

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้ว นำไปทดลองกับกลุ่มที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's

alpha Coefficient) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.85

การจัดกระทำกับข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist) ทั้งแบบเปิด (open end) และแบบปิด (close end) โดยการเติมคำลงในช่องว่าง

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย โดยมีความหมาย และเกณฑ์การคิดคะแนน ดังนี้

ระดับ	ความหมาย
1 คะแนน	ไม่ปฏิบัติ
2 คะแนน	ปฏิบัติบางครั้ง
3 คะแนน	ปฏิบัติเป็นประจำ

จากเกณฑ์ดังกล่าว เมื่อได้คะแนนเฉลี่ยของผลกระทบของการระบาดโควิด-19 และมาตรการของจังหวัดนครราชสีมาต่อการเข้ารับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลมหาราช จังหวัดนครราชสีมาสามารถจัดช่วงของคะแนนในแต่ละระดับได้ ดังนี้

ช่วงคะแนน	ความหมาย
1.00-1.66	ส่งผลต่อการเข้ารับบริการทางการแพทย์อยู่ในระดับน้อย
1.67-2.33	ส่งผลต่อการเข้ารับบริการทางการแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง
2.34-3.00	ส่งผลต่อการเข้ารับบริการทางการแพทย์อยู่ในระดับดีมาก

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

แบบสอบถามผู้ให้บริการ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic)

โดยวิธีการแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percent) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

ส่วนที่ 2 การกำหนดนโยบายจัดบริการโรคไม่ติดต่อและคำแนะนำสำหรับผู้ป่วย ในสถานการณ์ระบาดโควิด-19 การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา โดยวิธีการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

ส่วนที่ 3 ผลกระทบของการจัดบริการตรวจคัดกรองติดตามวินิจฉัยการนัดตามระยะเวลาการวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา โดยวิธีการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

แบบสอบถามสำหรับผู้รับบริการ

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ใช้และโรคประจำตัว การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา โดยวิธีการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 การปรับตัวของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในสถานการณ์ระบาดโควิด-19 และมาตรการของจังหวัดนครราชสีมาต่อการเข้ารับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลมหาราช โดยวิธีการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

ส่วนที่ 3 ผลกระทบของการระบาดโควิด-19 และมาตรการของจังหวัดนครราชสีมาต่อการเข้ารับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลมหาราช จังหวัดนครราชสีมา การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา โดยวิธีหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

นคธราชสิมา รหัส KHE 2021-090 เมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2564 ผู้วิจัย ได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ กลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมโดยสมัครใจและ แสดงความยินยอม ให้ทำการศึกษาทุกคน ซึ่งแจ้ง รายละเอียดการวิจัยและสามารถถอนตัวออกจาก งานวิจัยได้เมื่อต้องการ

ผลการวิจัย

แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ให้บริการ

1. ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม สำหรับผู้ให้บริการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุ เฉลี่ย 40.95 ปี (± 4.41) เป็นเพศชาย 38 คน (63.3) เพศหญิง 22 คน (36.7) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการทำงานในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 24 คน (40.0)

2. การกำหนดนโยบายจัดบริการโรคไม่ติดต่อและคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยในสถานการณ ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ในช่วงการระบาดรอบแรก (มกราคม - พฤษภาคม 2563) มีนโยบายการเปิดให้บริการ คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยลดจำนวนชั่วโมง การให้บริการต่อวันลง นโยบายด้านการปฏิบัติงานของบุคลากร/ทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิก โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า มีนโยบายให้บุคลากร คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง บางคน ไปช่วยงานใน สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบ เต็มเวลา ผลกระทบต่อความสามารถของการจัด บริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบว่าการคัดกรอง โรคเบาหวานเชิงรุกในชุมชน การคัดกรองความ

ดันโลหิตสูงเชิงรุก การคัดกรองภาวะซึมเศร้า/ ภาวะเครียด ประเมิน CVD risk คัดกรองติดเชื้อรา คัดกรองผู้สูบบุหรี่ และบันทึกข้อมูลในระบบ รายงาน มีการทำกิจกรรม ร้อยละ 75-95 ในภาพ รวมผู้ให้บริการคิดว่า อำเภของตนได้รับผลกระทบมากด้าน การบริหารจัดการในคลินิกโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง แต่มีผลกระทบน้อยสำหรับตัวผู้ให้ บริการและคณะทำงาน

ในช่วงการระบาดรอบที่สอง (ธันวาคม 2563 - มีนาคม 2564) มีนโยบายการเปิดให้บริการคลินิก โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยลดจำนวนวันที่ให้บริการ วันลง นโยบายด้านการปฏิบัติงานของบุคลากร/ ทีมสหสาขาวิชาชีพใน คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า มีนโยบายให้บุคลากรคลินิกโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง ทุกคน ไปช่วยงานในสถานการณ์โรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 บางเวลา และเต็มเวลาผล กระทบต่อความสามารถของการจัดบริการคลินิก โรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบว่าการคัดกรองโรคเบาหวาน เชิงรุกในชุมชน การคัดกรองความดันโลหิตสูง เชิงรุก การคัดกรองภาวะซึมเศร้า/ภาวะเครียด ประเมิน CVD risk คัดกรองติดเชื้อรา คัดกรอง ผู้สูบบุหรี่ และบันทึกข้อมูลในระบบรายงาน มีการ ทำกิจกรรม ร้อยละ 50-75 ในภาพรวมผู้ให้บริ การคิดว่า อำเภของตนได้รับผลกระทบปาน กลางด้านการบริหารจัดการในคลินิกโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง และมีผลกระทบปานกลางสำหรับตัวผู้ให้ บริการและคณะทำงาน

3. ผลกระทบของการจัดบริการตรวจคัดกรอง ติดตามวินิจัย การนัดตรวจตามระยะเวลา

ในช่วงการระบาดรอบแรก (มกราคม - พฤษภาคม 2563) พบว่า อำเภของผู้ให้บริการมี

การปรับตัวของระบบการจัดบริการโรคไม่ติดต่อเล็กน้อยในหน่วยบริการหลังการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการปรับรูปแบบการจัดบริการของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของสถานพยาบาลในอำเภอ โดยการลดระยะเวลาการคอยในการรับบริการ เช่น ระบบคิวออนไลน์จัดบริการแบบ One stop service ไม่มีการปรับตัวของระบบการคัดกรองการจัดบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เมื่อผู้ให้บริการประเมินมาตรการการจัดบริการของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของสถานพยาบาลในอำเภอของตน พบว่าผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ไม่ดีเท่าเดิม และประเมินการปรับตัวของระบบการจัดบริการคลินิกเบาหวานในอำเภอของตน ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ไม่ดีเท่าเดิม ภายในอำเภอของผู้ให้บริการมีการเชื่อมต่อข้อมูลด้าน NCDs (health information exchange) โดยมีการเชื่อมต่อและแลกเปลี่ยนข้อมูลประวัติการรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างโรงพยาบาลได้ภายในระดับอำเภอ และมีมาตรการที่ดำเนินการอยู่และตั้งเป้าหมายจะดำเนินการต่อเนื่อง คือ การรับยาที่ไม่ต้องมาคลินิก เช่น รับที่รพ.สต./ร้านยา ส่งทางไปรษณีย์ อสม.เป็นผู้จัดส่ง เป็นต้น

ในช่วงการระบาดรอบที่สอง (ธันวาคม 2563 - มีนาคม 2564) พบว่า อำเภอของผู้ให้บริการไม่มีการปรับตัวของระบบการจัดบริการโรค ในหน่วยบริการหลังการระบาดโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 มีการปรับรูปแบบการจัดบริการของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของสถานพยาบาลในอำเภอ โดยใช้เทคโนโลยีการสื่อสาร เพื่อลดการมาพบ

แพทย์ในกลุ่มผู้ป่วยโรคได้ดี และการรับยาที่ไม่ต้องมาคลินิก เช่น รับที่ รพ.สต./ร้านยา ส่งทางไปรษณีย์ อสม.เป็นผู้จัดส่ง เป็นต้น มีการปรับตัวของระบบการคัดกรองการจัดบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยให้เพิ่มการส่งต่อให้สายด่วนเบาหวาน เมื่อผู้ให้บริการประเมินมาตรการการจัดบริการของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของสถานพยาบาลในอำเภอของตน พบว่า ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ดีกว่าเดิม และประเมินการปรับตัวของระบบการจัดบริการคลินิกเบาหวานในอำเภอของตน ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ดีกว่าเดิม ภายในอำเภอของผู้ให้บริการมีการเชื่อมต่อข้อมูลด้าน NCDs โดยมีการเชื่อมต่อและแลกเปลี่ยนข้อมูลได้ระหว่างอำเภอและมีมาตรการที่ดำเนินการอยู่และตั้งเป้าหมายจะดำเนินการต่อเนื่อง คือ การรับยาที่ไม่ต้องมาคลินิก เช่น รับที่รพ.สต./ร้านยา ส่งทางไปรษณีย์ อสม.เป็นผู้จัดส่ง เป็นต้น

แบบสอบถามสำหรับผู้รับบริการ

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามสำหรับผู้รับบริการ

เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 40.7 เพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 59.3 ช่วงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 41-60 ปีร้อยละ 47.6 ช่วงอายุ 21-40 ปีร้อยละ 25.8 ช่วงอายุ 61-80 ปีร้อยละ 24.0 อายุมากกว่า 80 ปีร้อยละ 1.3 และอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปีร้อยละ 1.3 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังน้อยกว่า 5 ปีอยู่ที่ร้อยละ 55.8 ระยะเวลาการป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในช่วง 5-10 ปีอยู่ที่ร้อยละ 18.2 ระยะเวลาการป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในช่วง 11-15 ปีร้อยละ 14.8 และระยะเวลาการป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มากกว่า 15 ปีร้อยละ

11.3 ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 27.37 โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 22.76 โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงร้อยละ 4.60 โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 1.02 โรคอื่น ๆ ร้อยละ 22.76 โรคหัวใจร้อยละ 7.93 โรค มะเร็งร้อยละ 6.65 โรคไตร้อยละ 4.35 ส่วนใหญ่ ใช้น้ำกินร้อยละ 95.4 ใช้น้ำดื่มร้อยละ 3.1 ทั้งน้ำกิน และน้ำดื่มร้อยละ 1.5

2. การปรับตัวของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ ใน สถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมาตรการของจังหวัดนครราชสีมาต่อการเข้า รับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา

ช่วงการระบาดทั้ง 2 รอบ ผู้เข้ารับบริการ มีการปรับตัวอย่างมากในการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา(ช่วงระบาครอบที่ 1 ร้อยละ 60.4, ช่วงระบาครอบที่ 2 ร้อยละ 43.5) มีการปรับตัวเล็กน้อยในการเข้ารับบริการ (ช่วง ระบาครอบที่ 1 ร้อยละ 30.2, ช่วงระบาครอบที่ 2 ร้อยละ 40.3) ไม่มีการปรับอะไรในการเข้ารับ บริการ(ช่วงระบาครอบที่ 1 ร้อยละ 9.4, ช่วงระบาค รอบที่ 2 ร้อยละ 7.4)

ผู้รับบริการประเมินการปรับตัวของ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาพบว่าผู้ป่วยเข้าถึง บริการได้ดีเท่าเดิม (ช่วงระบาครอบที่ 1 ร้อยละ 38.1, ช่วงระบาครอบที่ 2 ร้อยละ 48.3) ผู้ป่วย เข้าถึงบริการได้ไม่ดีเท่าเดิม (ช่วงระบาครอบที่ 1 ร้อยละ 44.5, ช่วงระบาครอบที่ 2 ร้อยละ 25.6) ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ดีกว่าเดิม(ช่วงระบาครอบที่ 1 ร้อยละ 17.4, ช่วงระบาครอบที่ 2 ร้อยละ 26.1) มาตรการของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ที่ส่งผลดีต่อการเข้ารับบริการของผู้ป่วยโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ การลดจำนวนผู้ป่วยในคลินิก เช่น การนัดเหลื่อมเวลากัน การยืดเวลานัดผู้ป่วย ที่ควบคุมโรคได้ดีให้นานขึ้น (ช่วงระบาครอบที่ 1 ร้อยละ 44.5, ช่วงระบาครอบที่ 2 ร้อยละ 50.4) ลดระยะเวลารอคอยในการรับบริการ เช่น ระบบ คิวออนไลน์จัดบริการแบบ One stop service (ช่วงระบาครอบที่ 1 ร้อยละ 37.4, ช่วงระบาครอบ ที่ 2 ร้อยละ 27.9) ใช้เทคโนโลยีการสื่อสารเพื่อลด การมาพบแพทย์ในกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ดี (ช่วงระบาครอบที่ 1 ร้อยละ 21.2, ช่วงระบาครอบ ที่ 2 ร้อยละ 22.3) การรับยาที่ไม่ต้องมาคลินิก(ช่วง ระบาครอบที่ 1 ร้อยละ 33.8, ช่วงระบาครอบที่ 2 ร้อยละ 33.2) รับยาที่ รพ.สต (ช่วงระบาครอบที่ 1 ร้อยละ 30.5 , ช่วงระบาครอบที่ 2 ร้อยละ 28.7) การจัดส่งยาทางไปรษณีย์(ช่วงระบาครอบที่ 1 ร้อยละ 10.5, ช่วงระบาครอบที่ 2 ร้อยละ 10.2) อสม. เป็นผู้จัดส่ง (ช่วงระบาครอบที่ 1 ร้อยละ 6.9, ช่วงระบาครอบที่ 2 ร้อยละ 8.2) NCD Clinic Mobile Team โดย สหวิชาชีพ (ช่วงระบาครอบ ที่ 1 ร้อยละ 2.3 , ช่วงระบาครอบที่ 2 ร้อยละ 3.1) การปรับระบบการจัดบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีการคัดกรองและส่งต่อ(ช่วงระบาครอบที่ 1 ร้อยละ 6.6, ช่วงระบาครอบที่ 2 ร้อยละ 11.5) การสนับสนุนการจัดการตนเอง/ให้คำปรึกษาเพื่อ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม(ช่วงระบาครอบที่ 1 ร้อยละ 15.2, ช่วงระบาครอบที่ 2 ร้อยละ 12.3) การปรับ ตัวในการเข้ารับบริการคัดกรองประจำปี ของ ระบบการจัดบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพิ่มการคัดกรองที่บ้าน (ช่วงระบาครอบที่ 1 ร้อย ละ 47.9, ช่วงระบาครอบที่ 2 ร้อยละ 47.3) ไม่มี

การปรับอะไรเพิ่ม(ช่วงระบาดรอบที่ 1 ร้อยละ 44.8, ช่วงระบาดรอบที่ 2 ร้อยละ 44.2) การคัดกรองโดยการนัดเหลือมวัน(ช่วงระบาดรอบที่ 1 ร้อยละ 18.7, ช่วงระบาดรอบที่ 2 ร้อยละ 17.6) ทั้งนี้ทั้ง 2 ช่วงเวลา ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่พบปัญหาการขาดยาหรือเข้ารับยาตามนัด (ช่วงระบาดรอบที่ 1 ร้อยละ 94.1, ช่วงระบาดรอบที่ 2 ร้อยละ 92.6) มีปัญหา

การขาดยาหรือเข้ารับยา(ช่วงระบาดรอบที่ 1 ร้อยละ 5.9, ช่วงระบาดรอบที่ 2 ร้อยละ 7.4)

3. ผลกระทบของการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมาตรการของจังหวัดนครราชสีมาต่อการเข้ารับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลมหาราช จังหวัดนครราชสีมา

ตาราง 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผลกระทบด้านต่าง ๆ ของผู้รับบริการ โรคเรื้อรังไม่ติดต่อ ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

คำถาม	ระดับผลกระทบ			SD(±S.D)	ความหมาย
	มาก	ปานกลาง	น้อย		
ด้านการเข้ารับบริการสถานบริการของรัฐ				2.00 (±.460)	ปานกลาง
1. การเดินทางเข้ารับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน	169 (43.2)	194 (49.6)	28 (7.2)	2.36(±.612)	มาก
2. การคัดกรองสุขภาพและการคัดกรองภาวะเสี่ยงของโรคประจำปี	110 (28.1)	182 (46.5)	99 (25.3)	2.03 (±.732)	ปานกลาง
3. การเข้ารับบริการตรวจรักษาตามนัด	157 (40.2)	208 (53.2)	26 (6.6)	2.34 (±.706)	มาก
4. การรับยา ทานยาโรคประจำตัวต่อเนื่อง	94 (24.0)	117 (45.3)	120 (30.7)	1.93 (±.738)	ปานกลาง
5. การขาดยากรณีเดินทางเข้ารับบริการไม่ได้	92 (23.5)	162 (41.4)	137 (35.0)	1.88 (±.758)	ปานกลาง
6. การไม่ได้รับยา จากการส่งยาให้ถึงบ้าน	71 (18.2)	156 (39.9)	164 (41.9)	1.76 (±.739)	ปานกลาง
7. อาการของโรคที่เพิ่มขึ้นจากการขาดยา	72 (18.4)	138 (35.3)	181 (46.3)	1.72 (±.756)	ปานกลาง
ด้านความเครียดและความวิตกกังวล				2.13 (±.451)	ปานกลาง
1. ความหงุดหงิดเพราะเหตุการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกิดขึ้นแบบไม่ทันตั้งตัว	168 (43.0)	195 (49.9)	28 (7.2)	2.36 (±.612)	มาก
2. การจัดการเรื่องสำคัญจำเป็นในชีวิต	129 (33.0)	201 (51.4)	61 (15.6)	2.17 (±.676)	ปานกลาง
3. การจัดการเรื่องความกังวล วิตก และเครียด	147 (37.6)	181 (46.3)	63 (16.1)	2.21 (±.702)	ปานกลาง

ตาราง 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผลกระทบด้านต่าง ๆ ของผู้รับบริการโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ต่อ)

คำถาม	ระดับผลกระทบ			x(±S.D)	ความหมาย
	มาก	ปานกลาง	น้อย		
4. ความมั่นใจในการแก้ไขปัญหาในชีวิตที่เกิดขึ้นกับชีวิตตัวเองได้	96 (24.6)	201 (51.4)	94 (24.0)	2.01 (±.698)	ปานกลาง
5. การจัดการแผนชีวิตให้เป็นไปอย่างที่ต้องการ	178 (45.5)	171 (43.7)	42 (10.7)	2.35 (±.665)	มาก
6. การปรับตัวไม่ได้เลยกับกิจกรรมทุกอย่างในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป	102 (26.1)	201 (51.4)	88 (22.5)	2.04 (±.697)	ปานกลาง
7. การจัดการกับเรื่องราวต่าง ๆ ที่รบกวนชีวิตประจำวัน	190 (48.6)	142 (36.3)	59 (15.1)	2.34 (±.725)	มาก
8. การควบคุมสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น	96 (24.6)	201 (51.4)	94 (24.0)	2.01 (±.698)	ปานกลาง
9. การจัดการความโมโหเพราะบางอย่างที่เกิดขึ้นในชีวิตเกินกว่าที่ตนเองจะควบคุมได้	84 (21.5)	195 (49.9)	112 (28.6)	1.93 (±.705)	ปานกลาง
10. ปัญหาหนักหลายอย่างในชีวิตเกิดขึ้นพร้อมๆ กันจนไม่สามารถจัดการได้	89 (22.8)	208 (53.2)	94 (24.0)	1.93 (±.685)	ปานกลาง
ด้านการใช้ชีวิตประจำวัน				2.11 (±.417)	ปานกลาง
1. การดูแลตนเอง	79 (20.2)	188 (48.1)	124 (31.7)	1.88 (±.712)	ปานกลาง
2. การดูแลบุคคลในครอบครัว	108 (27.6)	193 (49.4)	90 (23.0)	2.05 (±.711)	ปานกลาง
3. การทำความสะอาดบ้าน	41 (10.5)	165 (42.2)	185 (47.3)	1.63 (±.666)	น้อย
4. การซื้อของเครื่องใช้ การจ่ายตลาด	194 (49.6)	152 (38.9)	45 (11.5)	2.38 (±.684)	มาก
5. การจัดการสาธารณูปโภค	195 (49.9)	142 (36.3)	54 (13.8)	2.36 (±.713)	มาก
6. การเดินทางไปยังสถานที่ต่าง ๆ	189 (48.3)	162 (41.4)	40 (10.2)	2.38 (±.665)	มาก
ด้านเศรษฐกิจ	2.12 (±.560)	ปานกลาง			
1. รายได้ครอบครัว	202 (51.7)	148 (37.9)	41 (10.5)	2.41 (±.673)	มาก
2. การใช้จ่ายเครื่องอุปโภค บริโภค	169 (43.2)	186 (47.6)	36 (9.2)	2.34 (±.640)	มาก
3. ภาระหนี้สินในระบบ	109 (27.9)	145 (37.1)	137 (35.0)	1.93 (±.791)	ปานกลาง
4. ภาระหนี้สินนอกระบบ	97 (24.8)	133 (34.0)	161 (41.2)	1.84 (±.797)	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม				1.88 (±.556)	ปานกลาง
1. การใช้เชื้อเพลิงในครอบครัว	65 (16.6)	210 (53.7)	116 (29.7)	1.87 (±.669)	ปานกลาง
2. การใช้น้ำในครอบครัว	68 (17.4)	192 (49.1)	131 (33.5)	1.84 (±.696)	ปานกลาง
3. การใช้ไฟฟ้าในครัวเรือน	116 (29.7)	162 (41.4)	113 (28.9)	2.01 (±.766)	ปานกลาง
4. ปริมาณขยะในครัวเรือน	74 (18.9)	162 (41.4)	155 (39.6)	1.79 (±.738)	ปานกลาง

อภิปรายผล

การกำหนดนโยบายจัดบริการโรคไม่ติดต่อ และคำแนะนำสำหรับผู้ป่วย ในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้ง 2 ช่วงการระบาด มีนโยบายให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ โดยลดจำนวนชั่วโมง และจำนวนวัน ที่ให้บริการลง และให้บุคลากรบางส่วนไปช่วยงานในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 บางส่วน หรือแบบเต็มเวลา ส่งผลกระทบอย่างมากต่อการให้บริการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ โดยเฉพาะ การให้บริการคัดกรองความเสี่ยงโรคเรื้อรังไม่ติดต่อในชุมชน

ผลกระทบของการจัดบริการตรวจคัดกรอง ติดตาม วินิจฉัย การนัดตรวจตามระยะเวลา ผู้ให้บริการ มีการปรับเปลี่ยนแบบการจัดบริการของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตามมาตรการ ลดจำนวน ชั่วโมง และจำนวนวัน ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ไม่ดีเท่าเดิม อย่างไรก็ตามมาตรการที่ดำเนินการอยู่และตั้งเป้าหมายจะดำเนินการต่อเนื่อง คือ ลดระยะเวลารอคอยในการรับบริการ เช่น ระบบคิวออนไลน์จัดบริการแบบ One stop service และใช้เทคโนโลยีการสื่อสารเพื่อลดการมาพบแพทย์ในกลุ่มผู้ป่วยโรคได้ดี ทั้งนี้การออกแบบแนวทางการบริการที่ดีจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน และสามารถควบคุมการแพร่ระบาดเป็นวงกว้างได้สอดคล้องกับการวิจัยของ Maria Guadalupe Medina และคณะ^[10] ทำการศึกษา การดูแลสุขภาพเบื้องต้นในประเทศบราซิล ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ระบบสุขภาพมีการตอบสนองอย่างรวดเร็ว และหลากหลายรูปแบบของการดูแลออนไลน์ได้

รับความสำคัญ มีการปรึกษาทางไกล หรือวิดีโอ เพื่อช่วยอำนวยความสะดวก มีความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และช่วยเพิ่มทรัพยากรให้มีเพียงพอต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัย

การปรับตัวของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมาตรการของจังหวัดนครราชสีมาต่อการเข้ารับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ผู้รับบริการมีการปรับตัวต่อการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลมหาราชอย่างมาก มีการใช้ Social media ใช้ Application ให้ความรู้และติดตามประเมินผลการดูแล อาสาสมัครหมู่บ้านมีบทบาทในการทำงานสาธารณสุขมากขึ้นในการติดตามการรักษา ซึ่งผู้รับบริการมีความพึงพอใจในนโยบายของโรงพยาบาล เรื่องของการลดจำนวนผู้ป่วยในคลินิก ลดระยะเวลา รอคอยในการรับบริการ การรับยาที่ไม่ต้องมาคลินิก โดยคิดเห็นว่าการรับบริการที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นไปตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข[11] ว่าด้วยแนวปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลกระทบของการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อด้านการเข้ารับบริการสถานบริการของรัฐ ส่งผลกระทบระดับมากต่อการเดินทางเข้ารับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน และการเข้ารับบริการตรวจรักษาตามนัด ส่งผลกระทบระดับมาก ต่อความหงุดหงิดเพราะเหตุการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เกิดขึ้นแบบไม่ทันตั้งตัว และส่งผลกระทบอย่างมากใน

การจัดการแผนชีวิต การจัดการกับเรื่องราวต่าง ๆ ส่งผลกระทบระดับมากต่อการซื้อของเครื่องใช้ การจ่ายตลาด การจัดการสาธารณสุขปโค และ การเดินทางไปยังสถานที่ต่าง ๆ ในด้านเศรษฐกิจ การระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบระดับมากต่อรายได้ครอบครัวและ การใช้จ่ายเครื่องอุปโภค บริโภค ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ ศานติ์ ^[12] ที่ เห็นว่าวิกฤตจาก การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ได้ส่งผลกระทบต่อคนทั้งโลกทั้ง ในด้าน สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และการเมือง นอกจากการระบาดได้ง่ายและรุนแรงแล้ว ยังมี ปัจจัยอื่นที่พิเศษของยุคปัจจุบัน คือ ทุกคนสามารถ เข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ ทำให้เกิดทั้งความรู้ ขณะ เดียวกัน ก็เกิดความหวาดหวั่น กังวล ประกอบ กับมาตรการสำคัญที่ทำให้เว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) และอยู่แต่ในบ้าน ทำให้เกิด ความปั่นป่วนทางสังคมและเศรษฐกิจเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาการจัดการความรู้แนวทางการปรับตัวของประชาชนจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. ควรศึกษาโปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
3. พัฒนาการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
4. ส่งเสริมความเข้มแข็งของหน่วยบริการ

ระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เอกสารอ้างอิง

- [1] กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มาตรการสาธารณสุข และปัญหาอุปสรรค การป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทาง. [ออนไลน์]. (2564). [เข้าถึงเมื่อ 4 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf>
- [2] อมร ลีลาธรรม. ความรู้ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ สำหรับแพทย์ [ออนไลน์]. (2560). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 20 มกราคม 2564]. แหล่งข้อมูล : <https://www.idthai.org/Contents/Views/?d=4b1113112!!634!nNI3v2cL>
- [3] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครราชสีมา. สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา. นครราชสีมา : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครราชสีมา; 2564.
- [4] กองโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค.ผลกระทบของ COVID-19 ต่อระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. ใน รายงานผลการทบทวนผลกระทบของ COVID-19 ต่อระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตุลาคม พ.ศ. 2564. นนทบุรี: กลุ่มเทคโนโลยี และระบาดวิทยา กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2564.
- [5] Organization WH. Rapid assessment of service delivery for NCDs during the

- COVID-19 pandemic. [Online]. (2020). [18 June 2021]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/rapid-assessment-of-service-delivery-for-ncds-during-the-covid-19-pandemic>.
- [6] Clay JM, Parker MO. Alcohol use and misuse during the COVID-19 pandemic: a potential public health crisis? *Lancet Public Health* 2020;5(5):e259.
- [7] Zhao YM SY, Song WB, Li QQ, Xie H, et al. Follow-up study of the pulmonary function and related physiological characteristics of COVID-19 survivors three months after recovery. *Clinical Medicine*; 2020.
- [8] Krejcie, R.V., & Morgan, D.W., Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*; 1970.
- [9] Rovinelli, R.J. and Hambleton, R.K. (1976). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity.[Online]. (1976). Cited May 19, 2025)Available : <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED121845.pdf>. Retrieved Feb 3, 2018.
- [10] Medina, M. G., Giovanella, L., Bousquat, A., Mendonça, M. H. M. D., & Aquino, R. (2020). Primary healthcare in times of COVID-19: what to do?. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, e00149720.
- [11] กระทรวงสาธารณสุข. แนวปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มาตรการปลอดภัยสำหรับองค์กร (COVID Free Setting) สำหรับโรงพยาบาล.[ออนไลน์]. (2564). [เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก https://stopcovid.anamai.moph.go.th/attach/w774/f20211201211017_iXg45j3zxsx.pdf
- [12] ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. การดำเนินงานสุขภาพจิตภายใต้วิกฤตโควิด 19 ของประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2563; 28(4) : 280 – 91.

บทความวิจัยต้นฉบับ :
ประสิทธิผลของการนำกลไก “พชอ.” มาขับเคลื่อนงานด้านการควบคุม
และป้องกันโรคไข้เลือดออก อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา
The Effectiveness of “District Health Board” Mechanism Using to Driven Dengue Fever
Control and Prevention, Phimai District, Nakhon Ratchasima Province

คมกริช ฤทธิบุรี
Khomkrit Ritburi
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office,
เบอร์โทรศัพท์ 09-1017-6781; E-mail: Khomkrit2566@gmail.com
วันที่รับ 29 พ.ค. 2566; วันที่แก้ไข 6 มิ.ย. 2566; วันที่ตอบรับ 15 มิ.ย. 2566

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากลไกและประเมินประสิทธิผลคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอพิมาย ในการขับเคลื่อนการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ดำเนินงานตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง ธันวาคม 2565 แบ่งการวิจัยออกเป็น 4 ระยะ กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย (1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจากภาคราชการและการเมือง ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม จำนวน 15 คน และ (2) ตัวแทนหมู่บ้านทั้งหมด 226 คน จาก 226 หมู่บ้าน เพื่อประเมินประสิทธิผลกลไก พชอ. เครื่องมือเก็บข้อมูลสำหรับคณะกรรมการ คือ เวทีการประชุมแบบสนทนากลุ่มและถอดบทเรียน กระบวนการ AIC และสำหรับตัวแทนหมู่บ้าน คือ แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกของหมู่บ้าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอพิมาย

ประกอบด้วย คณะกรรมการระดับอำเภอ (พชอ.) ระดับตำบล (พชต.) และ ระดับหมู่บ้าน (พชม.) ขับเคลื่อนภายใต้ยุทธศาสตร์อำเภอทั้งหมด 5 การกิจ ผลการดำเนินงานพบว่า ในปี 2565 อำเภอพิมายมีผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกจำนวน 22 ราย คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 16.90 ต่อแสนประชากร ซึ่งต่ำกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง ซึ่งเท่ากับ 202 ราย และอัตราป่วยเท่ากับ 155.20 ต่อแสนประชากร สรุปผลและข้อเสนอแนะ พบว่า กลไก พชอ. ช่วยแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกได้เป็นอย่างดี ด้วยการกำหนดโครงสร้างและบทบาทหน้าที่แผนงาน โครงการให้ชัดเจน ทั้งนี้ สิ่งที่ต้องพัฒนาต่อคือ การพัฒนาบุคลากรในเรื่องการจัดทำวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์พัฒนาระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศระบบ และระบบการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

คำสำคัญ : การขับเคลื่อน; คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต; การควบคุมและป้องกันโรค; โรคไข้เลือดออก

Abstract

This research is a participatory action research, aimed to develop a mechanism, and evaluate the effectiveness of District Health Board: DHB of Phimai District to driving as control and prevention of dengue fever. The complication was conducted from January to December 2022, was divided 4 phases. The target group was (1) District Health Board or DHB of Phimai District, was from various sectors such as government and politics, academic, and civil society, amount 15 peoples. And (2) the selective case amount 226 peoples, were a represent from 226 villages to evaluated the effectiveness of operation of DHB. Data gathering tools for DHB group was group discussion, and lessons learned forum; and AIC process, and for the represent was the risk assessment form of village to Dengue fever infection. Data was analyzed by descriptive statistic

The results showed that DHB Mechanisms of Phimai District Committee consisted: the district level (DHB); sub-district (SHB); and village (VHB) levels, had driven under the strategic plan of Phimai with 5 missions. The results showed that in 2022, Phimai District had 22 patients with dengue fever, as morbidity rate of 16.90 per 100,000 populations. which was lower than the 5-year median, which was equal to 202 cases and the morbidity rate is 155.20 per 100,000 populations. Summary and recommendations: The DHB help to resolve well on the problem of dengue fever, should to had been defined clearly to the structure and roles, duties, master plans, and

projects also. However, the needs to be developed is: personnel development in the formulation of visions, missions, goals; development of technology and information systems; and system for medical and public health services providing.

Keywords : Driven-moving; District Health Board; Disease control and prevention; Dengue fever

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเดงกี เป็นโรคติดเชื้อไวรัสเดงกีที่มีอยู่หลายเป็นแมลงนำโรค โรคนี้ได้กลายเป็นปัญหาสาธารณสุขในหลายประเทศทั่วโลกเนื่องจากโรคได้แพร่กระจายอย่างกว้างขวางและจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมากใน 30 ปีที่ผ่านมา มากกว่า 100 ประเทศที่โรคนี้กลายเป็นโรคประจำถิ่น และโรคนี้ยังคุกคามต่อสุขภาพของประชากรโลกมากกว่าร้อยละ 40 (2,500 ล้านคน) โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะพบมากในประเทศเขตร้อนและเขตอบอุ่น ซึ่งร้อยละ 70 ของผู้ป่วยทั้งหมดมาจากประเทศในภูมิภาคเอเชีย^[1]

ในปี 2564 ที่ผ่านมามาประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก สะสมตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึงวันที่ 12 ตุลาคม พ.ศ.2564 พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 7,720 ราย อัตราป่วย 11.61 ต่อประชากรแสนคน จำนวนผู้ป่วยสะสมน้อยกว่าปีที่ผ่านมาและน้อยกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี^[2] ทั้งนี้ จากกลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ปี 2564 พบผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกันร้อยละ 88 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 27 มีนาคม 2564 ซึ่งพบผู้ป่วยจำนวน 88 ราย อัตราป่วย 1.30 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต 1 ราย อัตราผู้ป่วยตายเท่ากับร้อยละ 1.30 อัตราส่วน

เพศหญิงต่อเพศชาย 1:1.32 พบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 5-9 ปี อัตราป่วย 4.32 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือกลุ่มอายุ 10-14 ปีมีอัตราป่วย 2.91 และกลุ่มอายุ 0-4 ปีอัตราป่วย 2.69 ต่อประชากรแสนคน จังหวัดที่มีอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกสูงสุด คือ จังหวัดสุรินทร์ 2.79 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ จังหวัดนครราชสีมา 1.70 ต่อประชากรแสนคน จังหวัดชัยภูมิ 0.18 ต่อประชากรแสนคน และจังหวัดบุรีรัมย์ 0.13 ต่อประชากรแสนคน เมื่อจำแนกอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกในระดับอำเภอ พบว่า อำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ อำเภอเขวาสินรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ พบ 26.15 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์พบ 11.85 ต่อประชากรแสนคน และอำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษพบ 6.97 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ^[1]

จากรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก 3 ปีซ้อนหลังของอำเภอพิมาย พบว่า ปี 2562 พบอัตราป่วย 528.56 ต่อแสนประชากร ปี 2563 พบ 209.75 ต่อแสนประชากร และ ปี 2564 พบ 2.30 ต่อแสนประชากร^[3] แม้ว่าจะมีแนวโน้มที่ดีขึ้น อดีตที่ผ่านมามีความพยายามสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน มาร่วมในการการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก แต่การดำเนินงานยังเป็นไปในระดับผู้ปฏิบัติในพื้นที่ แต่ในการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย จากหลายภาคส่วน ยังไม่สามารถขับเคลื่อนได้คืออย่างเป็นรูปธรรมเท่าที่ควร เนื่องจากการดำเนินงานจำเป็นต้องมีการขับเคลื่อนไปอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการมีส่วนร่วมถือเป็นแนวทางสำคัญในการดำเนินงานในเรื่องการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ทั้งนี้ ผู้วิจัยเชื่อมั่นว่าการนำกลไก “การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” หรือ “พชอ.” มาขับเคลื่อนงานด้านการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกเนื่องจาก

พชอ.เป็นกลไกที่ช่วยแก้ไขปัญหในพื้นที่ได้อย่างรวดเร็ว ด้วยความร่วมมือของฝ่ายต่างๆ และทำให้เกิดการบูรณาการประสานความร่วมมือกันในพื้นที่ในรูปแบบต่าง ๆ สามารถนำแนวคิดการใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมได้จริง และสามารถพัฒนาไปสู่ความยั่งยืน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมุ่งหวังที่จะทำการวิจัยเรื่องนี้ โดยคาดหวังว่ากลไกดังกล่าวจะช่วยแก้ไขปัญหาระบาดโรคไข้เลือดออกได้เป็นอย่างดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนากลไกคณะกรรมการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอพิมาย ในการขับเคลื่อนงานด้านการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลการนำกลไกคณะกรรมการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอพิมาย ไปขับเคลื่อนในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านพื้นที่การวิจัย ศึกษาในอำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา
2. ขอบเขตด้านประชากร ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย
 - 2.1 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ได้แก่ ผู้แทนหน่วยงานของรัฐและการเมือง ผู้แทนภาคเอกชนและประชาชน ผู้แทนจากภาควิชาการ จำนวน 15 คน
 - 2.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเลือกประธาน อสม. หมู่ละ 1 คน

2.3 กำนันหรือผู้ใหญ่บ้าน ในพื้นที่อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเลือกกำนันหรือผู้ใหญ่บ้าน หมู่ละ 1 คน

2.4 บุคลากรจากองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ในพื้นที่อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเลือกบุคลากรจากองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ที่รับผิดชอบงานควบคุมป้องกันโรค แห่งละ 1 คน

2.5 บุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเลือกบุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่รับผิดชอบงาน

ควบคุมป้องกันโรค แห่งละ 1 คน

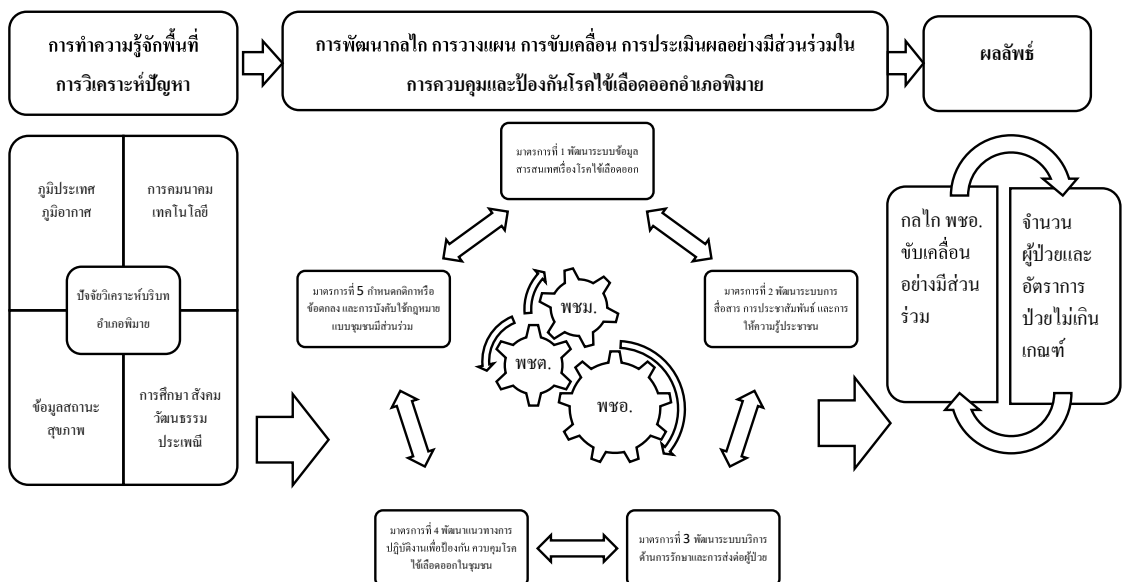
2.6 บุคลากรจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเลือกบุคลากรจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิมาย ที่รับผิดชอบงานควบคุมป้องกันโรค แห่งละ 1 คน

2.7 บุคลากรจากโรงพยาบาลพิมาย ใช้ การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงโดยเลือกบุคลากรจากโรงพยาบาลพิมาย ที่รับผิดชอบงานควบคุมป้องกันโรค แห่งละ 1 คน

2.8 ตัวแทนชุมชนจำนวน 226 คน จาก 226 หมู่บ้าน 12 ตำบล

3. ขอบเขตด้านระยะเวลา ทำการศึกษา ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง ธันวาคม 2565

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยกำหนดให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกระบวนการของการวิจัย ซึ่งแบ่งออกเป็นทั้งหมด 4 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ระยะของการทำความเข้าใจพื้นที่ โดยเป็นการทำความเข้าใจบริบทพื้นที่ และสถานการณ์การควบคุมและป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกของอำเภอพิมาย กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ คณะกรรมการ พชอ. และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน จำนวน 15 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ (1) เวทีประชุมแบบการสนทนากลุ่ม ขั้นตอนดำเนินงาน ได้แก่ (1) ผู้วิจัยจัดเวทีสนทนากลุ่มเพื่อสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึกถึงบริบทและการขับเคลื่อนงานด้านการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอำเภอดำบลชุมชนหมู่บ้านและครัวเรือน (2) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสอบถามนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เพื่อนำไปเป็นข้อมูลนำเข้าในการวิจัยระยะที่ 2 ต่อไป

ระยะที่ 2 ระยะของการวิเคราะห์สาเหตุปัญหา และวางแผนการขับเคลื่อนงานของอำเภอพิมายกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ คณะกรรมการ พชอ. และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน จำนวน 15 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ กระบวนการ AIC สำหรับการวิเคราะห์ การกำหนดภาพฝัน การกำหนดมาตรการหรือกิจกรรมสำคัญ การวางแผนการดำเนินงาน การติดตามและประเมินผลขั้นตอนดำเนินงาน ได้แก่ (1) กลุ่มเป้าหมายร่วมกันกำหนดภาพฝันในการเป็นอำเภอปลอดโรคไข้เลือดออก และนำเสนอข้อมูลสถานการณ์การเกิดโรคไข้เลือดออกในปีที่ผ่านมา (2) กลุ่มเป้าหมายทำการวิเคราะห์หาสาเหตุที่ส่งผลต่อความสำเร็จและโอกาสพัฒนาในการดำเนินการควบคุมและ

ป้องกันโรคไข้เลือดออก (3) กลุ่มเป้าหมายกำหนดมาตรการหรือกิจกรรมสำคัญเพื่อกำหนดเป็นแผนงาน โครงการในการแก้ไขปัญหาหรือการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก การกำหนดเจ้าภาพผู้รับผิดชอบทั้งในเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติการ (4) กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ แนวทางบริหารจัดการ การติดตาม และประเมินผลลัพธ์

ระยะที่ 3 ระยะการขับเคลื่อนงาน การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกด้วยกลไก “พชอ.” กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ คณะกรรมการ พชอ. และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน จำนวน 15 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ มาตรการหรือกิจกรรมสำคัญ แผนงานหรือโครงการดำเนินงาน ขั้นตอนดำเนินงาน ได้แก่ (1) ทุกภาคส่วนนำมาตรการ แผนงาน โครงการ หรือกิจกรรมสำคัญ ไปขับเคลื่อนงานตามเป้าหมาย และตัวชี้วัดที่ได้กำหนดไว้ ตามความรับผิดชอบที่ได้รับมอบหมาย ตามกรอบระยะเวลาที่กำหนด (2) ผู้วิจัยดำเนินการติดตาม ประเมินผล และสะท้อนผลเป็นระยะ (3) จัดเวทีประชุมเพื่อนำเสนอผลการดำเนินงานอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

ระยะที่ 4 ระยะการประเมินผลด้านการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ (1) ตัวแทนหมู่บ้านทั้งหมด 226 คน จาก 226 หมู่บ้าน และ (2) คณะกรรมการ พชอ. และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน จำนวน 15 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ (1) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกของหมู่บ้าน (2) เวทีประชุมแบบการสนทนากลุ่ม (3) เวทีถอดบทเรียน ขั้นตอนดำเนินงาน ได้แก่ (1) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวแทนหมู่บ้านตอบแบบสอบถามแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกของหมู่บ้าน และทำการสัมภาษณ์เก็บข้อมูลเชิงลึกด้วยการตั้งวงสนทนากลุ่มกับกลุ่มเป้าหมายทั้ง 2 กลุ่ม (2) ผู้วิจัย

รวบรวมข้อมูลทางระบาดวิทยาโรคไข้เลือดออก ในอำเภอพิมาย (3) จัดเวทีประชุมถอดบทเรียน การดำเนินงาน (4) วิเคราะห์ข้อมูลและรายงานผล ภาพรวมทั้งหมดของการวิจัยด้วยสถิติเชิงพรรณนา (5) จัดเวทีนำเสนอเพื่อคืนข้อมูลผลการดำเนินงาน เพื่อการพัฒนาต่อไป

การปกป้องสิทธิกลุ่มเป้าหมาย

ทุกกระบวนการดำเนินการวิจัยจะคำนึง ถึงสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มเป้าหมาย โดยการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ พิจารณาการทำวิจัยในมนุษย์ของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ตามใบรับรอง เลขที่ KHE 145/2564 ลงวันที่ 27 ธันวาคม 2564

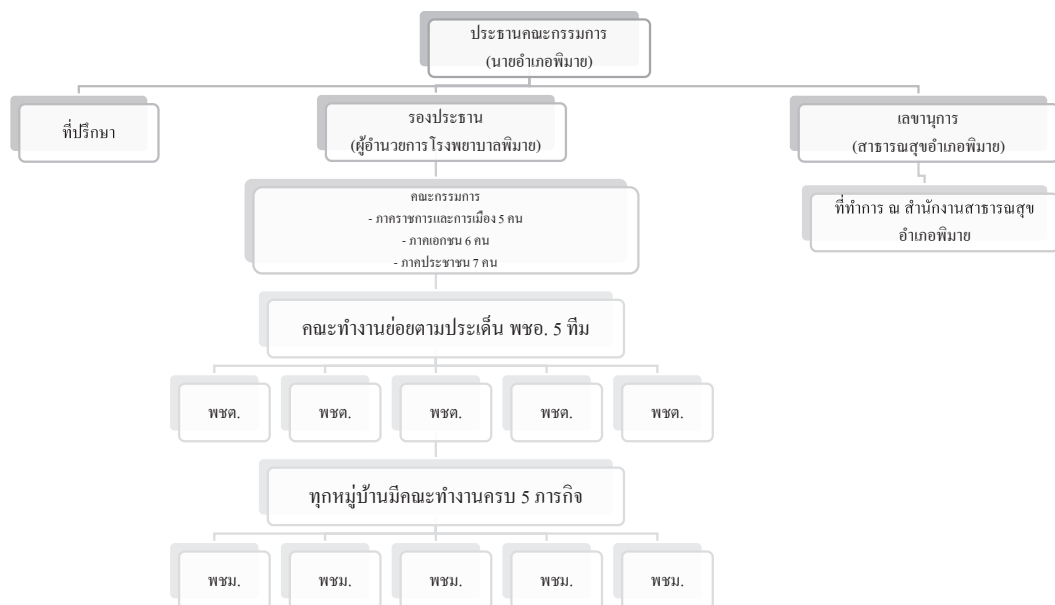
ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนากลไกคณะกรรมการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอพิมาย

1.1 การกำหนดโครงสร้างและบทบาทหน้าที่

อำเภอพิมายได้ออกแบบและจัดโครงสร้าง คณะกรรมการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

พิมายขึ้นใหม่ เพื่อดำเนินการป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออก ภายใต้ยุทธศาสตร์แผนงาน “พิมายเมืองสะอาด ปราศจากขยะ และปลอดลูกน้ำ ยุงลาย” ซึ่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ อำเภอพิมายมีทุกระดับ เริ่มตั้งแต่คณะกรรมการฯ ระดับอำเภอ (พขอ.) ระดับตำบล (พขต.) และ ระดับหมู่บ้าน (พชม.) โดยการกำหนดนโยบาย และยุทธศาสตร์จะเป็นบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการฯระดับอำเภอ (พขอ.) คณะกรรมการฯ ระดับตำบล หรือ พขต. มีบทบาทในการหนุนเสริม สนับสนุนการทำงานของคณะกรรมการ พขอ. ระดับหมู่บ้าน (พชม.) ซึ่งถือเป็นทีมปฏิบัติการในระดับพื้นที่ ทั้งนี้ คณะกรรมการ พขอ.แต่ละระดับ ถูกแต่งตั้งให้มีประธานและคณะทำงานในการขับเคลื่อนภารกิจในแต่ละระดับ ทั้งนี้ พขอ.พิมายที่ได้รับการแต่งตั้งขึ้นเป็นไปตามโครงสร้างที่กฎหมาย กำหนด ประกอบด้วยคณะกรรมการ ที่มาจาก ภาครัฐและการเมือง ภาคเอกชน และประชาชน จำนวน 21 คน และได้แต่งตั้งคณะที่ปรึกษาเพิ่มเติม ดังภาพ 2



ภาพ 2 แสดงโครงสร้างคณะกรรมการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอพิมาย

1.2 การกำหนดหมู่บ้านที่มีความเสี่ยงต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออก

ก่อนการขับเคลื่อนกลไก พชอ.พิมาย ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก คณะกรรมการ พชอ.พิมาย ได้จัดลำดับหมู่บ้านที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคของประชากรในหมู่บ้านตามหลักการจัดระดับภูมิคุ้มกันชุมชน หรือ Herd immunity ต่อโรคไข้เลือดออก^[4] ทั้งนี้อำเภอพิมายมี

ตำบลทั้งหมด 12 ตำบลซึ่งจากการวิเคราะห์ความเสี่ยงของหมู่บ้านที่ประชาชนมีโอกาสเกิดโรคไข้เลือดออกในปี 2565 พบว่า หมู่บ้านที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกมากที่สุดมีทั้งสิ้น 3 หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านหนองโสน ตำบลหนองระเวียง ทวีตสังเคราะห์ และ บ้านโนนสูง ตำบลหนองระเวียง หมู่บ้านที่เสี่ยงปานกลางมีทั้งสิ้น 216 หมู่บ้าน และหมู่บ้านที่เสี่ยงมีทั้งหมด 7 หมู่บ้าน ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงการจัดระดับความเสี่ยงของประชากรในหมู่บ้าน อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมาปี 2565

ลำดับ	ตำบล	จำนวนหมู่บ้านเสี่ยง (หมู่)		
		เสี่ยงสูง	เสี่ยงปานกลาง	เสี่ยงน้อย
1	ในเมือง		35	
2	กระชอน		20	
3	กระเบื้องใหญ่		11	
4	ชีวาน		7	3
5	ดงใหญ่		20	
6	ท่าหลวง		11	1
7	ธารละหลอด		14	
8	นิคมฯ	2	20	
9	โบสถ์		26	1
10	สัมฤทธิ์		13	2
11	หนองระเวียง	1	19	
12	รังกาใหญ่		20	
รวม		3	216	7

1.3 การกำหนดมาตรการในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก

หลังจากที่มีการกำหนดโครงสร้างคณะกรรมการฯ เสร็จเรียบร้อยแล้ว คณะกรรมการ พชอ.พิมาย ได้ทำการวิเคราะห์ปัญหา และกำหนดมาตรการในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก

ภายใต้ยุทธศาสตร์แผนงาน “พิมายเมืองสะอาด ปราศจากขยะ และปลอดภัยน้ำขุ่นลาย” ดังนี้

- มาตรการที่ 1 พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเรื่องโรคไข้เลือดออกอำเภอพิมาย
- มาตรการที่ 2 พัฒนาระบบการสื่อสารการประชาสัมพันธ์ และการให้ความรู้ประชาชน

- มาตรการที่ 3 พัฒนาระบบบริการด้านการรักษาและการส่งต่อผู้ป่วย

- มาตรการที่ 4 พัฒนาแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน

- มาตรการที่ 5 กำหนดกติกาหรือข้อตกลง และการบังคับใช้กฎหมายแบบชุมชนมีส่วนร่วม

1.4 การกำหนดแนวทางขับเคลื่อนการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก

หลังจากมีการพัฒนาโครงสร้างขึ้นมาใหม่ พชอ.พิมาย ได้มีการขับเคลื่อนในประเด็นการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ดังนี้

1) ประธาน พชอ., พชต., และ พชม.ได้ประชุมคณะกรรมการและคณะทำงาน เพื่อกำหนดประเด็นปัญหาในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตร่วมกัน ซึ่งพบว่า ยังต้องการการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น เอกชน พระสงฆ์ จึงได้เชิญภาคส่วนที่เกี่ยวข้องนัดประชุมเพิ่มเติม โดยเฉพาะในส่วนของภาคประชาชน เพื่อให้ประเด็นที่จะขับเคลื่อนสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนมากที่สุด ซึ่งในการประชุมมีการนำเสนอข้อมูลสภาพปัญหาของแต่ละภาคส่วน เพื่อพิจารณาถึงความเป็นไปได้ ในการกำหนดเป็นประเด็นขับเคลื่อน แก้ปัญหา โดยกลไก พชอ. ซึ่งได้ข้อสรุปประเด็นขับเคลื่อน 5 ภารกิจหลัก ตามยุทธศาสตร์ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ได้แก่

- ภารกิจที่ 1 การจัดการระบบข้อมูลสารสนเทศที่เชื่อมโยงทุกระดับ

- ภารกิจที่ 2 การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ และให้ความรู้ชุมชน

- ภารกิจที่ 3 การจัดบริการการรักษาและส่งต่อให้แก่ผู้ป่วยที่เกิดโรค

- ภารกิจที่ 4 การออกปฏิบัติการเพื่อป้องกัน ควบคุมการระบาดของโรคในชุมชน

- ภารกิจที่ 5 การกำหนดกติกาหรือข้อตกลงในชุมชน และการบังคับใช้กฎหมาย

2) ประธาน พชอ.พิมาย ได้สั่งการให้มีการแต่งตั้งคณะทำงานระดับอำเภอรับผิดชอบตามภารกิจที่กำหนด โดยมอบหมายให้คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับประเด็นดังกล่าวเป็นประธาน และบุคลากรสาธารณสุขเป็นเลขานุการ ในขณะทำงาน อาทิ ในระดับอำเภอ ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอพิมายเป็นประธาน มีนักวิชาการสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานในระดับอำเภอทำหน้าที่เป็นเลขานุการ และมีสมาชิกประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ผอ.รพ.สต.) ในพื้นที่นำร่อง ตัวแทนจากภาคเอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ดำรง ตัวแทนจากโรงเรียน พระสงฆ์ ครูจาก กศน. หรือ ศูนย์การศึกษาอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย ซึ่งคณะทำงานเหล่านี้จะทำหน้าที่ในการกำหนดกลยุทธ์ นโยบาย แผนปฏิบัติการในการขับเคลื่อน แก้ไขปัญหาประสาน ติดตาม สนับสนุนและประเมินผล โดยให้ทุกตำบลแต่งตั้ง พชต. โดยมีนายกจาก อปท.ต่างๆ หรือ กำนันเป็นประธาน ซึ่งมีหน้าที่หนุนเสริม ประสาน เชื่อมระหว่างอำเภอกับหมู่บ้าน โดยแต่ละหมู่บ้านจะแต่งตั้ง พชม.รับผิดชอบและเป็นผู้ปฏิบัติใน 5 ภารกิจหลักตามมาตรการที่กำหนดขึ้น

2. ประสิทธิผลของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอพิมายในการ

ควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก

2.1 ผลการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอพิมาย

คณะกรรมการ พชอ.พิมายได้ขับเคลื่อนงานในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ซึ่งผลการดำเนินการ พบว่า อำเภอมีการแต่งตั้งคณะกรรมการ พชอ., พชต. และ พชม. ทั้งนี้ นายอำเภอ ซึ่งเป็นประธานคณะกรรมการได้ประกาศนโยบายพันธกิจ เป้าประสงค์อย่างชัดเจน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง 13 แห่ง ได้ออกประกาศเรื่อง การกำหนดพื้นที่เฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกตามมาตรา 25 แห่งพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 เพื่อแจ้งให้ประชาชนรับทราบ และขอความร่วมมือในการดำเนินการแก้ไขหรือระงับตามเหตุรำคาญตามมาตรา 44 (3) ในส่วนของหมู่บ้าน ได้ทำการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกตามมาตรการ 5ป2ข และมีการสุมข้าวหมู่บ้านเพื่อตรวจหาลูกน้ำยุงลายอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ซึ่งหากพบว่าหมู่บ้านใดมีการระบาดจะมีการเปิด War Room เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันโดยมีนายอำเภอหรือปลัดอำเภอเป็นประธานทุกครั้ง และหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยดำเนินการจัดการควบคุมป้องกันการระบาดอย่างต่อเนื่องภายใน 1 เดือนหรือต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ ทั้งนี้ ทุกวันที่ 3 ของเดือน คณะกรรมการ พชต.จะลงตรวจสอบอีกครั้ง และให้สัญลักษณ์ด้วยธง 2 สี คือ หากหมู่บ้านหรือหลังคาเรือนใดไม่พบลูกน้ำจะได้ธงสีเขียว หรือหากพบลูกน้ำจะได้ธงสีแดง หลังจากนั้น คณะกรรมการ พชต. และ พชม. จะได้ส่งต่อหลังคาเรือนที่พบลูกน้ำที่ได้ธงสี

แดงให้แก่คณะกรรมการ พชอ. ได้ลงตรวจสอบอีกครั้งนำโดยนายอำเภอหรือปลัดอำเภอที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งหากไม่พบลูกน้ำยุงลายอีกให้เปลี่ยนไปเป็นธงสีเขียว หรือ หากยังพบลูกน้ำยุงลายอยู่ให้ทำหนังสือแจ้งเตือนเรื่องการมีเหตุรำคาญ ซึ่งจะได้รับการติดตามตรวจสอบโดยคณะกรรมการ พชต. และ พชม. ทำการตรวจสอบซ้ำ ทั้งนี้ หากยังคงพบลูกน้ำยุงลายอีกจะแจ้งดำเนินการตามกฎหมายต่อไป ซึ่งในปี 2565 อำเภอพิมายพบผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกจำนวน 22 ราย คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 16.90 ต่อแสนประชากร

2.2 สถานการณ์การเกิดโรคไข้เลือดออกหลังพัฒนากลไก พชอ.พิมาย

จากผลการเฝ้าระวังและติดตามการเกิดโรคไข้เลือดออกอำเภอพิมาย พบว่า ในปี 2565 อำเภอพิมายมีผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกจำนวน 22 ราย คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 16.90 ต่อแสนประชากร ซึ่งต่ำกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง ซึ่งเท่ากับ 202 ราย และอัตราป่วยเท่ากับ 155.20 ต่อแสนประชากร เมื่อพิจารณาจำแนกเป็นรายเดือนพบว่า ในช่วงเดือนที่พบผู้ป่วยมากที่สุด ได้แก่ เดือนกรกฎาคม และสิงหาคม โดยพบผู้ป่วยจำนวน 12 ราย และ 8 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 9.22 และ 6.15 ต่อแสนประชากร นอกจากนี้ ในเดือนพฤษภาคม และเดือนมิถุนายน ยังพบผู้ป่วยจำนวน 1 รายทั้งสองเดือน คิดเป็นอัตราป่วย 0.77 ต่อแสนประชากร และเดือนที่ไม่พบผู้ป่วยเลย ได้แก่ ช่วงเดือนมกราคมถึงเมษายน และ เดือนกันยายนถึงธันวาคม ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงอัตราป่วยและจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกปี 2565 จำแนกรายเดือน เปรียบเทียบกับ ค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง

ปี พ.ศ.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	อัตราป่วย
2560	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.54	0.77	23.83	3.07	3.84	2.31	0.00	35.36
2561	0.77	0.77	0.00	15.37	28.43	56.10	49.95	58.41	49.95	62.25	34.58	21.52	378.10
2562	17.66	14.59	8.45	10.75	17.66	109.82	96.00	65.28	48.38	80.64	46.85	12.29	528.36
2563	14.60	19.98	10.76	13.06	30.73	40.72	43.03	29.20	6.15	0.00	1.54	0.00	209.75
2564	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.77	0.77	0.00	0.00	0.77	0.00	0.00	2.30
Median	0.77	0.77	0.00	10.76	17.67	40.72	43.03	29.20	6.15	3.84	2.30	0.00	155.20
2565	0.00	0.00	0.00	0.00	0.77	0.77	9.22	6.15	0.00	0.00	0.00	0.00	16.90
ปี พ.ศ.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	จำนวนป่วย
2560	0	0	0	0	0	2	1	31	4	5	3	0	46
2561	1	1	0	20	37	73	65	76	65	81	45	28	492
2562	23	19	11	14	23	143	125	85	63	105	61	16	688
2563	19	26	14	17	40	53	56	38	8	0	2	0	273
2564	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	3
Median	1	1	0	14	23	53	56	38	8	5	3	0	202
2565	0	0	0	0	1	1	12	8	0	0	0	0	22

อภิปรายผล

จากผลการเฝ้าระวังและติดตามการเกิดโรคไข้เลือดออกอำเภอพิมาย พบว่า ในปี 2565 อำเภอพิมายมีผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกจำนวน 22 ราย คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 16.90 ต่อแสนประชากร ซึ่งถือว่ายังไม่เกินเกณฑ์ค่ามัธยฐาน แต่เมื่อนำไปเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยในปี 2564 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยและอัตราป่วยสูงกว่า ซึ่งอำเภอพิมายมี การระบาดของโรคไข้เลือดออกในลักษณะแบบปีเว้นสองปี โดยในปี 2562 เกิดการระบาดของโรคที่มีอัตราป่วยเกินค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง และระบาดต่อเนื่องถึงต้นปี 2563 หากพิจารณาถึงช่วงเวลาหรือช่วงฤดูกาล พบว่า ช่วงที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกมากที่สุด ได้แก่ ช่วงฤดูฝน คือ ช่วงเดือนพฤษภาคม

ถึง เดือนกันยายน เนื่องจากเป็นช่วงที่มีแหล่งน้ำขังและมีอุณหภูมิที่เหมาะสมในการวางไข่ของยุงลาย ส่งผลให้การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงค่อนข้างลำบาก รวมไปถึงปัจจัยด้านอื่น ๆ อาทิ การขาดความตระหนักของประชาชน การขาดเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ที่มีคุณภาพ ซึ่งจากการถอดบทเรียนของทีมคณะทำงาน ยังพบว่า ด้านการจัดการลูกน้ำยุงลายของประชาชนยังไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากความตระหนักของประชาชนมีน้อย สารเคมีที่ใช้ในการจัดการยังพบว่าเป็นสารเคมีที่ใกล้หมดอายุหรือหมดอายุไปแล้ว และเป็นสารเชิงเดี่ยว รวมถึงความไม่พร้อมของอุปกรณ์และทักษะของผู้พ่นสารเคมี ดังนั้น เพื่อให้เกิดเป็นสัญลักษณ์ของความพร้อมเพรียงในการควบคุมโรคไข้เลือดออก รวมถึงเพื่อป้องกัน

และควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออก ดังนั้น การพัฒนาโครงสร้างและบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอพิมายหรือพขอ.พิมายจึงถือว่าเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานด้านนี้ ไม่ว่าจะเป็น การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการจัดหาหรือเตรียมเคมีภัณฑ์ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกและส่งเสริมให้ประชาชนเกิดความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในครัวเรือนและส่วนรวมระดับชุมชนของตนเอง เพื่อลดอัตราป่วย และอัตราตายในประชาชนทุกกลุ่มอายุ นอกจากนี้ ยังช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกของอำเภอ และจังหวัดนครราชสีมา ถือเป็นการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค และศักยภาพของชุมชนเข้ามาจัดการเพื่อเอาแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก สอดคล้องกับการศึกษาของพงษ์ระพี ดวงดี และคณะ ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก จะช่วยให้ประชาชนเกิดการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก^[5] นอกจากนี้ อรัญญา ทิพย์ชาติ ยังชี้ให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนใน การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ต้องประกอบด้วยการบริหารจัดการโรคไข้เลือดออกที่ดีจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยควรจัดให้มี การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก โดยลงพื้นที่กระจายข่าวให้คนในชุมชนเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก ลูกน้ำยุงลายให้กำจัดอย่างต่อเนื่อง ด้านการจัดการข้อมูลควรให้อาสาสมัครสาธารณสุข ประเมินความเสี่ยงในการแพร่ระบาดของลูกน้ำยุงลาย ด้านงบประมาณและด้านวัสดุอุปกรณ์ ควรให้ภาค

รัฐสนับสนุนเพื่อสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการป้องกันทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายได้ และการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการเฝ้าระวังการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก^[6]

นอกจากนี้ การพัฒนากลไก พขอ.พิมาย ด้วยการปรับเปลี่ยนโครงสร้างใหม่ ตั้งแต่ พขอ.ไปสู่ว.พชต. และ พชม. ส่งผลให้มีการขับเคลื่อนงานด้วยหลักการสำคัญ คือ การสร้างการนำร่วม การบูรณาการร่วม และการสร้างการมีส่วนร่วม จนเป็นเจ้าของภารกิจ กล่าวคือ พขอ.พิมายได้กำหนดประธานขับเคลื่อนงาน พขอ.ที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นประธาน แต่กำหนดบุคคลอื่นที่เห็นว่ามีพลัง มีอำนาจ หรือ มีบารมีในการขับเคลื่อนงานได้ โดยที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ถูกกำหนดให้เป็นเลขานุการ ในเรื่องงบประมาณ ได้มีการเสนอของบประมาณจากกองทุนตำบลมาดำเนินงานตามภารกิจ ซึ่งตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ได้กำหนดให้มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอในทุกอำเภอของประเทศไทยตั้งแต่ปีพ.ศ.2561 เป็นต้นมาซึ่งอำเภอพิมายก็ได้จัดตั้งคณะกรรมการชุดดังกล่าวขึ้น โดยมีคณะกรรมการที่มาจากทั้งภาคราชการ ภาคเอกชน และภาคประชาชน มีนายอำเภอ พิมาย และสาธารณสุขอำเภอพิมาย เป็นเลขานุการ โดยตำแหน่ง ในปี พ.ศ. 2562 พขอ.อำเภอพิมายได้ปรับแนวทางการพัฒนางานให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของความสำเร็จในการพัฒนางานโรคติดต่อ ทั้งในระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้านด้วยเช่นกัน ในปี 2564 – 2565 ได้มีการออกแบบโครงสร้างของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตขึ้นใหม่ ทั้ง

ในระดับอำเภอ ระดับตำบล ที่เรียกว่า พชต. และระดับหมู่บ้าน เรียกว่า พชม. โดย คณะกรรมการระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นผู้กำหนดนโยบาย ระดับตำบล (พชต.) เป็นผู้หนุนเสริม สนับสนุนการทำงานของคณะกรรมการ พชอ.ระดับหมู่บ้าน (พชม.) ซึ่งเป็นทีมปฏิบัติการตัวจริง ซึ่งถือเป็นจุดสำคัญในการเป็นแกนจัด หรือจุดแตกหักของการขับเคลื่อนงาน โดยคณะกรรมการ พชอ.พิมาย ได้ออกแบบการสนับสนุนงาน การควบคุมกำกับติดตามแบบเสริมพลัง โดยมีการเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานของหมู่บ้านอย่างเป็นระบบ ทำให้เกิดโครงการ “เยี่ยมยามตามไถ่ หมู่บ้าน พชอ.” อย่างต่อเนื่อง ในการเยี่ยมยามตามไถ่ดังกล่าว นายอำเภอ พิมาย ซึ่งเป็นประธาน พชอ.ระดับอำเภอ และสาธารณสุขอำเภอพิมาย ซึ่งเป็นเลขานุการ พชอ.พิมาย จะออกเยี่ยมหมู่บ้าน พชอ.ร่วมกับคณะกรรมการ พชอ.ท่านอื่น ๆ ด้วยทุกครั้ง ซึ่ง การพัฒนาโครงสร้างดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของธงชัย ปัญญรัตน์ ซึ่งพบว่า การพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ต้องเป็นไปตามกระบวนการขับเคลื่อนของแต่ละอำเภอ ภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่นั้นได้แก่ การร่วมกันตัดสินใจ บทบาทหน้าที่ของส่วนราชการ และการตัดสินใจของคณะกรรมการ^[8]

หากมองในมิติของความสำเร็จในการแก้ไข ปัญหาโรคไข้เลือดออกของอำเภอพิมาย ที่มีแนวโน้มลดลงต่อเนื่องจากปี 2560 - ปี 2565 สามารถระบุได้ว่า ความสำเร็จเหล่านี้เริ่มต้นมาจากการพัฒนากลไก การทำงานของ พชอ.พิมาย ที่มีนายอำเภอเป็นประธานในการขับเคลื่อน ตั้งแต่การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ การออกแบบ

วางแผน การพัฒนาเครื่องมือในการขับเคลื่อน ไปจนถึงการสร้างความร่วมมือกับทุกฝ่าย โดยเฉพาะจากภาคประชาชน ซึ่งเห็นได้จากการกำหนดมาตรการและภารกิจที่สอดคล้องกันไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเรื่องโรคไข้เลือดออกอำเภอพิมาย การ พัฒนาระบบการสื่อสาร การประชาสัมพันธ์ และการให้ความรู้ประชาชน การพัฒนาระบบบริการด้านการรักษาและการส่งต่อผู้ป่วย การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน และการกำหนดกติกาหรือข้อตกลง และการบังคับใช้กฎหมายแบบชุมชนมีส่วนร่วม ซึ่งผลของการกำหนดมาตรการเหล่านี้ทำให้จำนวนผู้ป่วยและอัตราการป่วยยังอยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ คือ ไม่มีผู้ป่วยตายหรือมีอัตราการตายด้วยโรคไข้เลือดออกเกิดขึ้น หรือ อัตราการป่วยยังไม่เกินเกณฑ์ค่ามัธยฐาน สอดคล้องกับการศึกษาของPrapatsorn Aksornpan และ Rungkant Plykaew ซึ่งพบว่า กลไกเชิงพื้นที่ที่สำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนประกอบด้วย 3 กลไก ได้แก่ (1) กลไกการจัดการ (2) คณะกรรมการดำเนินงาน และ (3) ทรัพยากรชุมชน^[7] ทั้งนี้ จิระวัตร วิเศษสังข์ ได้กล่าวไว้ว่า ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกนั้น ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ ประกอบด้วย (1) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกขั้นตอนของกิจกรรม (2) มีการแบ่งปันและใช้ทรัพยากรร่วมกันทุกระดับ (3) มีการจัดระบบข้อมูลในการเฝ้าระวังโรคในหมู่บ้าน ตำบล อำเภอที่เข้มแข็ง (4) การทำงานเป็นทีม ผู้เกี่ยวข้องทุก

ภาคส่วน มีการประสานการทำงานร่วมกันอย่างเป็นเอกภาพ และ (5) ควรมีการบูรณาการภารกิจและขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)^[9] สอดคล้องกับการศึกษาของทิพวรรณสินบุญยกและคณะที่ระบุว่า การแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในชุมชน จำเป็นต้องมีการสร้างสมรรถนะที่เหมาะสม โดยนายอำเภอต้องเป็นแม่ทัพในการเสริมสร้างสมรรถนะ มีการผลักดัน ขยับหรือขับเคลื่อนทั้งอำเภอ และเจ้าหน้าที่ต้องมีสมรรถนะที่หลากหลายเพื่อแก้ปัญหาไข้เลือดออกร่วมไปถึงการดำเนินงานได้ต้องอาศัยภาคีเครือข่ายในการแก้ไขปัญหานี้^[10] ทั้งนี้ ชีรพัฒน์สุทธิประภา รายงานว่า การจัดการแก้ไขปัญหาระบาดของโรคในพื้นที่จะทำให้สำเร็จจำเป็นต้องขับเคลื่อนด้วยกลไกระบบสุขภาพอำเภอ ซึ่งประกอบด้วย การสร้างความรู้ความเข้าใจกับทีมงาน เพื่อการวิเคราะห์และกำหนดปัญหาในพื้นที่ที่กำหนดแผนงาน โครงการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และบูรณาการโครงสร้างการดำเนินงาน^[11]

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ยังมีข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการดำเนินงานให้ดียิ่งขึ้นในครั้งต่อไป ดังนี้

1. ในเชิงนโยบายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำเป็นต้องมีการจัดทำวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์ของที่ชัดเจน สอดคล้องกับวิสัยทัศน์จังหวัด โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับ โดยเฉพาะวิสัยทัศน์ที่มุ่งเน้นแก้ไขปัญหาระบาดติดต่อ หรือโรคไข้เลือดออกเนื่องจากผู้รับผิดชอบงานในระดับอำเภอ ตำบลยังไม่มีควมชำนาญใน

การจัดทำวิสัยทัศน์ในงาน

2. ด้านระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศ ยังพบจุดอ่อน คือ ฐานข้อมูล รง 506 ของอำเภอจะอยู่ที่โรงพยาบาลพิมาย ซึ่งยังไม่มีมีการเชื่อมโยงไปถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือรพ.สต. เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลให้เป็นปัจจุบันได้และระบบอินเตอร์เน็ตในการส่งข้อมูลไม่เสถียร ดังนั้นควรมีการจัดทำระบบการจัดเก็บข้อมูลแบบ Data center ระดับจังหวัด โดยมีการเก็บรวบรวมไว้ที่ระดับจังหวัดและมีข้อมูลตามที่สำคัญนโยบายและยุทธศาสตร์กำหนด

3. ด้านการพัฒนากระบวนการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข พบว่า ทีม CDCU หรือหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (Communicable disease control unit: CDCU) ไม่ได้ร่วมเข้าประชุมต่อเนื่อง เพื่อประเมินสถานการณ์โรคอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น อำเภอพิมายควรมีการประชุมจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยระดับอำเภอโดยมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณหน่วยงานจากหลายภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคประชาชน ที่ได้ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง รวมถึงภาคประชาชนที่มีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาเรื่องโรคไข้เลือดออกขอขอบคุณ ดร.กัญญิษฐ์ พลศรีประดิษฐ์ ที่ให้คำปรึกษาและให้ข้อเสนอแนะตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- [1] กรมควบคุมโรค. ไข้เด็งกี(Dengue).[ออนไลน์]. (2562). [เข้าถึง เมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก [https:// ddc. moph.go.th/ disease_ detail.php?d=44](https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=44)
- [2] กรมควบคุมโรค. รายงานเฝ้าระวังโรค ไข้เลือดออกประจำสัปดาห์ เขตสุขภาพที่ 3 ประจำสัปดาห์ที่ 52 วันที่ 26 ธันวาคม 2564 – 1 มกราคม 2565. [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึง เมื่อวันที่ 30 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก https://spbo3.moph.go.th/ket/wp-content/uploads/2022/01/DHF-week-52_64.pdf
- [3] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิมาย. รายงาน เฝ้าระวังโรคไข้เลือด ปี 2564 อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา: สำนักงานสาธารณสุข อำเภอพิมาย; 2564.
- [4] กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อฯ โดย ยุ่งลาย สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พ.ศ. 2564. [ออนไลน์]. (2564). [เข้าถึง เมื่อวันที่ 30 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก [http:// utoapp.moph.go.th/e_doc/ views/uploads/644b3ffaa73ec-b3e5eaf25e5abb5b193565c837cbbdf4-1450.pdf](http://utoapp.moph.go.th/e_doc/views/uploads/644b3ffaa73ec-b3e5eaf25e5abb5b193565c837cbbdf4-1450.pdf)
- [5] พงษ์ระพี ดวงดี มธุริน มาลีหวล และปณิศา ครอบยุทธ์. การมีส่วนร่วมของประชาชน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลโนนผึ้ง อำเภวารินชำราบ จังหวัด อุบลราชธานี. [ออนไลน์]. (2563). [เข้าถึง เมื่อวันที่ 3 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก [https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjph/](https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjph/article/download/193309/164119/826862)
- [6] อรัญญา ทิพย์ชาติ. การมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ขององค์การบริหารส่วนตำบลโคกมั่งงอย อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. [ออนไลน์]. (2563). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 3 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก [https ://so04.tci-thaijo.org/ index.php/NBJ/article/view/254800](https://so04.tci-thaijo.org/index.php/NBJ/article/view/254800)
- [7] Prapatsorn Aksornpan, and Rungkant Plykaew. The Development of Regional Mechanisms to Prevent and Control of Dengue Fever in the Community. [ออนไลน์]. (2564). [เข้าถึง เมื่อวันที่ 3 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก [https://he2.tci-thaijo.org/index. php/cmunursing/article/ view/252387](https://he2.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/252387)
- [8] ชงชัย ปัญญรัตน์. ผลของรูปแบบการพัฒนา คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ (พขอ.) จังหวัดกาฬสินธุ์. [ออนไลน์]. (2565) [เข้าถึง เมื่อวันที่ 3 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก [https://he02.tci-thaijo.org/ index.php/RDHSJ/article/view/257963](https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/257963)
- [9] จิระวัตร วิเศษสังข์. การพัฒนารูปแบบ การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออกอำเภอเมืองจันทร์ ปี 2563. [ออนไลน์]. (2565) [เข้าถึง เมื่อวันที่ 3 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก [https://he03. tci-thaijo.org/index.php/ech/article/download/ 511/235](https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/download/511/235)
- [10] ทิพวรรณ ถินบุญยก อุดมศักดิ์ แซ่โจ้ว และ จรวย สุวรรณบำรุง. ประสพการณ์ของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการสร้าง

สมรรถนะชุมชน ในการแก้ปัญหาโรค
ไข้เลือดออก: ผลการสนทนากลุ่ม.
[ออนไลน์]. (2565) [เข้าถึง เมื่อวันที่ 3
ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://so2.tci-thaijo.org/index.php/JCDLQ/article/view/235664>

[11] ชีรพัฒน์ สุทธิประภาสและปิยะ จันทร์หอมฟุ้ง.
กระบวนการในการจัดการแก้ไขปัญหา
สาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อน
ระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดกาฬสินธุ์.
[ออนไลน์]. (2562) [เข้าถึง เมื่อวันที่ 3
ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/699>

ข้อกำหนดจริยธรรมการตีพิมพ์ของวารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

1. หน้าที่ความรับผิดชอบของกองบรรณาธิการ

- กองบรรณาธิการต้องประกาศวิธีปฏิบัติในการจัดเตรียมบทความวิจัยต้นฉบับ บทความวิชาการ ให้ผู้นิพนธ์ และผู้สนใจรับทราบ
- หากมีการเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ หรือค่าใช้จ่ายอื่น กองบรรณาธิการจะต้องมีการประกาศ เงื่อนไข หลักเกณฑ์ และอัตราจัดเก็บที่ชัดเจนให้ผู้สนใจส่งบทความตีพิมพ์รับทราบ
- กองบรรณาธิการมีการตรวจสอบการพิมพ์ซ้ำซ้อน (duplication) และการลอกเลียนผลงาน วิชาการ (plagiarism)
- กระบวนการประเมินคุณภาพบทความปราศจากอคติ เป็นธรรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ในสาขานั้น ๆ
- ไม่เปิดเผยข้อมูลผู้นิพนธ์และผู้ประเมินบทความแก่บุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องในระหว่างที่ การประเมินบทความยังดำเนินอยู่ หรือบทความนั้นยังไม่ได้รับการตีพิมพ์
- กองบรรณาธิการต้องคัดเลือกบทความที่จะตีพิมพ์ตามคุณภาพ ไม่รับตีพิมพ์บทความวิจัยเพียง เพื่อผลประโยชน์ของผู้นิพนธ์หรือวารสาร โดยไม่พิจารณาผลการประเมินคุณภาพของบทความจาก ผู้ประเมิน
- กองบรรณาธิการไม่ปฏิเสธการตีพิมพ์บทความเพียงเพราะสงสัยว่ามีการกระทำผิดจรรยาบรรณ แต่ต้องตรวจสอบข้อมูล หาหลักฐานให้แน่ชัดก่อน และแจ้งให้ผู้นิพนธ์ชี้แจงก่อนปฏิเสธบทความนั้น
- ไม่มีส่วนในการตัดสินใจคัดเลือกบทความที่ตนเป็นผู้นิพนธ์หรือมีผลประโยชน์เกี่ยวข้อง
- กองบรรณาธิการต้องไม่ร้องขอให้มีการอ้างอิงผลงานใดเพื่อเพิ่มจำนวนการอ้างอิง (citation) หรือค่า impact factor ของวารสาร หรือเพื่อเพิ่มจำนวนการอ้างอิงของผลงานของตนหรือพวกพ้อง
- มีระบบแก้ไขข้อผิดพลาดร้ายแรงในบทความและถอดบทความที่พบว่าผิดจริยธรรมการวิจัย และไม่ละเลยเพิกเฉยเมื่อพบข้อผิดพลาดและการประพฤติผิดจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบทความ ที่ตีพิมพ์ในวารสาร

2. หน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ประเมิน

- ผู้ประเมินต้องรักษาความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลในบทความในระหว่างที่บทความนั้นยังไม่ได้ รับการตีพิมพ์
- ผู้ประเมินต้องประเมินคุณภาพบทความด้วยความที่เป็นกลาง ปราศจากอคติ
- ผู้ประเมินต้องไม่เสนอแนะให้ผู้นิพนธ์อ้างอิงผลงานใดด้วยเจตนาเพิ่มจำนวนการอ้างอิงของ ผลงานของตนหรือพวกพ้อง
- ผู้ประเมินต้องส่งผลการประเมินตามกำหนดเวลา

- หากมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้นิพนธ์บทความที่ประเมิน ผู้ประเมินต้องแจ้งให้กองบรรณาธิการทราบ

- หากพบว่าผู้นิพนธ์บทความกระทำผิดจรรยาบรรณ เช่น ลอกเลียนผลงานวิชาการ บิดเบือนผลการวิจัย หรือใช้ ผลการวิจัยเท็จ ต้องแจ้งให้กองบรรณาธิการทราบ

3. หน้าที่ความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์

- ผลงานที่ส่งให้พิจารณาตีพิมพ์ในวารสารจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อนและไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารหรือสิ่งพิมพ์ทางวิชาการอื่น

- ผลงานที่ส่งให้พิจารณาตีพิมพ์จะต้องไม่มีส่วนใดที่เป็นการลอกเลียนผลงานวิชาการ (plagiarism) ทั้งของตนเองและผู้อื่น และมีการอ้างอิงผลงานอย่างถูกต้องและครบถ้วน

- ผู้นิพนธ์ไม่สร้างข้อมูลเท็จหรือบิดเบือนข้อมูลในการรายงานผลการวิจัย

- ผู้นิพนธ์ต้องปฏิบัติตามจรรยาบรรณในเรื่องเกี่ยวกับความเป็นผู้นิพนธ์ (authorship) อย่างเคร่งครัด กล่าวคือ ชื่อผู้นิพนธ์ทุกชื่อ ที่ปรากฏในบทความจะต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมอย่างสำคัญในการทำวิจัย และไม่ละเลยหรือตัดชื่อบุคคลที่มีส่วนสำคัญในการทำวิจัยคนใดออกจากบทความ

- หากมีผู้นิพนธ์หลายคน ผู้นิพนธ์ทุกคนจะต้องเห็นชอบกับต้นฉบับบทความและเห็นชอบกับการส่งต้นฉบับบทความนั้นให้วารสารพิจารณาตีพิมพ์

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 ภาษาอังกฤษ ใช้ Angsana New ขนาด 16

1.1.5 หน่วยงานของผู้เขียนทุกคน ภาษาไทยใช้ Angsana New ขนาด 14 ภาษาอังกฤษ ใช้ Angsana New ขนาด 14

1.1.6 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 300 – 350 คำ

1.1.7 คำสำคัญ (Keywords) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นการกำหนดคำสำคัญที่สามารถนำไปใช้เป็นคำสืบค้นในระบบฐานข้อมูล อยู่ระหว่าง 2 – 5 คำ

1.1.8 ผู้นิพนธ์ประสานงาน (Corresponding Author) ให้ทำเครื่องหมาย* ไว้หลังนามสกุล และระบุหมายเลขโทรศัพท์และไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail)

1.1.9 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 การปกป้องสิทธิกลุ่มเป้าหมาย (การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์)

1.2.10 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements) อาจมีหรือไม่มีก็ได้

1.2.11 เอกสารอ้างอิง (References) ต้องไม่น้อยกว่า 6 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 “พิมพ์ด้วยก” 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

ชื่อผู้พิมพ์./ชื่อเรื่อง [ประเภท / ระดับปริญญา].//เมืองที่พิมพ์:มหาวิทยาลัย;ปีที่ได้รับปริญญา
ตัวอย่างด้านล่าง

อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและ
ชนิดเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. 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](http://161.200.96.214/guide/vancouver.pdf)

3. การส่งต้นฉบับ ผู้เขียนสามารถส่งบทความวิจัยต้นฉบับ/บทความวิชาการผ่านทางเว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/>
4. ผลงานจะได้รับการพิจารณา / ประเมิน จากกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านก่อนการตีพิมพ์
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

กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

255 หมู่ 11 ตำบลโคกกรวด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30280

โทรศัพท์ 0-4446-5010-4 ต่อ 310-311 โทรสาร 0-4446-5250 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 ส่งเพื่อขอรับการตีพิมพ์ในวารสารวิจัย
และพัฒนาด้านสุขภาพแห่งเดียวเท่านั้น ไม่เคยตีพิมพ์ในวารสาร / เอกสารการประชุมวิชาการใด
มาก่อน

*หากตรวจพบการเผยแพร่ซ้ำ วารสารฯ มีสิทธิ์ไม่ตีพิมพ์ผลงานของท่านและท่านต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นใน
กระบวนการที่ได้ดำเนินการไปแล้ว

(.....) (.....) (.....)
ผู้เขียนร่วมคนที่ 1 ผู้เขียนร่วมคนที่ 2 ผู้เขียนร่วมคนที่ 3

ข้าพเจ้าขอให้นำส่งผลงานนี้ในประเภท () บทความวิชาการ () บทความวิจัยต้นฉบับ

วันที่ส่งเอกสารให้ฝ่ายจัดการ วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

เจ้าของบทความ / นิพนธ์ต้นฉบับ

กองบรรณาธิการพิจารณาแล้ว () รับเรื่องส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิได้ () ไม่รับ ส่งคืนผู้เขียน

บรรณาธิการ

วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

255 หมู่ 11 ตำบลโคกกรวด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30280

โทรศัพท์ 0-446-5010-4 ต่อ 310-311 โทรสาร 0-446-5250 E-mail : Journalkorat@gmail.com

ใบสมัครสมาชิก

วันที่สมัคร..... หมายเลขสมาชิก.....

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

() โอนผ่านเช็คบัญชี วารสารวิจัยฯ จ.นม. บัญชีเลขที่ 374-0-49482-4 ธนาคารกรุงไทย

สาขาสามแยกปักธงชัย ส่งหลักฐานการโอนเงินมาที่ Journalkorat@gmail.com

ออกใบเสร็จรับเงินในนาม.....

สำนักงานติดต่อ

กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

255 หมู่ 11 ตำบลโคกกรวด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30280

โทรศัพท์ 0-446-5010-4 ต่อ 310-311 โทรสาร 0-446-5021 E-mail : Journalkorat@gmail.com

สำหรับเจ้าหน้าที่

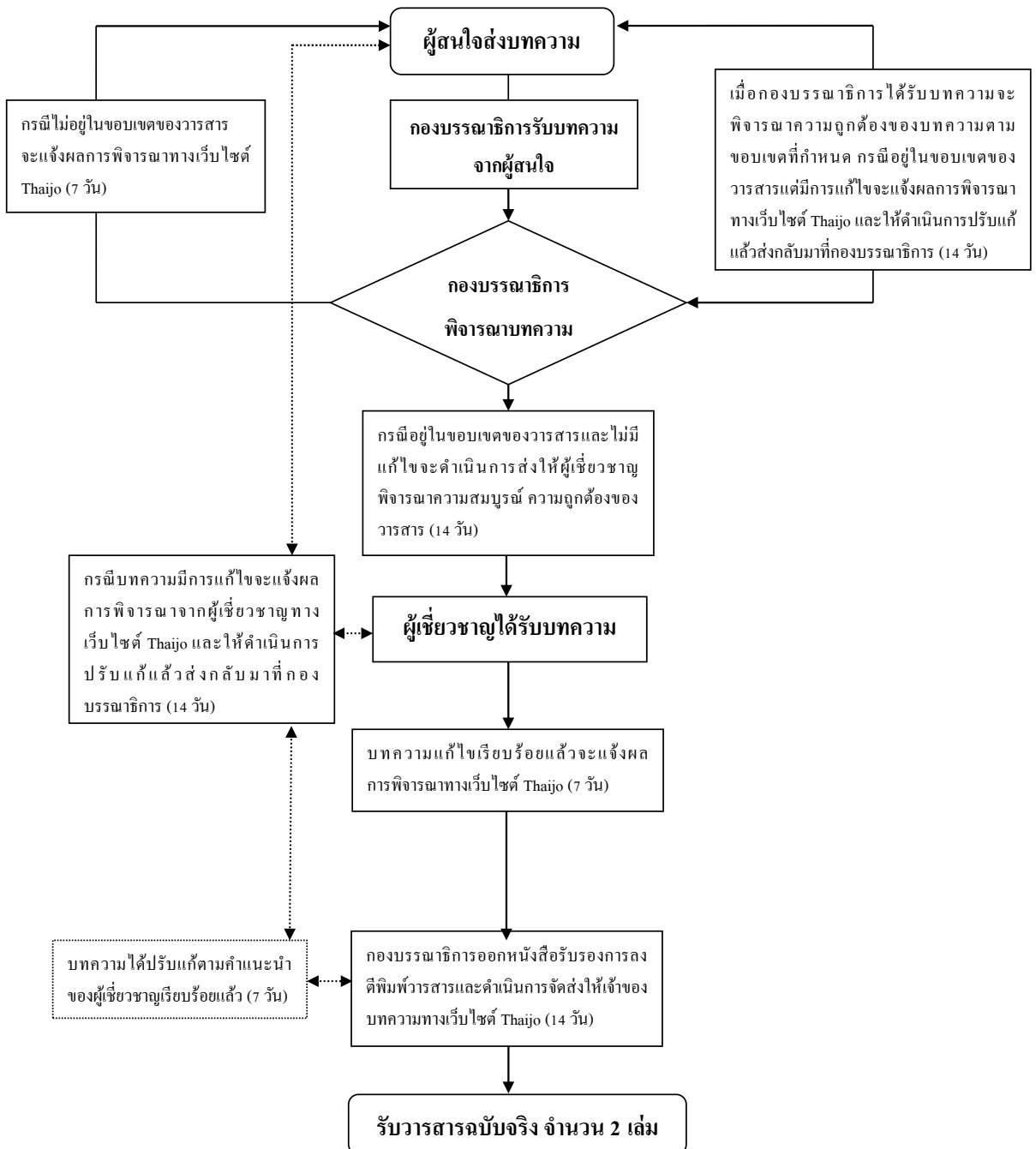
ได้รับเงินแล้วจำนวน..... บาท (.....)

ออกใบเสร็จรับเงินเล่มที่..... เลขที่..... ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับเงิน

(.....)

Flow chart การส่งวารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพฯ



หมายเหตุ

ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มต้นถึงขั้นตอนสุดท้ายใช้ระยะเวลาประมาณ 4 สัปดาห์ กรณีไม่มีแก้ไข และ 9 สัปดาห์ กรณีมีแก้ไข หรือช้ากว่านี้ ขึ้นอยู่กับความร่วมมือของเจ้าของบทความ

ทำเนียบผู้เชี่ยวชาญ

1. Dr. Holly Lakey
University of Oregon, USA
2. รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงวัลลภญา รัตนพิบูลย์
สำนักวิชาแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
3. อาจารย์ นายแพทย์ ดร.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล
สำนักวิชาแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงปัทมา ทองดี
สำนักวิชาแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงพรทิพย์ นิ่มขุนทด
สำนักวิชาแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฏกพัฬ รัตนพิบูลย์
สำนักวิชาแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทันตแพทย์ ดร.ไพบูลย์ จิตประเสริฐวงศ์
สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
8. อาจารย์ ทันตแพทย์ณัฐพล ถินสถิตย์
สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
9. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.หนึ่งหทัย ขอผลกลาง
สำนักวิชาศาสตร์และศิลป์ดิจิทัล
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
10. อาจารย์ ดร.พิชญ์สินี กิจวัฒนาถาวร
สำนักวิชาศาสตร์และศิลป์ดิจิทัล
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
11. อาจารย์ ดร.จินตนา ตาปิน
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
12. อาจารย์ ดร.ลักขณา ไชยนอก
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
13. อาจารย์ ดร.สมชาย ชัยจันทร์
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
14. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิศมัย หอมจำปา
คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
15. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อำภา คนเชื้อ
คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
16. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เมธีรัตน์ มั่นวงศ์
วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
17. รองศาสตราจารย์ ดร.เกศจักรพุดผิงส์ สัตยวงศ์ทิพย์
คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

18. รองศาสตราจารย์ ดร.ธนิดา ผาติเสนะ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
19. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธวัชชัย เอกสันติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
20. อาจารย์ ดร.ฐิติมา ระย้าเพชร คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
21. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มะลิ โพธิพิมพ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
22. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วลัญช์ชยา เขตบำรุง คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
23. อาจารย์ ดร.วรารัตน์ สังวะลี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
24. อาจารย์ ดร.จุน หน่อแก้ว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
25. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธณกร ปัญญาไสโสภณ คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9
26. อาจารย์ ดร. สันติ ทวยมีฤทธิ์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
27. อาจารย์ ดร.แจ่มจันทร์ เทศสิงห์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
28. อาจารย์ ดร.วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนะ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
29. อาจารย์ ดร.สุหทัย โตสังวาลย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
30. อาจารย์ ดร.อดิพร สำราญบัว ศูนย์ SMEs คบวงจรจังหวัดปทุมธานี
31. อาจารย์ ดร.ไศรมาศ พูลผล สำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลาง และขนาดย่อม
32. อาจารย์ ดร.วีระพล วงษ์ประพันธ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
33. อาจารย์ ดร. ศิวัชยุทธิ์ สิงห์ปรุ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
34. อาจารย์ ดร.ก้อง เก็มกระโทก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
35. อาจารย์ ดร.ภัสภิญญ์ พลศรีประดิษฐ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
36. อาจารย์ ดร.สิรินทรา พุตระกูล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
37. อาจารย์ ดร.ธนันท์รักษ์ วัชรารุ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
38. อาจารย์จักรกฤษณ์ ศรีสุวรรณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา