



TJPHS
THAI JOURNAL
OF PUBLIC HEALTH AND HEALTH SCIENCES

2021

ปีที่ 4 ฉบับที่ 3

กันยายน - ธันวาคม 2564

วารสารสาธารณสุข

และวิทยาศาสตร์สุขภาพ

THAI JOURNAL OF PUBLIC HEALTH AND HEALTH SCIENCES





วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Thai Journal of Public Health and Health Sciences)

ผ่านการรับรองคุณภาพ ของ Thai Citation Index (TCI) ถึง - 31 ธันวาคม 2567

สนับสนุนการจัดพิมพ์โดย

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

(เจ้าของลิขสิทธิ์)



ขอบเขตและรายละเอียดเบื้องต้นของวารสาร

วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ(Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS) มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการและผลงานวิจัยทางด้านสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ ขอบเขตของวารสารครอบคลุมในสาขาต่าง ๆ ได้แก่ นโยบายสุขภาพและการจัดการการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ สุขศึกษา พฤติกรรมสุขภาพ อาชีวอนามัย อนามัยสิ่งแวดล้อม พิษวิทยา สาธารณสุขชุมชน ทันตสาธารณสุข เภสัชสาธารณสุข การพยาบาล และสาขาสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์การแพทย์ สนับสนุนโดย คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Thai Journal of Public Health and Health Sciences (TJPHS) aims to publish original articles and contributions relevant to public health and medical sciences. The scope of the journal is broad, covering health policy and management, health care and services, health promotion, health education, behavioral health, occupational health, environmental health, toxicology, community public health, dental public health, public health pharmacy, nursing and related, and other relevant health issues of public health and medical sciences. The journal is supported by Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand.

สนับสนุนการจัดพิมพ์โดย คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
(เจ้าของลิขสิทธิ์)

กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
(Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS)

กรรมการที่ปรึกษา

ศ. (พิเศษ) ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร	อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
ศ. ร.อ. พญ. วณิษา ชื่นกองแก้ว	รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
รศ.ดร.วสุธร ตันวัฒนกุล	รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
รศ.ดร.อรัญญา เชาวลิติ	รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
นพ.ปภัสสร เจียมบุญศรี	รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
รศ.ดร.วสุธร ตันวัฒนกุล	รักษาการในตำแหน่งคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
ไพบุลย์ ขาวสวนศรีเจริญ	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
ดร. อรรถนพ สนธิไชย	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
ประเสริฐ อดิโต	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
ชัยวัฒน์ พันธุ์ศรี	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
สุนทร ปราบเขต	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
สมศักดิ์ มงคลธวัช	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี
ทพ.วีระชาติ ยุทธชาวิทย์	รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.อาภาพร ฤทธิพนธ์	รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
ดร.นพมาศ เครือสุวรรณ	รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และ สาธารณสุขกาญจนาภิเษก

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ศ.ดร.สถิกร พงศ์พานิช	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ศ.ดร.นพ. สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ศ.ดร.ดำรงศักดิ์ ฟ้ารุ่งแสง	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รศ.ดร.สุคนธา คงศีล	มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.พญ.เนสินี ไชยเอีย	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร. ยุวดี รอดจากภัย	มหาวิทยาลัยบูรพา
รศ.ดร. วิทยา อยู่สุข	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร.พญ.ฉันทนา ผดุงทศ	กระทรวงสาธารณสุข

บรรณาธิการที่ปรึกษานานาชาติ

Prof.Dr. Michael A. Yost	University of Washington, USA
Prof.Dr. Mark G. Robson	Rutgers, The State University of New Jersey, USA
Prof.Dr. Cordia Chu	Griffith University, Australia
Prof.Dr. Masahiro Kihara	University of Kyoto, Japan

บรรณาธิการที่ปรึกษานานาชาติด้าน linguistics

Dr. Elizabeth K.H. Thepaksorn Sirindhorn College of Public Health, Trang

บรรณาธิการ

บรรณาธิการ

ดร.พยงค์ เทพอักษร

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.สุชุมาภรณ์ ศรีวิศิษฐ์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ดร.กรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ดร.บุบผา รักชานาม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.นพ.พงษ์เทพ วิวรรณะเดช

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ศ.ดร.วงศ์ เล้าศิริวงศ์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ศ.ดร.นพ.วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รศ.ดร.อนามัย เทศกะทีก

มหาวิทยาลัยบูรพา

รศ.ดร.วัฒน์สิทธิ์ ศิริวงศ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รศ.ดร.โยธิน แสงวงศ์

มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รศ.ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์

มหาวิทยาลัยทักษิณ

รศ.ดร.จรรยา สุวรรณบำรุง

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

รศ.ดร.จำนงค์ ธนะภพ

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ผศ.ดร.นพ.ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผศ.ดร.พงศ์เทพ สุธีรัฐ

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

พ.อ. ผศ. ดร. นพ. ราม รังสินธุ์

วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า

ผศ.ดร. วาริต เจาะจิตต์

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ดร.ชาคริยา พรหมสุบรรณ

มหาวิทยาลัยนเรศวร

ดร.พิมาน ธีระรัตนสุนทร

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ดร.ธงชัย อามาตย์บัณฑิต

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ดร.เกศรา แสนศิริทวีสุข

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 ระบาดวิทยา

ดร.จรัสรัตน์ กิจสมพร

สถาบันพระบรมราชชนก

ผศ.(พิเศษ) ดร.สมตระกูล ราศิริ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

ดร.สุพัฒน์ อาสนะ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ดร.กมลนันทน์ ม่วงยิ้ม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

ดร.อุไรวรรณ ศิริธรรม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

ดร.ภคิน ไชยช่วย

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี



ดร.ปริญญญา จิตอร่าม

ดร.วรัญญา อรุโณทยานันท์

สุจิตา โอภาชี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก

วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร

กองบรรณาธิการนานาชาติ

Assoc.Prof.Dr.Richard N.Neitzel

University of Michigan, USA

Assoc.Prof.Dr.Petra von Heideken Wågert

Mälardalen University, Sweden

Dr.Tri Dung Phung

Griffith University, Australia

Dr. Omid Dadrad

Walailak University

Assist.Prof.Dr.Teeranee Techasrivichien

WHO Thailand

ฝ่ายจัดการ

ดร.สุทัศน์ เสียมไหม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ณวัฒน์ กิตติภัทรไพบูลย์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

วิภาวรรณ แก้วลาย

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

บรรณาธิการแถลง

นับเป็นข่าวดีก่อนสิ้นปีในการรายงานดัชนีความมั่นคงด้านสุขภาพโลก 2021 (Global Health Security Index : GHS Index) โดยคณะนักวิจัยโครงการ Nuclear Threat Initiative ศูนย์ความมั่นคงด้านสุขภาพ, Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University, USA และ Economist Impact ได้จัดอันดับประเทศที่มีความมั่นคงทางสุขภาพ จากการประเมินความพร้อมในการรับมือการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ 2021 โดยประเมิน 6 ปัจจัยครอบคลุมประเด็น การป้องกันการแพร่ระบาด การตรวจหาเชื้อและติดตามดูแลผู้ป่วย การรับมือต่อการแพร่ระบาด ระบบสาธารณสุข การปฏิบัติตามมาตรฐานสากล และการจัดการกับความเสี่ยงด้านการเมือง เศรษฐกิจและ สังคม โดยประเทศไทยมีคะแนนสูงเป็นอันดับที่ 5 ด้วยคะแนนในภาพรวม 68.2 จาก 100 คะแนน และเป็นอันดับ 1 ของเอเชีย เมื่อแบ่งตามปัจจัยที่ใช้ในการวิเคราะห์ ประเทศไทยได้คะแนนสูงสุดในด้านการตรวจหาเชื้อและติดตามผู้ป่วยอยู่ที่ 91.5 คะแนน โดยประเทศที่อยู่ใน 10 อันดับแรก ได้แก่ 1. สหรัฐอเมริกา 2. ออสเตรเลีย 3. ฟินแลนด์ 4. แคนาดา 5. ไทย 6. สโลวาเนีย 7. สหราชอาณาจักร 8. เยอรมนี 9. เกาหลีใต้ และ 10. สวีเดน (<https://www.ghsindex.org/country/thailand/>)

โครงการสถาบันพระบรมราชชนก สัณฐกร ปีการศึกษา 2565 และดำเนินกิจกรรมลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือทางวิชาการ (MOU) ระหว่างสถาบันพระบรมราชชนกกับโรงเรียนเครือข่ายสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา ในเขตสุขภาพที่ทั้ง 13 เขต เพื่อกำหนดแนวทางความร่วมมือในการแนะแนวการเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรต่าง ๆ ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เป็นการประชาสัมพันธ์หลักสูตรและผลการดำเนินงานของวิทยาลัยในสังกัดโดยแนวคิดของ ศ. (พิเศษ) ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก ที่เพิ่มโอกาสและขยายโอกาสการเข้าศึกษาในด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพในวิทยาลัยในสังกัด เมื่อสำเร็จการศึกษาก็จะทำงานในท้องถิ่นบ้านเกิดโดยมีแหล่งงานรองรับไม่เฉพาะหน่วยงานในภาคราชการและกระทรวงสาธารณสุขอีกต่อไป ดังเป้าหมาย คือ 1 มหาวิทยาลัย : 1 ประเทศ (One Country : One Praboromrajchanok Institute หรือ OCOP) สอดคล้องกับพระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2562 สถาบันมีวัตถุประสงค์เพื่อผลิตและพัฒนาบุคลากรตามความต้องการของกระทรวงสาธารณสุขให้การศึกษาส่งเสริมวิชาการและวิชาชีพ ทำการสอน ทำการวิจัย ให้บริการทางวิชาการแก่สังคม และทำนุบำรุงศิลปและวัฒนธรรม ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการในการรับนักศึกษาให้มีประสิทธิภาพ เพื่อตอบสนองวิสัยทัศน์ และพันธกิจของสถาบัน

ขอแสดงความยินดีและชื่นชม กับ ผลการประกวดผลงานวิจัยและนวัตกรรมประจำปี ในนามของสถาบันพระบรมราชชนก ในงานมหกรรมงานวิจัยแห่งชาติ 64 (Thailand Research Expo 2021) ระหว่างวันที่ 22 - 26 พ.ย. 2564 ณ โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์ และบางกอกคอนเวนชันเซ็นเตอร์ เซ็นทรัลเวิลด์ กรุงเทพมหานคร จัดขึ้นภายใต้แนวคิด “พลังงานวิจัย สู่ยุคใหม่แห่งอนาคต” เพื่อแสดงถึงพลังของงานวิจัยที่เป็นกลไกเครื่องมือสำคัญในการวิเคราะห์ข้อมูลและการวางแผนปฏิบัติทำให้เกิดการบูรณาการองค์ความรู้และเทคโนโลยี โดยสถาบันพระบรมราชชนก ได้รับเกียรติบัตร รางวัล Bronze Award ถ้วยรางวัลจากการประกวดผลงานนิทรรศการในผลงาน “ผลการรักษาผิวเปลือกส้มบริเวณต้นขาด้วยสารสกัดตรีภูก” วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์ และสหเวชศาสตร์ และนอกจากนี้ยังได้รับรางวัลผลงานนวัตกรรมสายอุดมศึกษา ดังนี้ รางวัลการเขียนข้อเสนอโครงการนวัตกรรมสายอุดมศึกษา ด้านการพัฒนาเทคโนโลยี ปัญญาประดิษฐ์ อุปกรณ์อัจฉริยะ (ระดับปริญญาตรี)



ระดับดีเด่น คือ ผลงานเรื่องบอลลูนโตเมติก ไร้ข้อติด กล้ามเนื้อมือยึดขยาย คลายตัว สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ ผลงานเรื่อง สื่อการเรียนรู้ระบบหัวใจและหลอดเลือดด้วยหนังสือเทคโนโลยี มิติเสมือนจริง วทบ.จังหวัดนนทบุรีระดับดีมาก คือ ผลงานเรื่อง บอลลูนโตเมติก ไร้ข้อติด กล้ามเนื้อมือยึดขยาย คลายตัวสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี และ รางวัลเหรียญเงิน 9 เรื่อง ได้แก่ 1. ผลงานเรื่อง หุ่นจำลองฟังเสียงปอด วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ร่วมกับ มหาวิทยาลัย เทคโนโลยีพระจอมเกล้า พระนครเหนือ 2. ผลงานเรื่อง อุปกรณ์สวนล้างบาดแผล “Dome irrigation” วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช 3. ผลงานเรื่อง ongsabritraritxooitit วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง 4. ผลงานเรื่อง เครื่องนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าลดความอยาก บุหรี่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ 5. ผลงานเรื่อง กระบอกให้อาหารทางสายยาง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี 6. ผลงานเรื่อง การพัฒนาหุ่นฝึกทักษะการดูดเสมหะทางท่อ หลอดลม สำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี 7. ผลงานเรื่อง อุปกรณ์ช่วยเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี 8. ผลงานเรื่อง หุ่นจำลองช่วยสอนการดูดเสมหะในท่อช่วย หายใจทารกแรกเกิด วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี และ 9. ผลงานเรื่อง คิดโปร้ทลดปวดและคลายบวม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช และ รางวัลเหรียญทองแดง คือ ผลงานเรื่องตุ้ยา 32 Idea วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี (<https://www.thecoverage.info/news/content/2819>)

ในฉบับที่ 3 (เดือนกันยายน- ธันวาคม) ประจำปี 2564 มีบทความวิจัยและวิชาการ ที่ได้รับการตีพิมพ์ประกอบด้วย ผลงานวิจัยและบทความวิชาการ จำนวน 15 เรื่อง กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านสมาชิก คณาจารย์ นักวิจัย นักศึกษา บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนศิษย์เก่า และบุคคลทั่วไปที่สนใจได้รับความรู้และนำความรู้ที่ได้จากบทความดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงาน การเรียนการสอน และทำวิจัย ตลอดจนเป็นข้อมูลอ้างอิงในเชิงวิชาการต่อไปซึ่งท่านสามารถสืบค้น และดาวน์โหลดบทความในวารสารได้ ที่เว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjph/index>

สารบัญ

เรื่อง

หน้า

บรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ

บรรณาธิการแถลง

บทความวิจัย (Original Article)

- ความคาดหวังของผู้ปกครองต่อหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต มหาวิทยาลัยทักษิณ 1
Guardians' Expectation on Bachelor of Thai Traditional Medicine Program, Thaksin University

กุสุมาลย์ น้อยผา, พิมพิมล บัวสงค์

- การตีตรา แรงสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัด 18
ลพบุรี
Perceived Stigma, Social Support, and Quality of Life among People Living with HIV/AIDS in Lopburi Province

บุรัสกร ตริสกุล, มธุรส ทิพยมงคลกุล, ณัฐนารี เอมยงค์, เพ็ญพักตร์ อุทิศ

- การศึกษาความคิดเห็นของแกนนำภาคีเครือข่ายเพื่อการไม่สูบบุหรี่ในการสนับสนุนโครงการ 3 ล้าน 33
3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน
A Study of Opinions of Core Leaders in a No-smoking Network to Support the 'Three Millions-Three Years Anti-smoking for King Project'

ศุภาพิชญ์ โพน์ โบร์แมนน์, สุนันทา ทองพัฒน์, เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์, วรรณพร บุญเปล่ง, สุดคณิง
ฤทธิ์ฤทัย, กนิษฐา ณัดกิจ, วิไลพร ขำวงษ์, สรายุทธ นามเมือง

- ผลของโปรแกรมกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยด้วยเทคโนโลยีการสื่อสารผ่านสมาร์ตโฟนของ 49
พนักงานแปรรูปไม้ยางพารา
Effects of Safety Promotional Program Intervention via Smartphone Communication Technology in Para Wood Sawmill workers

ศรินทร์ พฤกษ์พนา, วาริท เจาะจิตต์, พยงค์ เทพอักษร, จันจิรา มหาบุญ

- การพัฒนาแผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพรพอกเข้าบรรเทาอาการปวดเข่าสำหรับผู้มารับบริการที่
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแม่นาง จังหวัดนนทบุรี 67
Development of Knee Herb Hydrogel Patches for Relieving Knee Pain in Patients at
Bang Mae Nang Health Promoting Hospital, Nontaburi Province, Thailand
- ปัทมา ทองธรรมชาติ, ศุภะลักษณ์ พักคำ, อรุณี ยันตรปกรณ, เบญจวรรณ พูนธนานิวัฒน์กุล
- ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ในจังหวัดปัตตานี 80
Factors Affecting to Perception of Risk for Pregnant Women in Pattani Province
- โซพิยะห์ เกษรา, นูริน ดือเร๊ะ, รัชนี เทียมแก้ว
- บรรยากาศองค์การที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร ในโรงพยาบาลชุมชน
ขนาด 30 เตียง ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ 96
Organizational Climate Affecting the Staff's Quality of Working Life in 30-bed
Community Hospitals in Three Southern Border Provinces
- จิรพล เงินมูล
- การศึกษาภูมิปัญญาการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการรักษาโรคไข้: กรณีศึกษาหมोजิตร์ บุญเลื่อง
อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง 111
A Study of Herbal Folk Medicine Wisdom to Treat the Flu: Case Study of Mr. Jitr
Boonluang, Wang Wiset District, Trang Province
- นันทจิพร พวงแก้ว, เจษฎา อุดมพิทยาสรณ์, กมลวรรณ สุกแดง, พันศร รัตนา, นัชมินย์ หลง
- ความสัมพันธ์ระหว่างพหุปัจจัยเชิงนิเวศวิทยาสังคมกับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม
ของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านปึก อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 123
The relationship between multi-socioecological factors and risk of falls among elderly
in Ban Peuk sub-district, Mueang district, Chonburi province
- วรัญญูศิลา ทรัพย์ประเสริฐ, ทอแสง พรหมนึ่งวงศ์, วรวรรณ แก้วราช, สิริวรรณ มีสะอาด,
อภิญา สืบจากหล้า, อัสวอาสน์ อุดมยง, อารณีย์ ศรีลัมภ์

- การพัฒนาแนวทางส่งเสริมการดำเนินชีวิตเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ
เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา 139

Development of ways to promote life styles in order to Psychological well-being of the
Elderly in Yala city municipality, Yala province

นิวัติ ไชยแสง, อุบลทิพย์ ไชยแสง

- ผลของการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือ ตลาดนัดสุขภาพ ที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน
ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 154

The Effect of Cooperative Learning with Health Market of Second- Year Nursing
Students

สาธิตาน มากชูชิต

- คุณลักษณะของบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติและผลลัพธ์ที่พึง
ประสงค์ของการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี 166

Qualifications of Graduates according to Thai Qualifications Framework for Higher
Education and Desired Outcome of Education to Boromarajonani College of Nursing,
Suphanburi

เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์, สุนทรี ชะชาตย์, อุษณียาภรณ์ จันท

- การศึกษาข้อมูลเบื้องต้นด้านองค์ประกอบทางเคมีและฤทธิ์ด้านการอักเสบของสมุนไพรที่ใช้แทนกัน
ระหว่างโกฐเชียงและไพลตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย 178

Preliminary Study of Chemical Profiles and Anti-inflammatory Activity of
Interchangeable Herb Comparing between *Angelica sinensis*(Oliv.) Diels. and *Zingiber*
cassumunar Roxb. according to Thai Traditional Medicine Theory

นิพนธ์ แก้วต่าย, วศิน บำรุงชัยชนะ

- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพตัวเองของประชาชนในกลุ่ม
วัยทำงาน 187

Factors associated with Health Literacy for Self-Health Care of People in Working Group

เบญจวรรณ พุณณานิวัฒน์กุล, อรุณี ยันตรปรกรณ์, ปาริชาติ จันทน์เที่ยง, เฉลิมชัย เพาะบุญ,
นลินภัทร์ รตนวิบูลย์สุข และธัญวิสิทธิ์ วรารณโชติกุล



บทความวิชาการ (Academic Article)

- การประเมินปริมาณรังสีที่ผิวหนังผู้ป่วยที่ได้รับการถ่ายภาพเอกซเรย์ 204
Assessment of Entrance Skin Dose for Patient undergoing Radiography

บุญเสริม เนยสูงเนิน, เกษภา ตันทนุช

- บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อลดการรับรู้ตราบาป 215
The Role of Nurses in Promoting the Ability to Care for Patients with Schizophrenia by
Reducing Perception of Stigma

ปณิดา พุ่มพุด และขวัญตา ภูริวิทย์ธีระ

ปกิณกะ

- มองผ่านกรอบแนวทางการศึกษาด้านสุขภาพของพิภพโลก (Planetary Health) 225
A Framework to Guide Planetary Health Education

พยงค์ เทพอักษร

- คำแนะนำการส่งบทความ 229

- จริยธรรมวิจัยและการตีพิมพ์ 233

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: Jan. 23, 2020

Accepted: Oct. 27, 2021

Published: Nov. 8, 2021

ความคาดหวังของผู้ปกครองต่อหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต มหาวิทยาลัยทักษิณ

Guardians' Expectation on Bachelor of Thai Traditional Medicine Program, Thaksin University

กุสุมาลย์ น้อยผา¹ และ พิมพิมล บัวสงค์¹

¹หลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

Kusumarn Noipha¹ and Pimpimol Buasong¹

¹Bachelor of Thai Traditional Medicine Program, Faculty of Health and Sports Science,
Thaksin University

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคาดหวังของผู้ปกครองต่อการจัดการเรียนการสอนของหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ปกครองของนิสิตที่ศึกษาในระดับปริญญาตรี ในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2562 หลักสูตรแพทย์แผนไทยบัณฑิต มหาวิทยาลัยทักษิณ รวมทั้งสิ้น จำนวน 135 คน โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากประชากรทั้งหมด เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ผลการวิจัย พบว่า ความคาดหวังต่อการจัดการเรียนการสอนของหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต มหาวิทยาลัยทักษิณ โดยภาพรวมผู้ปกครองมีความคาดหวังต่อหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.42$, S.D.=0.46) และผู้ปกครองมีความคาดหวังต่อคุณภาพอาจารย์ในหลักสูตรมากที่สุด ($\bar{X}=4.51$, S.D.=0.54) เมื่อเปรียบเทียบความคาดหวังของผู้ปกครอง ต่อการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต มหาวิทยาลัยทักษิณ จำแนกตาม ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ พบว่า ผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพที่แตกต่างกัน มีความคาดหวังที่ไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$)

คำสำคัญ : ความคาดหวังของผู้ปกครอง การจัดการเรียนการสอน หลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต

Corresponding author: กุสุมาลย์ น้อยผา E-mail: kusumarn.n@hotmail.com

*Original article***Abstract***Received: Jan. 23,2020**Accepted: Oct. 27,2021**Published: Nov. 8,2021*

This research study aimed to examine the expectations of guardians regarding the management of the Bachelor of the Thai traditional medicine program of Thaksin University. Our population sample was 135 guardians of students studying in the second semester of 2019 of a Bachelor of Thai traditional medicine program. The researchers collected data from the entire population using a questionnaire. We calculated descriptive statistics including the mean ($\bar{X}$) and standard deviation (S.D.). We used a one-way ANOVA results to examine the expectations of the students' guardians for teaching management of this Bachelor of Thai traditional medicine program. Overall, we found that guardians had high expectations for this Bachelor of Thai traditional medicine program ($\bar{X}$ =4.42, S.D.=0.46). Guardians had the highest expectations for the quality of teachers ($\bar{X}$ =4.51, S.D.=0.54). We did not find significant differences in the expectations of guardians on teaching management of this bachelor of Thai traditional medicine program when stratifying guardians' education level, income, and occupation ($p>0.05$).

Key words: Guardians' expectation, Teaching management, Bachelor of Thai traditional medicine Program

Corresponding author: Kusumarn Noipha E-mail: kusumarn.n@hotmail.com

บทนำ

หลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณหลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2560 เริ่มต้นจากการเป็นหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต หลักสูตรใหม่ พ.ศ. 2555 จากนั้นได้มีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพเศรษฐกิจและสังคมจนมาเป็นหลักสูตรปัจจุบัน และในหลักสูตรปัจจุบันได้มีการวิเคราะห์และปรับเปลี่ยนโครงสร้างมาโดยตลอดตามแผนที่ได้ตั้งเอาไว้ ทั้งนี้ในเล่มหลักสูตร มคอ.2 ได้เขียนวัตถุประสงค์ของหลักสูตรไว้ดังนี้ คือ เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนตามหลักสูตรแล้ว บัณฑิตการแพทย์แผนไทยจะมีคุณธรรม จริยธรรม ความรู้ ความสามารถ สมรรถนะ ดังนี้ 1) มีความรอบรู้และทักษะในศาสตร์วิชาชีพทางการแพทย์แผนไทย รวมทั้งพื้นฐานวิทยาศาสตร์ การแพทย์และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง สามารถเลือกรับ ปรับ และประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยได้อย่าง เหมาะสม สามารถทำการวิจัยและศึกษาต่อในระดับสูงขึ้น 2) สามารถให้การบริการการแพทย์แผนไทยได้อย่างเป็นองค์รวม แก่ผู้รับบริการ โดยใช้ภูมิปัญญา การแพทย์แผนไทย ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์แผนไทยอย่างมีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัย ภายใต้กฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ 3) มีคุณธรรม จริยธรรม ปฏิบัติตนอย่างเหมาะสม ทั้งตนเอง ผู้รับบริการ เพื่อนร่วมงาน มีความรับผิดชอบต่อสังคม โดยยึดหลักกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ 4) มีความสามารถใช้ทักษะในการคิด วิเคราะห์ สังเคราะห์อย่างเป็นระบบ เพื่อการแก้ปัญหา การสร้างสรรค์ การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง สนใจใฝ่รู้และสามารถพัฒนาตนเอง วิชาชีพ และสังคมได้อย่างต่อเนื่อง ใน การนำไปสู่การบริหารจัดการในองค์กรทางสุขภาพ การแก้ปัญหา การพัฒนางานให้กับองค์กร ชุมชนและสังคม 5) มีทักษะ ความสามารถในการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การใช้สถิติ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อ สนับสนุน และพัฒนาการปฏิบัติงานในวิชาชีพ และการสื่อสารได้อย่างเหมาะสม 6) มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีภาวะผู้นำ สื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถทำงานเป็นทีมกับสหวิชาชีพและชุมชน (Bachelor of Thai Traditional Medicine Program, Thaksin University, 2017) ซึ่งการเขียนวัตถุประสงค์ในขณะนั้นถูกเขียนขึ้น โดยศึกษาจากความคาดหวังของสังคมที่มีต่อแพทย์แผนไทย และพยายามให้สอดคล้องกับมาตรฐานผลการเรียนรู้ ทั้ง 6 ด้าน ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ และมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขา การแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2560 ตลอดจนคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ของสาขาการแพทย์แผนไทย ซึ่ง ประกอบไปด้วย 1) ด้านคุณธรรมจริยธรรม 2) ด้านความรู้ 3) ด้านทักษะทางปัญญา 4) ด้านทักษะความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 5) ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และเทคโนโลยีและสารสนเทศ และ 6) ทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ (Office of the Higher Education Commission, 2017)

การเรียนการสอนในระดับอุดมศึกษาจำเป็นต้องคำนึงถึงองค์ประกอบของการเรียนการสอน อันเป็น ปัจจัยที่มีความสำคัญในการที่จะส่งเสริมให้การเรียนการสอนมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ซึ่งการจัดการเรียน การสอน ตามองค์ประกอบของคุณภาพการศึกษาที่ต้องพิจารณารายละเอียดของ องค์ประกอบหลายด้าน ได้แก่ ด้านหลักสูตร ด้านผู้เรียน ด้านผู้สอน ด้านกระบวนการจัดการเรียนการสอน ด้านการวัดและประเมินผล และ ด้านปัจจัยเกื้อหนุน กล่าวคือ ด้านหลักสูตรเป็นสิ่งที่กำหนดโครงสร้างของการเรียนและโครงสร้างของชุดวิชา หาก มีการจัดหลักสูตรอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้เรียนก็จะบรรลุจุดมุ่งหมายของการเรียนการสอน นอกจากนี้ควรมีการ วางแผนเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาหลักสูตรเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียนและสังคม และเป็นการ ปรับปรุงหลักสูตรให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Vatanapakorn & Phonprapruit, 2014) อย่างไรก็ตาม ในช่วง

ศตวรรษที่ 21 นี้ การศึกษาได้เน้นหนักและให้ความสำคัญไปที่ ผลลัพธ์การเรียนรู้ หรือ Learning Outcomes (LO) ของผู้เรียนทั้งในระดับหลักสูตรและรายวิชา เพราะเป็นเครื่องกำหนดและตัวชี้วัดที่สำคัญว่าผู้เรียนมีความรู้ ความเข้าใจ หรือสามารถใช้ทักษะต่างๆ ตามที่ได้เรียนจากหลักสูตรหรือไม่ การกำหนดผลการเรียนรู้ที่คาดหวัง หรือ Expected Learning Outcomes (ELO) ของหลักสูตรนั้น ต้องได้รับการพิจารณาจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ซึ่งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ ได้แก่ อาจารย์ผู้สอน นิสิต ผู้ใช้บัณฑิต ศิษย์เก่า รวมถึงจาก ผู้ปกครองของนิสิต ทั้งนี้ ในปีการศึกษา 2565 สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง ต้องดำเนินการปรับปรุงหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2565 ดังนั้นเพื่อให้หลักสูตรมี ELO ที่ชัดเจนและตรงกับตามความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จึงจำเป็นต้องรับฟังเสียงสะท้อนจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียดังกล่าวข้างต้น

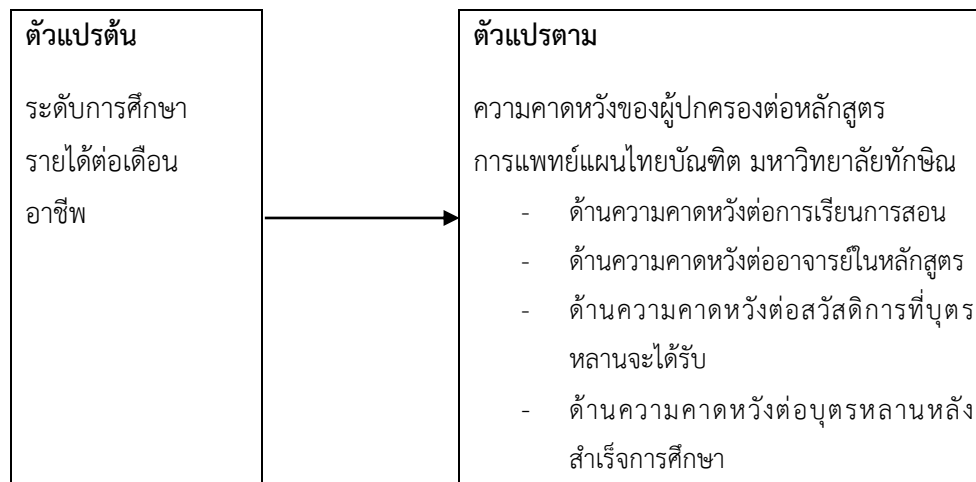
การปฏิรูปการเรียนรู้ตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ได้ให้ความสำคัญของพ่อ แม่ ผู้ปกครองไว้ว่าพ่อ แม่ ผู้ปกครอง เป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับบุตรหลานมากที่สุดเป็นพลังที่ยิ่งใหญ่ที่ช่วยผลักดันให้ การดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ประสบความสำเร็จได้ ด้านการศึกษาก็เช่นกัน ผลการวิจัยด้านครอบครัวที่ผ่านมา พบว่าความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดระหว่างพ่อ แม่ ผู้ปกครองจะทำให้บุตรหลานประสบความสำเร็จในด้านวิชาการ ได้ (Saengyai, B, 2012) และประกอบกับผู้ปกครองมีความเชื่อว่าคนที่มีความรู้มากคือคนเก่งและจะมีอนาคตที่ดี การศึกษาจึงเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาคุณภาพของบุตรหลานให้สามารถพัฒนาศักยภาพที่มีอยู่ได้อย่างเต็มที่มี ความเก่งมากเพียงพอที่จะเป็นที่ยอมรับของสังคม ดังนั้น ผู้ปกครองจึงมีความคาดหวังสูงในเรื่องการศึกษาของ บุตรหลาน การเลือกแผนการเรียน การศึกษาต่อ และการประกอบอาชีพในอนาคต จากความสำคัญของผู้ปกครองข้างต้น การแสดงความคิดเห็นของผู้ปกครองต่อการบริหารงานวิชาการ และการจัดกิจกรรมการเรียน การสอนของหลักสูตรจึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาหลักสูตรอย่างยิ่ง ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาถึงความคาดหวังของผู้ปกครองของนิสิตที่มีต่อการบริการจัดการหลักสูตรการแพทย์แผนไทยที่สำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการ เรียนการสอน ด้านคุณภาพของอาจารย์ในหลักสูตร สวัสดิการที่บุตรหลานจะได้รับ และด้านอาชีพของบุตรหลาน หลังสำเร็จการศึกษา และสรุปผลความคาดหวังดังกล่าว เพื่อนำไปเป็นแนวทางการกำหนด ELO ของหลักสูตร การแพทย์แผนไทยบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2565 และดำเนินการผลิตบัณฑิตที่มีผลการเรียนรู้ตามความ คาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความคาดหวังของผู้ปกครองนิสิตในหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิตต่อการเรียน การสอน อาจารย์ในหลักสูตร สวัสดิการที่บุตรหลานจะได้รับ อาชีพของบุตรหลานหลังสำเร็จการศึกษา
2. เพื่อเปรียบเทียบความคาดหวังของผู้ปกครองนิสิตในหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิตต่อการเรียน การสอน อาจารย์ในหลักสูตร สวัสดิการที่บุตรหลานจะได้รับ อาชีพของบุตรหลานหลังสำเร็จการศึกษา จำแนก ตามระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และอาชีพของผู้ปกครอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาความคาดหวังของผู้ปกครองต่อหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต มหาวิทยาลัยทักษิณ ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อกำหนดผลการเรียนรู้ที่คาดหวังจากกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ และ ELO ของหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2560 สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยทักษิณ โดยศึกษาและเปรียบเทียบความความหวังจำแนกตาม ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพของผู้ปกครองนิสิต ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดงานวิจัยเรื่อง การศึกษาความคาดหวังของผู้ปกครองต่อหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต มหาวิทยาลัยทักษิณ

ระเบียบวิธีวิจัย

แบบแผนการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ปกครอง (บิดา มารดา ญาติ หรือ ผู้ที่เป็นผู้ปกครองตามกฎหมาย) ของนิสิตทุกคนที่ศึกษาในระดับปริญญาตรี ในปีการศึกษา 2562 หลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2560) มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง รวมทั้งสิ้น จำนวน 135 คน ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของยามาเน่ (Yamane, 1973) โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 101 คน และเพื่อป้องกันความไม่ครบถ้วนและไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถามจึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 111 คน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ดังนี้ การคัดเข้าคือ ผู้ปกครองของนิสิตที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ และคัดออกคือ ผู้ปกครองที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ และตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความคาดหวังของผู้ปกครองต่อหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต มหาวิทยาลัยทักษิณ แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ที่อยู่ปัจจุบัน สถานภาพ สถานะความสัมพันธ์กับบิดา ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ช่องทางที่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต และเหตุผลที่บุตรหลานของท่านมาเรียนที่หลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต

ส่วนที่ 2 ความคาดหวังต่อหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต มหาวิทยาลัยทักษิณ จำนวน 35 ข้อ

โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านความคาดหวังต่อการเรียนการสอน 10 ข้อ ด้านความคาดหวังต่ออาจารย์ในหลักสูตร 6 ข้อ ด้านความคาดหวังต่อสวัสดิการที่บุตรหลานจะได้รับ 8 ข้อ และด้านความคาดหวังต่อบุตรหลานหลังสำเร็จการศึกษา 10 ข้อ

มีเกณฑ์การให้คะแนนตามแนวคิดของลิเคอร์ท (Best & Kahn, 1993, pp. 244-247) คือ 5 หมายถึง มีความคาดหวังมากที่สุด 4 หมายถึง มีความคาดหวังมาก 3 หมายถึง มีความคาดหวังปานกลาง 2 หมายถึง มีความคาดหวังน้อย และ 1 หมายถึง มีความคาดหวังน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 ความคาดหวังอื่นๆ และข้อเสนอแนะต่อหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต มหาวิทยาลัยทักษิณ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน โดยการนำผลพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ได้เท่ากับ 0.941 การตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดสอบกับคนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.923

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามไปให้กับผู้ปกครองทางไปรษณีย์ โดยชี้แจงขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามให้ผู้ปกครองเข้าใจในแบบนำเอกสาร โดยให้ผู้ปกครองส่งเอกสารคืนที่สาขาวิชา ภายใน 1 เดือน กรณีผู้ปกครองที่สูงอายุ มีความพิการทางสายตา หรืออ่านหนังสือไม่ออก ถ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการสามารถให้ญาติใช้แบบสอบถามในการซักถามและตอบคำถามในแบบสอบถามให้ผู้ปกครองโดยตรง ทั้งนี้ ผู้ปกครองหรือญาติของผู้ปกครองสามารถโทรศัพท์สอบถามความเข้าใจจากผู้วิจัยได้โดยตรง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม วิเคราะห์ โดยหาความถี่ (Frequency) และหาร้อยละ (Percentage)

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ระดับความคาดหวังของผู้ปกครองต่อหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต มหาวิทยาลัยทักษิณ โดยหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ในภาพรวมและรายด้าน โดยมีเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ย (Srisa-aad, 2010) ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง มีความคาดหวังมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง มีความคาดหวังมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง มีความคาดหวังปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง มีความคาดหวังน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง มีความคาดหวังน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความคาดหวังของผู้ปกครองต่อหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต มหาวิทยาลัยทักษิณ จำแนกตามระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ ของผู้ปกครอง โดยใช้การทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA)

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ดำเนินการรับรองการดำเนินการวิจัยตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยทักษิณ เลขรับรองที่ COA No. TSU 2020-014 (REC No.0038)

ผลการวิจัย

การศึกษาความคาดหวังของผู้ปกครองต่อหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต มหาวิทยาลัยทักษิณ โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ให้ผลการวิจัยดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ตามความคาดหวังของผู้ปกครองต่อหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต มหาวิทยาลัยทักษิณ จากการศึกษาวิจัยมีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 135 ชุด ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สถานะความสัมพันธ์กับบิดา ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน อาชีพ ช่องทางที่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับหลักสูตรการแพทย์แผนไทย และเหตุผลที่บุตรหลานมาเรียนหลักสูตรการแพทย์แผนไทย พบข้อมูลทั่วไป แสดงดัง ตารางที่ 1 สำหรับช่องทางที่ผู้ปกครองได้รับข่าวสารเกี่ยวกับหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับหลักสูตรการแพทย์แผนไทยจากสื่อเฟซบุ๊ก หรือไลน์ ร้อยละ 31.5 รองลงมาได้แก่สื่อโทรทัศน์ ร้อยละ 27.5 เว็บไซต์ ร้อยละ 16.30 เพื่อน ร้อยละ 10.8 สื่อวิทยุ และอื่นๆ ร้อยละ 4.8 ตามลำดับ เหตุผลที่บุตรหลานมาเรียนหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต พบว่าเหตุผลที่บุตรหลานมาเรียนหลักสูตรการแพทย์แผนไทย 5 อันดับ ได้แก่ ตามความสมัครใจของบุตรหลาน ร้อยละ 20.7 หลักสูตรน่าสนใจ ร้อยละ 10.3 อยากรับราชการสายงานแพทย์แผนไทย ร้อยละ 9.3 อยากเปิดคลินิกแพทย์แผนไทย ร้อยละ 9.1 และ เห็นความสำคัญของแพทย์แผนไทย ร้อยละ 8.2

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ของผู้ปกครองต่อหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต
มหาวิทยาลัยทักษิณ จำนวน 135 คน

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	33	24.4
หญิง	102	75.6
อายุ		
ต่ำกว่า 29 ปี	11	8.1
30-40 ปี	6	4.4
41-51 ปี	70	51.9
52-62 ปี	42	31.1
63 ปีขึ้นไป	6	4.4
สถานภาพ		
โสด	14	10.4
สมรส	106	78.5
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	15	11.1
สถานะความสัมพันธ์กับนิสิต		
บิดา/มารดา	128	94.8
ญาติ เช่น ลุง ป้า น้า อา พี่	7	5.2
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	51	37.8
มัธยมศึกษา	50	37.0
อนุปริญญา	8	5.9
ปริญญาตรี	21	15.6
ปริญญาโท	3	2.2
อื่นๆ	2	1.5
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	30	22.2
5,000-10,000 บาท	61	45.2
10,001-15,000 บาท	23	17.0
15,001-20,000 บาท	7	5.2

ตารางที่ 1 (ต่อ)

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน		
20,001-25,000 บาท	7	5.2
มากกว่า 25,000 บาท	7	5.2
อาชีพ		
รับราชการ	10	7.4
รัฐวิสาหกิจ	2	1.5
รับจ้างทั่วไป	29	21.5
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	15	11.1
ผู้ประกอบการ/เจ้าของธุรกิจ	12	8.9
ลูกจ้าง/พนักงานเอกชน	7	5.2
เกษตรกร/ประมง	43	31.9
อื่นๆ ได้แก่ ธุรกิจส่วนตัว ค้าขาย	17	12.6

2. ความคาดหวังต่อการเรียนการสอนในหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต มหาวิทยาลัยทักษิณ จำนวน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความคาดหวังต่อการเรียนการสอน ด้านความคาดหวังต่ออาจารย์ในหลักสูตร ด้านความคาดหวังต่อสวัสดิการที่บุตรหลานจะได้รับ และด้านความคาดหวังต่อบุตรหลานหลังสำเร็จการศึกษา จากการศึกษาค้นคว้า พบว่า ความคาดหวังต่อหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.42 ± 0.46 โดยเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความคาดหวังที่มากที่สุด คือ ความคาดหวังต่ออาจารย์ในหลักสูตร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.51 ± 0.54 รองลงมาคือ ความคาดหวังต่อบุตรหลานหลังสำเร็จการศึกษา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.49 ± 0.47 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับความคาดหวังด้านต่างๆ ของผู้ปกครองต่อหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต
มหาวิทยาลัยทักษิณ (N=135 คน)

ความคาดหวังด้านต่างๆ	ระดับความคาดหวัง		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
ความคาดหวังต่อการเรียนการสอน	4.42	0.49	มาก
1. หลักสูตรฯ มีระยะเวลาที่ใช้ศึกษาเหมาะสม (4 ปี)	4.41	0.59	มาก
2. หลักสูตรฯ มีวิชาที่สอนความหลากหลาย น่าสนใจและทันสมัย	4.26	0.60	มาก
3. หลักสูตรฯ มีกฎระเบียบที่เหมาะสมเพื่อหล่อหลอมบุตรหลานของท่านให้เป็นแพทย์แผนไทยที่ดี	4.51	0.57	มากที่สุด

ความคาดหวังด้านต่างๆ	ระดับความคาดหวัง		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
4. หลักสูตรฯ มีอาจารย์ที่ใส่ใจ ทุ่มเทและเสียสละเวลาเพื่อให้คำปรึกษาแก่บุตรหลานของท่าน	4.44	0.64	มาก
5. หลักสูตรฯ มีกระบวนการจัดการเรียนการสอนที่หล่อหลอมให้บุตรหลานของท่านเป็นคนดีของสังคม	4.56	0.56	มากที่สุด
6. หลักสูตรฯ มีการฝึกทักษะการเขียน การพูด เพื่อนำเสนอผลงานต่อสาธารณชน	4.50	0.57	มากที่สุด
7. หลักสูตรฯ มีสื่อและเทคโนโลยีในการสอนที่ทันสมัย มีมาตรฐาน พร้อมใช้งาน	4.27	0.69	มาก
8. หลักสูตรฯ มีกิจกรรมเสริมหลักสูตรฯ ที่เป็นประโยชน์ต่อบุตรหลานของท่าน	4.44	0.59	มาก
9. หลักสูตรฯ มีการศึกษาดูงานนอกสถานที่ และเรียนรู้ร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ	4.35	0.79	มาก
10. หลักสูตรฯ จัดให้บุตรหลานของท่านได้เรียนรู้ร่วมกับปราชญ์ชาวบ้าน วิชาหกิจชุมชน ภาครัฐ และภาคเอกชน	4.40	0.67	มาก
ความคาดหวังต่ออาจารย์ในหลักสูตร	4.51	0.54	มากที่สุด
1. อาจารย์มีความรู้ ความสามารถ และมีความเชี่ยวชาญในวิชาที่สอน	4.53	0.57	มากที่สุด
2. อาจารย์มีจรรยาบรรณของความเป็นครูและเป็นแบบอย่างที่ดี	4.52	0.62	มากที่สุด
3. อาจารย์มีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้หรือการสอนอย่างเหมาะสม	4.56	0.59	มากที่สุด
4. อาจารย์เปิดโอกาสและกระตุ้นให้บุตรหลานของท่านได้แสดงความคิดเห็นในวิชาที่เรียน	4.46	0.61	มาก
5. อาจารย์ให้คำแนะนำแก่บุตรหลานของท่านในกฎระเบียบ และนโยบายของมหาวิทยาลัยได้	4.46	0.63	มาก
6. อาจารย์ดูแล ให้คำปรึกษา และไม่เพิกเฉยต่อปัญหาของนิสิตตลอดการศึกษา	4.53	0.63	มากที่สุด
ความคาดหวังต่อสวัสดิการที่บุตรหลานจะได้รับ	4.28	0.65	มาก
1. มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ และพักผ่อน	4.41	0.64	มาก
2. มีหอพักภายในมหาวิทยาลัยที่ปลอดภัย	4.61	0.56	มากที่สุด
3. คณะฯ มีห้องสมุดและระบบสารสนเทศที่ทันสมัยให้บริการ	4.31	0.82	มาก
4. คณะฯ มีสถานที่และอุปกรณ์สนับสนุนให้นิสิตทำกิจกรรมนันทนาการ	4.26	0.80	มาก
5. คณะฯ มีสถานที่และอุปกรณ์สำหรับออกกำลังกาย และเล่นกีฬา	4.22	0.78	มาก
6. คณะฯ มีร้านจำหน่ายอาหาร และสินค้าแก่นิสิต	3.90	1.16	มาก
7. คณะฯ มีทุนการศึกษา หรือหาแหล่งทุนการศึกษาให้	4.22	0.85	มาก
8. คณะฯ มีสวัสดิการการรักษาพยาบาลที่ดี และสะดวก	4.27	0.76	มาก
ความคาดหวังต่อบุตรหลานหลังสำเร็จการศึกษา	4.49	0.47	มาก
1. บุตรหลานของท่านเป็นที่ยอมรับในสังคม เช่น ครอบครัว ที่ทำงานและเพื่อน	4.52	0.53	มากที่สุด
2. บุตรหลานของท่านสามารถนำความรู้ที่ได้จากการศึกษามาสร้างประโยชน์แก่สังคม	4.59	0.54	มากที่สุด
3. บุตรหลานของท่านสามารถแก้ไขปัญหาและพัฒนาต่อยอดความรู้ที่เรียนมาได้	4.56	0.57	มากที่สุด
4. บุตรหลานของท่านสามารถศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้นไปได้	4.47	0.60	มาก

ความคาดหวังด้านต่างๆ	ระดับความคาดหวัง		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
5. บุตรหลานของท่านสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการประกอบอาชีพ ก่อให้เกิดรายได้	4.56	0.54	มากที่สุด
6. บุตรหลานของท่านสามารถรับราชการได้	4.49	0.65	มาก
7. บุตรหลานของท่านสามารถทำงานในหน่วยงานรัฐวิสาหกิจได้	4.41	0.66	มาก
8. บุตรหลานของท่านสามารถทำงานในบริษัทเอกชนได้	4.43	0.59	มาก
9. บุตรหลานของท่านสามารถเปิดคลินิก/ร้านเป็นของตนเองได้	4.49	0.62	มาก
10. บุตรหลานของท่านสามารถประกอบอาชีพอิสระอื่นๆ ได้	4.41	0.59	มาก
ภาพรวม	4.42	0.46	มาก

3. เปรียบเทียบความคาดหวังผู้ปกครองต่อหลักสูตรการแพทย์แผนไทย จำแนกตามระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ จากการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองที่มีรายได้ และอาชีพที่ต่างกัน มีความคาดหวังต่อหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิตในด้านความคาดหวังต่อการเรียนการสอน ด้านความคาดหวังต่ออาจารย์ในหลักสูตร ด้านความคาดหวังต่อบุตรหลานหลังสำเร็จการศึกษา ด้านความคาดหวังต่อสวัสดิการที่บุตรหลานจะได้รับ และความคาดหวังโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p>0.05$

ส่วนผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความคาดหวังต่อหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิตในด้านความคาดหวังต่อการเรียนการสอน ด้านความคาดหวังต่ออาจารย์ในหลักสูตร ด้านความคาดหวังต่อบุตรหลานหลังสำเร็จการศึกษา และความคาดหวังโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p>0.05$ แต่ผู้ปกครองมีความคาดหวังต่อหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิตในด้านความคาดหวังต่อสวัสดิการที่บุตรหลานจะได้รับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความคาดหวังของผู้ปกครองต่อหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต จำแนกตามระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และอาชีพ (N=135)

ความคาดหวัง	ตัวแปรต้น	Mean	S.D.	F	p
ความคาดหวังต่อการเรียนการสอน	ระดับการศึกษา	4.32	0.52	1.085	0.372
	รายได้	4.34	0.52	1.566	0.174
	อาชีพ	4.38	0.44	0.909	0.502
ความคาดหวังต่ออาจารย์ในหลักสูตร	ระดับการศึกษา	4.33	0.53	2.246	0.054
	รายได้	4.49	0.56	1.073	0.379
	อาชีพ	4.54	0.50	0.614	0.744
ความคาดหวังต่อสวัสดิการที่บุตรหลานจะได้รับ	ระดับการศึกษา	4.18	0.58	2.593	0.029*
	รายได้	4.33	0.66	0.672	0.645

ความคาดหวัง	ตัวแปรต้น	Mean	S.D.	F	p
	อาชีพ	4.32	0.62	0.465	0.858
ความคาดหวังต่อบุตรหลานหลังสำเร็จการศึกษา	ระดับการศึกษา	4.43	0.43	1.462	0.207
	รายได้	4.50	0.48	0.933	0.462
	อาชีพ	4.49	0.47	0.882	0.523

* $p < 0.05$

เมื่อพบความแตกต่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี (Least-Significant Difference: LSD) 4 จากตารางที่ 4 พบว่าผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน จะมีระดับความคาดหวังต่อสวัสดิการที่บุตรหลานจะได้รับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษาแตกต่างกับผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษาในระดับอื่นๆ แตกต่างกับผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ระดับปริญญาตรี และระดับปริญญาโทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นกัน

ตารางที่ 4 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ เพื่อเปรียบเทียบความคาดหวังของผู้ปกครองต่อหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต ด้านความคาดหวังต่อสวัสดิการที่บุตรหลานจำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับศึกษาของผู้ปกครอง	$\bar{X}$	มัธยมศึกษา	อนุปริญญา	ปริญญาตรี	ปริญญาโท	อื่นๆ
		4.42	3.94	4.42	4.71	3.44
ประถมศึกษา	4.14	-0.273* (0.032)	0.205 (0.398)	-0.281 (0.091)	-0.566 (0.135)	0.705 (0.126)
มัธยมศึกษา	4.42		0.478 (0.500)	-0.008 (0.963)	-0.293 (0.438)	0.978* (0.034)
อนุปริญญา	3.94			-0.485 (0.068)	-0.771 (0.075)	0.500 (0.321)
ปริญญาตรี	4.42				-0.286 (0.467)	0.985* (0.038)
ปริญญาโท	4.71					1.271* (0.030)

* $p < 0.05$

อภิปรายผล

1. ระดับความคาดหวังของผู้ปกครองต่อหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต มหาวิทยาลัยทักษิณ จากการศึกษาความคาดหวังของผู้ปกครองต่อหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต ทั้งหมด 4 ด้าน ได้□แก่□ ด้านความคาดหวังต่อการเรียนการสอน ด้านความคาดหวังต่ออาจารย์ในหลักสูตร ด้านความคาดหวังต่อสวัสดิการที่

บุตรหลานจะได้รับ และด้านความคาดหวังต่อบุตรหลานหลังสำเร็จการศึกษา ซึ่งการวิจัยพบว่า ผู้ปกครองมีความคาดหวังต่อหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิตในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความคาดหวังที่มากที่สุด คือ ด้านความคาดหวังต่ออาจารย์ในหลักสูตร รองลงมา คือ ด้านความคาดหวังต่อบุตรหลานหลังสำเร็จการศึกษา ด้านความคาดหวังที่น้อยที่สุด คือ ด้านความคาดหวังต่อสวัสดิการที่บุตรหลาน ซึ่ง Kojongdee (Kojongdee, P, 2009) ได้กล่าวไว้ว่า ความคาดหวังของผู้ปกครองที่มีต่อการจัดการศึกษา หมายถึง ความปรารถนาหรือความมุ่งหวังของผู้ปกครองที่มีต่อการจัดการศึกษาด้านต่าง ๆ ของโรงเรียน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายของผู้ปกครองที่ปรารถนาไว้ เช่นเดียวกับ Phaelukin (Phaelukin, J, 2013) ได้กล่าวไว้ว่า ความคาดหวังในบทบาทของผู้ปกครองในการจัดการศึกษามีหลายด้าน ได้แก่ ด้านการพัฒนาโรงเรียน ด้านหลักสูตร ด้านการเรียนการสอน ด้านการวางแผนการศึกษา ด้านบุคลากร และด้านการปกครอง ทั้งนี้การคาดหวังของผู้ปกครองในด้านต่างๆ เพื่อต้องการให้ลูกหลานของตน ได้รับการพัฒนาที่สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ในการศึกษาของ Chaodee (Chaodee, S, 2008) พบว่า ผู้ปกครองนักเรียนเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งกับการศึกษา การที่ผู้ปกครองนักเรียนมีความพึงพอใจ และมีความคาดหวังในการจัดการศึกษาของโรงเรียน จะทำให้ทราบทิศทางและเข้าใจในการจัดการศึกษาของโรงเรียนได้เป็นอย่างดี และเมื่อวิเคราะห์รายด้านของความคาดหวังต่ออาจารย์ในหลักสูตร พบว่า ผู้ปกครองมีความคาดหวังต่อคุณภาพด้านอาจารย์ผู้สอนมากที่สุด ทั้งคาดหวังว่า อาจารย์ต้องมีความรู้ ความสามารถ และมีความเชี่ยวชาญในวิชาที่สอน สามารถในถ่ายทอดความรู้หรือการสอนอย่างเหมาะสมมีจรรยาบรรณของความเป็นครูและเป็นแบบอย่างที่ดี ตลอดจนคาดหวังว่าอาจารย์สามารถดูแล ให้คำปรึกษา และไม่เพิกเฉยต่อปัญหาของนิสิตตลอดการศึกษาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Jutha (Jutha, M, 1999) ที่พบว่า ผู้ปกครองคาดหวังว่าสถาบันการศึกษาช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของมนุษย์ได้อย่างมาก และสามารถช่วยปลูกฝัง และกล่อมเกล้าให้เด็กมีความรู้ ทักษะและเจตคติที่ดี ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอนาคตได้ ทั้งนี้เป็นเพราะว่าพ่อแม่ ผู้ปกครองทุกคนต่างคาดหวังและปรารถนาจะให้บุตรหลานของตนเป็นคนมีความรู้คู่คุณธรรม โดยเริ่มจากหลักสูตรการศึกษา ที่ได้กำหนดจุดจุดหมายให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ทั้งด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ที่พึงประสงค์ให้สามารถอยู่ร่วมกันในสังคม และใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข จากเหตุผลดังกล่าว ทำให้ความคาดหวังของผู้ปกครองต่อหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต มหาวิทยาลัยทักษิณ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากและมากที่สุด

สังคมไทยในอดีตพ่อแม่มีความคาดหวังต่อบุตรหลานในด้านอาชีพโดยเมื่อสำเร็จบุตรหลานการศึกษาแล้วคาดหวังว่าบุตรหลานมีอาชีพที่ดี ไม่ลำบาก มีหน้าที่การงานที่ส่งเสริมฐานะทางครอบครัว (Suwannathat, J, 2004) ซึ่งไม่ต่างจากความคาดหวังของผู้ปกครองในปัจจุบัน โดยในการศึกษาคครั้งนี้ พบผู้ปกครองมีความคาดหวังต่อบุตรหลานหลังสำเร็จการศึกษา โดยคาดหวังว่าบุตรหลานจะเป็นที่ยอมรับในสังคม เช่น ครอบครัว ที่ทำงานและเพื่อน บุตรหลานสามารถนำความรู้ที่ได้จากการศึกษามาสร้างประโยชน์แก่สังคม และสามารถแก้ไขปัญหาและพัฒนาต่อยอดความรู้ที่เรียนมาได้ รวมทั้งสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการประกอบอาชีพก่อให้เกิดรายได้

2. เปรียบเทียบความคาดหวังของผู้ปกครองต่อหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต มหาวิทยาลัยทักษิณ จำแนกตามระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ ซึ่งผลการวิจัยพบว่าผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษา รายได้ และ

อาชีพต่างกัน มีความคาดหวังต่อหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิตโดยรวมไม่แตกต่างกัน ถึงแม้ผู้ปกครองจะมีระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพที่แตกต่างกัน แต่มีความคาดหวังต่อการบริหารจัดการหลักสูตรทั้งด้านการเรียนการสอน อาจารย์ในหลักสูตร อาชีพของบุตรหลานหลังสำเร็จการศึกษา ที่ไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากพ่อแม่ผู้ปกครองคาดหวังว่าถ้าลูกหลานสำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรที่มีคุณภาพจะทำให้มีอาชีพที่ดีในอนาคตได้ ทั้งบุตรหลานและครอบครัวจะมีฐานะที่ดีขึ้น และเป็นที่ยอมรับในสังคม (Phaelukin, J, 2013) เช่นเดียวกับคำกล่าวของ Jutha (Jutha, M, 1999) ที่ว่าถึงแม้สถาบันการศึกษามีความสำคัญเป็นอันดับรองจากครอบครัว แต่ก็มียุทธศาสตร์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของมนุษย์เป็นอันมาก สถาบันการศึกษาย่อมจะช่วยปลูกฝัง และกล่อมเกล่าให้เด็กมีความรู้ ทักษะและเจตคติที่ดี ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอนาคต ทำให้ผู้ปกครองมีความคาดหวังต่อคุณภาพหลักสูตรโดยรวมทุกด้านในระดับมากที่สุด

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่าผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษาที่ต่างกันจะมีความคาดหวังต่อสวัสดิการที่บุตรหลานจะได้รับที่แตกต่างกัน โดยเมื่อวิเคราะห์รายด้านพบผู้ปกครองคาดหวังว่ามหาวิทยาลัยจะมีหอพักภายในมหาวิทยาลัยที่ปลอดภัย อาจเนื่องมาจาก นิสิตอาศัยในพื้นที่ภูมิอากาศภาคใต้ และส่วนใหญ่ ร้อยละ 90 อาศัยอยู่ในพื้นที่ 4 จังหวัดชายแดนใต้ (สงขลา ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส) ต้องใช้เวลาเดินทางไปกลับ 2-3 ชั่วโมง ระหว่างบ้านและมหาวิทยาลัย ซึ่งมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง ตั้งอยู่ที่ ตำบลบ้านพร้าว อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง นิสิตจึงจำเป็นต้องพักอาศัยในหอพักของมหาวิทยาลัย ดังนั้นผู้ปกครองจึงมีความคาดหวังต่อความปลอดภัยของการพักอาศัย ซึ่งในการส่งบุตรหลานเข้ามาศึกษาต่อในมหาวิทยาลัย สิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ปกครองเลือกสถานศึกษาต่อคือการมีหอพักประจำในสถานศึกษาโดยเฉพาะหอพักสำหรับนิสิตหญิง เพื่อความสะดวกและปลอดภัยของบุตรหลานของพวกเขา และอีกเหตุผลที่ว่า หอพักของวิทยาลัยมีค่าใช้จ่ายไม่สูงมาก ใกล้สถานที่เรียน การเดินทางสะดวก รู้สึกปลอดภัย ที่สำคัญคือสนองกับความต้องการของผู้ปกครองของนิสิต เช่นเดียวกับการศึกษาของ Intharapan (Intharapan, P, Phuangsomjit, C, Buathong, S, 2020) ผู้ปกครองให้ความสำคัญในด้านอาคารสถานที่และสภาพแวดล้อมของสถานศึกษา ส่งผลถึงการตัดสินใจของผู้ปกครองในการให้บุตรหลานเข้าเรียน นอกจากนี้ยังมีรายงานวิจัยที่พบว่า นักศึกษาที่พักในหอพักในมหาวิทยาลัยมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่านักศึกษาหอพักนอก (Anchuen, K, 2014) ดังนั้น หลักสูตรจำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยด้านนี้เพื่อตอบสนองต่อความคาดหวังของผู้ปกครอง

3. หลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2560 มี ELO จำนวน 7 ข้อ ดังนี้ ELO1 ปฏิบัติตนโดยยึดหลักกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ ELO2 เลือกปรับ และประยุกต์ใช้ความรู้กับภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยได้ ELO3 แก้ไขปัญหาของตนเองและผู้อื่น นำมาซึ่งการพัฒนาตนเองและองค์กรได้ ELO4 มีความรับผิดชอบและทำงานเป็นทีมร่วมกับผู้อื่นได้ ELO5 สื่อสารและเลือกใช้เทคโนโลยีในการทำงานได้ ELO6 ประกอบอาชีพส่วนตัวหรือทำงานในสถานพยาบาลของรัฐหรือเอกชนได้ และ ELO7 เข้าใจถึงกระบวนการและทำวิจัยด้านการแพทย์แผนไทยและศึกษาต่อในระดับสูงได้ ทั้งนี้ ในปีการศึกษา 2563 สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ ต้องดำเนินการเพื่อปรับปรุงหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2565 ให้ตรงกับตามความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งผู้ปกครองมีส่วนที่สำคัญในการมีส่วนร่วมในการสร้าง ELO จากการศึกษาครั้งนี้

ได้นำความคิดเห็นจากผู้ปกครองมาสรุปแนวทางในการจัดทำ ELO ให้สอดคล้องกับการจัดการเรียนการสอนของหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต มหาวิทยาลัยทักษิณ ได้ดังนี้

3.1 ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า หลักสูตรฯ มีกฎระเบียบที่เหมาะสมเพื่อหล่อหลอมบุทรหลานของท่านให้เป็นแพทย์แผนไทยที่ดี และมีกระบวนการจัดการเรียนการสอนที่หล่อหลอมให้บุทรหลานของท่านเป็นคนดีของสังคม ดังนั้น หลักสูตรฯ ควรมี ELO คือ เป็นแพทย์แผนไทยที่ดี และเป็นคนดีของสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการกำหนดมาตรฐานผลการเรียนรู้ 6 ด้าน ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ด้านที่ 1 คุณธรรม จริยธรรม

3.2 ผู้ปกครองคาดหวังให้บุทรหลานสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการประกอบอาชีพก่อให้เกิดรายได้ ไม่ว่าจะเป็นการประกอบอาชีพรับราชการ บริษัทเอกชน หรือการเปิดกิจการเป็นของตนเอง รวมถึงอาชีพอิสระอื่นๆ โดยไม่ได้เน้นหนักไปทางด้านใดด้านหนึ่ง ดังนั้น หลักสูตรฯ ควรมี ELO คือ ประกอบอาชีพส่วนตัวหรือทำงานในสถานพยาบาลของรัฐหรือเอกชนได้ซึ่งสอดคล้องกับ การกำหนดมาตรฐานผลการเรียนรู้ 6 ด้าน ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ด้านที่ 2 ความรู้ ด้านที่ 3 ทักษะทางปัญญา และด้านที่ 6 ทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ

3.3 ผู้ปกครองคาดหวังว่าเมื่อบุทรหลานสำเร็จการศึกษาแล้ว บุทรหลานจะเป็นที่ยอมรับในสังคม เช่น ครอบครัว ที่ทำงานและเพื่อน สามารถนำความรู้ที่ได้จากการศึกษามาสร้างประโยชน์แก่สังคม และสามารถแก้ไขปัญหาและพัฒนาต่อยอดความรู้ที่เรียนมาได้ ดังนั้น หลักสูตรฯ ควรมี ELO คือ ทำงานเป็นทีม ร่วมแก้ปัญหาและพัฒนางานได้ซึ่งสอดคล้องกับ การกำหนดมาตรฐานผลการเรียนรู้ 6 ด้าน ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ด้านที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ

3.4 ผู้ปกครองคาดหวังว่า หลักสูตรฯ มีการฝึกทักษะการเขียน การพูด เพื่อนำเสนอผลงานต่อสาธารณชน ดังนั้น หลักสูตรฯ ควรมี ELO คือ มีทักษะในการสื่อสาร การเขียน และการนำเสนออย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ การกำหนดมาตรฐานผลการเรียนรู้ 6 ด้าน ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ด้านที่ 5 ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

การนำผลการวิจัยไปใช้

นำผลการวิจัยและความคิดเห็นจากผู้ปกครองมาสรุปแนวทางในการจัดทำ Expected Learning Outcomes ให้สอดคล้องกับการจัดการเรียนการสอนของหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต มหาวิทยาลัยทักษิณ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความคาดหวังต่อหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต มหาวิทยาลัยทักษิณจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มอื่นๆ ได้แก่ อาจารย์ผู้สอน นิสิต ผู้ใช้บัณฑิต และศิษย์เก่า เพื่อให้การพัฒนาหลักสูตรมีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. ควรมีการติดตามและประเมินผล การนำแนวทางจากงานวิจัยครั้งนี้ไปใช้พัฒนาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิตมหาวิทยาลัยทักษิณ

References

- Anchuen, K. (2014). *The Quality of Life Suranaree University of Technology*. Research report. Suranaree University of Technology. (in Thai).
- Bachelor of Thai Traditional Medicine Program, Thaksin University. (2017). *Structure of Bachelor of Thai Traditional Medicine Program* [Online]. Retrieved September 30, 2020, from <https://www.fhss.tsu.ac.th/ttm/index.php>. (in Thai).
- Best, J., & Kahn, J. V. (1993). *Research in Education*. 7th ed. Boston: Allyn and Bacon.
- Buachan, A. and Darbavas, S. (2017). Guardians' Expectation of the Student Quality in Banhadsaidum School. *The Proceedings of Research 4.0 Innovation and Development SSRU's 80th Anniversary, 16 March 2017 at Suan Sunandha Rajabhat University*, 3158-3170. (in Thai).
- Chaodee, S. (2008). *A study on Expectation of Parent toward Educational Management at 2 Municipal School (Wat Nai), Primary Education Level 2 under the Samutprakan Municipality, Samutprakan Province*. Thesis of the Degree of Master of Education Program in Educational Administration. Burapha University. (in Thai).
- Chomchat, K., Jiwju, N. and Charunsrichotikomjorn, W. (2017). Parents' Expectation on Accounting Program Students of Kampheang Phet Rajabhat University Maesot. *The Proceedings of the 4th National conference KPRU, 22 December 2017 at Kampheang Phet Rajabhat University (Maesot Campus)*, 498-507. (in Thai).
- Chomjankam, S. (2017). The Parent's Expectation toward Student Quality of Thung Khru Temple School, Khet Thung Khru, Bangkok. *Online Journal of Graduate Student, Faculty of Education (JGED), Ramkhamhaeng University*, 1-18. (in Thai).
- Intharapan, P., Phuangsomjit, C., Buathong, S. (2020). Factors Affecting Parents' Decision Making in Sending Their Children to Study at Mattayom Suksa IV Level at the Princess Chulaphorn's Science High School in the Central and Eastern Regions. *Panyapiwat Journal*, 12(3), 270-283. (in Thai).
- Jutha, M. (1999). *Educational Psychology*. Bangkok: Thai Wattana Panich. (in Thai)
- Kojongdee, P. (2009). *A study on Expectation of Parent toward Educational Management at Ban Laem Thaen School under the Chonburi Secondary Educational Service Area Office 1*. Thesis of the Degree of Master of Education Program in Educational Administration. Burapha University. (in Thai).
- Musika, J. (2016). *The Parent's Expectation toward Education Management of Henghua School, Chon Buri Province*. Independent Study of the Degree of Master of Education Program in Educational Administration. Burapha University. (in Thai).

- Office of the Higher Education Commission. (2017). *Thai Qualifications Framework for Higher Education* [Online]. Retrieved July 30, 2021, from <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2560/E/271/8.PDF>. (in Thai).
- Phaelukin, J. (2013). *A study on Expectation of Parent toward Educational Management at Kanchanapisek Wittayalai Chachengsao School under the Sumutprakan Secondary Educational Service Area Office 6*. Thesis of the Degree of Master of Education Program in Educational Administration. Burapha University. (in Thai).
- Srisa-aad, B. (2010). *Introduction to Research*. 5th Ed. Bangkok: Suveeriyasaan Press. (in Thai).
- Saengyai, B. (2012). *A study on Expectation of Parent toward Educational Management at Traimudomsuksanomklao Sumutprakan School under the Sumutprakan Secondary Educational Service Area Office 6*. Thesis of the Degree of Master of Education Program in Educational Administration. Burapha University. (in Thai).
- Suwannathat, J. (2004). *Developmental psychology*. Bangkok: Pattanasuksa. (in Thai).
- Vatanapakorn, P. and Phonprapruit, S. (2014). The Study of Achievement of Student Centered Learning Model in Seminar in Multimedia in Mass Communication of the 4th Year Students of Multimedia Technology Department, Faculty of Engineering and Architecture: Rajamangala University of Technology Issan. *Journal Humanities and Social Sciences*, 1(1), 66-72. (in Thai).
- Yamane, T. (1973). *Statistics: an Introductory Analysis*. 3rd Ed. New York. Harper and Row Publications.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การตีตรา แรงสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดลพบุรี

Perceived Stigma, Social Support, and Quality of Life among People Living with HIV/AIDS in Lopburi Province

Received: Oct. 31, 2020

Accepted: May 8, 2021

Published: Nov. 7, 2021

บุรัสกร ตริสกุล, มธุรส ทิพยมงคลกุล¹, ณัฐนารี เอมยงค์¹, เพ็ญพัทธ์ อุทิศ²

¹คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ²คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Burassakon Trisakun, Mathuros Tipayamongkhogul¹, Natnaree Aimyong¹, Penpaktr Uthis²

¹Faculty of Public Health Mahidol University ² Faculty of Nursing Chulalongkorn University

บทคัดย่อ

การศึกษากาหนดัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดระดับการตีตรา แรงสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตและค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยคลินิก การตีตรา แรงสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ ณ คลินิกยาด้านไวรัสใน จังหวัดลพบุรี ตั้งแต่วันที่ 15 กรกฎาคม พ.ศ.2560 ถึงวันที่ 15 มกราคม พ.ศ.2561 เลือก ตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจงจากโรงพยาบาลของรัฐ จำนวน 6 แห่งตามสัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอช ไอวีและเอดส์ที่ขึ้นทะเบียน จากตัวอย่างทั้งสิ้น 415 ราย ยินดีเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 362 ราย (อัตราตอบรับ ร้อยละ 87.23) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ภาษาไทย ประกอบด้วย WHOQOL-BREF-HIV 31 ข้อ การรับรู้การตีตรา 22 ข้อ และ แรง สนับสนุนทางสังคม 14 ข้อ

ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 85 ของผู้เข้าร่วมการวิจัยมี คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ใน ระดับสูง โดยคะแนนด้านสิ่งแวดล้อมสูงที่สุด (Mean 25.01, S.D. 4.15) ร้อยละ 9.4 มีระดับการ ตีตราระดับสูง โดยคะแนนด้านความรู้สึกอับอายในตนเองสูงที่สุด (Mean 14.11, S.D. 4.28) และร้อยละ 70.2 มีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูงโดยคะแนนด้านการสนับสนุน ทางด้านเครื่องมือสูงที่สุด (Mean 18.6, S.D. 4.69)การวิเคราะห์ด้วย Multivariable binary logistic regression โดยควบคุมอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยคลินิกพบการถูกกีดกัน ทางสังคมลดระดับคุณภาพชีวิต (ORadj 0.84, 95% CI, 0.76 - 0.92) แต่การสนับสนุนทาง สังคมด้านการประเมินจะเพิ่มระดับคุณภาพชีวิต (ORadj 1.89, 95% CI, 1.31 - 2.70)

การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงผลกระทบของ การรับรู้การตีตราและการสนับสนุนทางสังคม ที่มีต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้นเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ บุคลากรที่ดูแล คลินิกยาด้านไวรัสควรหาแนวทางส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์รับรู้คุณค่าในตนเอง และ ให้บริการที่เสริมแรงสนับสนุนทางสังคม และลดความรู้สึกถูกตีตราหรือเลือกปฏิบัติ

คำสำคัญ คุณภาพชีวิต การรับรู้การตีตรา การสนับสนุนทางสังคม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์

Corresponding Author: บุรัสกร ตริสกุล, E-mail: big_destiny_101@hotmail.com

Original article

Abstract

Received: Oct. 31, 2020

Accepted: May 8, 2021

Published: Nov. 7, 2021

This cross-sectional study aimed to measure level of quality of life (QoL), social support, and perceived stigma among people living with HIV/AIDS (PLWHA) at antiretroviral clinics (ARV clinics) in the Lopburi Province, Thailand from 15 July 2018 to 15 January 2019. The PLWHA were purposively selected from six public hospitals using probability sampling proportional to population size. The data were collected by face-to-face interviews using the Thai language version of the 31-item World Health Organization Quality of Life in HIV-infected Persons instrument (WHOQOL-BREF-HIV), which is a structured questionnaire with 22 items about internalized shame and social isolation and 14 items about social support. The total scores of WHOQOL-BREF-HIV were categorized into two groups (good and poor quality of life) using the median as a cut-off-point.

Of the 415 invited PLWHA, 362 PLWHA agreed to participate (response rate = 87.2%). The results indicated that PLWHA reported good QoL (85.1%) (Mean=123.63; S.D.=15.14). About 9.4% of PLWHA reported a high level of perceived stigma, while 70.2% reported a good level of social support. Multivariate binary logistic regression revealed that social rejection was associated with reduced QoL (ORadj 0.84; 95% CI, 0.76 - 0.92), after adjusting for general characteristics and clinical factors. However, appraisal support provision of information that useful for self-evaluation purposes was associated with improved QoL (ORadj 1.89; 95% CI, 1.31 - 2.70), after adjusting for confounding.

This study emphasized the effects of perceived stigma and social support on quality of life among PLWHA. To improve QoL among PLWHA, healthcare staff at ARV clinics should consider a proactive approach to increase self-esteem, to provide service in line with social support, and to reduce perceived stigma and discrimination.

Keywords: Quality of Life, Perceive Stigma, Social Support, People Living with HIV and AIDS

Corresponding Author: Burassakon Trisakun, E-mail: big_destiny_101@hotmail.com

Introduction

Human immunodeficiency virus (HIV) is a crucial public health problem worldwide. In the year 2018, people living with HIV/AIDS (PLWHA) were 37.9 million worldwide and about 5.9 million were in Asia and Pacific region. (UNAIDS.org, 2019) In Asia and Pacific region, problem of HIV/AIDS has been reported in 12 countries including Thailand (UNAIDS.org). Quality of life (QoL) is an individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. (The WHOQOL Group, 1994a). QoL has been widely used to measure both negative and positive aspects of life due to health status. The impacts of HIV/AIDS on physical and psychological health, social and well-being of PLWHA were reported in many countries. (Basavaraj, Navya, & Rashmi, 2010; Bello & Bello, 2013; Hou et al., 2014; Mkangara et al., 2009; Nobre, Pereira, Roine, Sintonen, & Sutinen, 2017; Nojomi, Anbary, & Ranjbar, 2008; Tran et al., 2012; Yadav, 2010) Because advanced medical technologies and cares can mitigate PLWHA suffering and increase QoL. Thailand Ministry of Public Health provides free of charge antiretroviral therapy (ART) to PLWHA to improve QoL among Thai PLWHA. However, HIV/AIDS stigma and discrimination can severely compromise PLWHA's QoL by reducing access to health care adherence to therapy, and discourage the disclosure of HIV status (Zelaya et al., 2012).

PLWHAs have been faced with physical, psychological and well-being constraints due to societal norms (Basavaraj et al., 2010). According to Goffman (Goffman, 1963), PLWHA represent a social group that is considered to express a negative deviant behavior, and is likely unaccepted by society. Perceived stigma involving social rejection, social isolation, and financial instability (Choonhapran, Thanasilp, & Thato, 1998; Fife & Wright, 2000) can force hopeless feelings and frustration among PLWHA (Holmes, Bix, Meritz, Turner, & Hutelmyer, 1997). On the other hand, obtaining social support, a positive feeling they are accepted as part of others' lives can provide hope and feeling of social belonging to PLWHA. These two factors affected PLWHAs' QoL differently (Li, Lee, Thammawijaya, Jiraphongsa, & Rotheram-Borus, 2009).

In Lopburi province of Thailand, during September 1984 - November 2011, number of PLWHA was 3,567 cases and died 713 cases. (Pansuwan & Jantaramanee, 2014) Lopburi province ranks the fifth in central regions in numbers of HIV cases and is well recognized that the area of the religious-related foundation for PLWHA, namely Wat Phrabatnampu.

Understanding level of perceived stigma, social support and quality of life among PLWHA in this setting could provide insightful data that could be used to improve PLWHA's prevention and control plans. This study aimed to measure levels of perceived stigma, social support and quality of life among PLWHA and the associations among these selected factors.

Methods

Study design and participants

A cross-sectional study was conducted in Lopburi Province from 15 July 2018 to 15 January 2019. Six of eleven ARV clinics of the public hospitals in the area were randomly selected namely King Narai Hospital, Khok Samrong Hospital, Phatthana Nikhom Hospital, Thawung Hospital, Nong Muang Hospital and Khok Charoen Hospital (Table 1). Sample size calculation was performed using a single proportion sample with a finite population. Inclusion criteria were PLWHA aged 18 to 60 years old, HIV diagnosed by a physician, residing in Lopburi Province, currently taking ART, and could communicate properly. The eligible PLWHA were purposively selected from the selected hospitals by probability proportional to size.

Table 1 Number of PLWHA in 6 ARV clinics and sample

Sampled ARV clinic	Total PLWHA (n)	Proportion (%)	Total PLWHA selected (n)
Kingnarai hospital	1,900	69.22	250
Khok Samrong hospital	330	12.02	44
Phatthana Nikhom Hospital	220	8.01	29
Thawung hospital	135	4.92	18
Nong Muang hospital	100	3.64	13
Khok Charoen hospital	60	2.19	8
Total	2,745	100.00	362

Research Questionnaire Interviews

Content validity of this study's instrument was assessed by three experts and reliability was conducted among 30 PLWHA. The structured questionnaire comprised four parts. First, general characteristics and clinical factors including gender, age, occupation, monthly income, marital status, educational level, disclosure status, current CD4 level and duration of illness. Second, perceived stigma developed by Fife BL. & Wright BR. (Fife & Wright, 2000) translated to Thai version (Uthis et al. 2018) involved four domains: social rejection, financial instability, internalized shame, and social isolation, totaling 24 items. Cronbach's alpha of the perceived stigma was 0.90. Third, social support consisted of four domains; emotional support involves the provision of empathy, love, trust, caring and respect that

PLWHA got from others; appraisal support involves the provision of information that useful for self-evaluation purpose; information support involves provision of suggestion; advice and information that a person can use in addressing problem which PLWHA got from others; and instrumental support involves the provision of tangible aid and services, totaled 14 items. Cronbach's alpha of the social support was 0.75. Fourth, WHOQOL-HIV BREF, totaled 31 items. (O'Connell, Skevington, & Saxena, 2003) comprising six domains: physical, psychological, level of independence, social relationships, environment and spirituality covering 29 specific facets an additional two items pertaining to global QoL and general health. Cronbach's alpha of the WHOQOL-HIV BREF was 0.80.

Data analysis

General characteristics, clinical factors, perceived stigma, social support and QoL were described by frequency, percentage, mean and standard deviation. Binary logistic regression was used to determine the relationship of general characteristics, clinical factors, perceived stigma and social support with a good level of QoL. The confidence interval at 95% and p-value at 0.05 level was considered statistically significant.

The 4-point Likert scale of perceived stigma ranges from strongly agree, to strongly disagree and was scored 1 to 4 with scores ranging from 22 to 88 points. Higher score reflected a higher perception of stigma. The 5-point Likert scale of social support ranges from never to always and was scored ranging from 1 to 5 with scores ranging from 14 to 70 points. The 5-point Likert scale of the WHOQOL-HIV BREF ranged from never to always and was scored 1 to 5. QoL scores ranged from 31 to 155 points. Our used 75 percentile cut of point, QoL above 75% was classified in a good level (score 115 - 155) and under 75 percentile was poor level (score < 115). The variables in this study has been reviewed forasmuch that can affect QoL, thus that can be confounder in this study. Multivariable model for control confounder effect, that set p-value not more than 0.3. The potential confounding factors in the model by entering method model.

Ethics consideration

The study was approved by the committee on Human Research Faculty of Public Health, Mahidol University (COA. No. MUPH 2018-098). The participants were explained regarding the protocol and asked to sign a voluntary consent to join in the research project.

Results

General characteristics

Of 415 PLWHA, 362 PLWHA consented to participate in the study. Among respondents, 50% were female, aged between 18 and 69 years (Mean 42.5; S.D. 10.57). More than 50% were Temporary worker (person with no permanent job, but who his paid on a daily basis for temporary work), with

monthly income ranging between 200 to 100,000 THB (Median 9,000 THB). Almost one half were married and 85% attended high school or lower. More than one half lived with a spouse or parents. (Table 1)

Percentage of QoL, perceived stigma and social support

Of 362 respondents, (85.1% reported possessing a good level of QoL (mean score 123.63, S.D. 15.14) and more than 80% reported having a good level of each QoL facet except social relationship and environmental facet reported (at 70.2% (mean score 16.46, S.D. 3.06) and 40.1% (mean score 25.01, S.D. 4.15), respectively. Almost two thirds of respondents (68.5%) perceived a low level of stigma varying between four domains, 59 to 84%. About 70.2% of respondents reported perceiving a high level of social support and 90% perceived a good level of each social support domain except emotional support (71.3%) and instrumental support (63.0%) (Table 2).

Table 1 Level of quality of life, general characteristics and clinical factors

Factors		n	%
Level of quality of life			
	Good	308	85.1
	Poor	54	14.9
Gender			
	Female	181	50.0
	Male	150	41.4
	Men who have sex with men	31	8.6
Age (year)			
	18 – 35	91	25.1
	36 – 55	234	64.6
	≥ 56	37	10.2
Median = 42; Mean = 42.5; S.D. = 10.57; Min = 18; Max = 69			
Occupation			
	Temporary worker	224	61.9
	Unemployed	53	14.6
	Merchant	36	9.9
	Agriculturist	28	7.7
	Government officer	15	4.1
	Other	6	1.7

Monthly income (THB)

No income	53	14.6
< 15000	226	62.4
≥ 15000	83	22.9

Median = 9,000 ; Mean 10,354.14 ; S.D. 11,399.95 ; Min = 200; Max = 100,000

Marital status

Married	168	46.4
Single	109	30.1
Couple	54	14.9
Widowed/Divorced	31	8.6

Education level

No formal education	10	2.8
Primary school	184	50.8
High school	119	32.9
Associate degree	23	6.4
Bachelor degree	18	5.0
High than bachelor degree	6	1.7
Other	2	0.6

Living companion

Spouse	102	28.2
Parent	86	23.8
Alone	57	15.7
Spouse and Child	41	11.3
Cousin	30	8.3
Child	24	6.6
Spouse and Parent	14	3.9
Friend	8	2.2

Mode of transmission

Unknown	96	26.5
Spouse	114	31.5
Temporary couple	130	35.9
Share syringes	16	4.4
Vertical	6	1.7

Table 2 Scores of participants' perceived stigma, social support and QoL (n=362)

Domain	Mean (S.D.)	Min-Max
Overall Quality of Life	123.63(15.14)	66 - 145
Psychological health	17.23(2.85)	10 - 20
Physical health	21.93(3.17)	12 -25
Level of Independence	17.54(2.85)	5 - 20
Social relationships	16.46(3.06)	7 - 20
Environment	25.01(4.15)	10 - 30
Spirituality/Religion/ Personal beliefs (SRPB)	17.12(2.92)	6 - 20
Perceived Stigma		
Overall stigma	46.77 (13.20)	22 - 74
Social rejection	14.00(5.33)	8 - 29
Financial instability	5.93(3.27)	3 - 12
Internalized shame	14.11(4.28)	4 - 16
Social isolation	12.73(5.45)	7 - 28
Social support		
Overall social support	59.59(8.42)	38 - 70
Emotional support	16.16(2.98)	9 - 20
Appraisal support	8.14(1.17)	5 - 19
Information support	16.63(2.10)	9 - 15
Instrumental support	18.66 (4.69)	10 -25

The result showed that PLWHA who perceived greater stigma had poorer QoL 81% compared with others (OR 0.19; 95% CI, 0.12 - 0.30). Social rejection has been significantly linked to QoL, and those who perceived more social rejection had a lower level of QoL at 83% (OR 0.17; 95% CI, 0.09 - 0.31) on the other hand overall social support was significantly associated with QoL. PLWHA, who had a high level of overall social support tended to perceive having a good QoL (OR 2.56; 95% CI, 1.42 - 4.62) (Table 3).

Table 3 Crude and adjusted odds ratio (OR) of perceived stigma and social support with quality of life (n=362)

Stigma and Social support domains	OR	95% CI	p-value	ORadj	95% CI	p-value
Overall stigma	0.19	0.12 - 0.30	< 0.001			
Social rejection	0.17	0.09 - 0.31	< 0.001	0.84	0.76 - 0.92	< 0.001*
Financial instability	0.99	0.62 - 1.56	0.953	0.93	0.82 - 1.07	0.317
Internalized shame	1.04	0.64 - 1.70	0.866	0.99	0.88 - 1.13	0.969
Social isolation	0.63	0.39 - 1.03	0.062	0.93	0.85 - 1.02	0.121
Overall social support	2.56	1.42 - 4.62	0.002			
Emotional support	0.66	0.26 - 1.69	0.390	1.04	0.84 - 1.29	0.718
Appraisal support	2.73	0.62 - 12.03	0.184	1.89	1.31 - 2.70	0.001*
Information support	2.75	0.58 - 13.19	0.205	0.91	0.64 - 1.31	0.620
Instrumental support	1.76	0.74 - 4.19	0.201	1.07	0.95 - 1.21	0.252

*P-value < 0.05 and adjusted for gender, occupation, opportunistic infections, CD4, disclosure status.

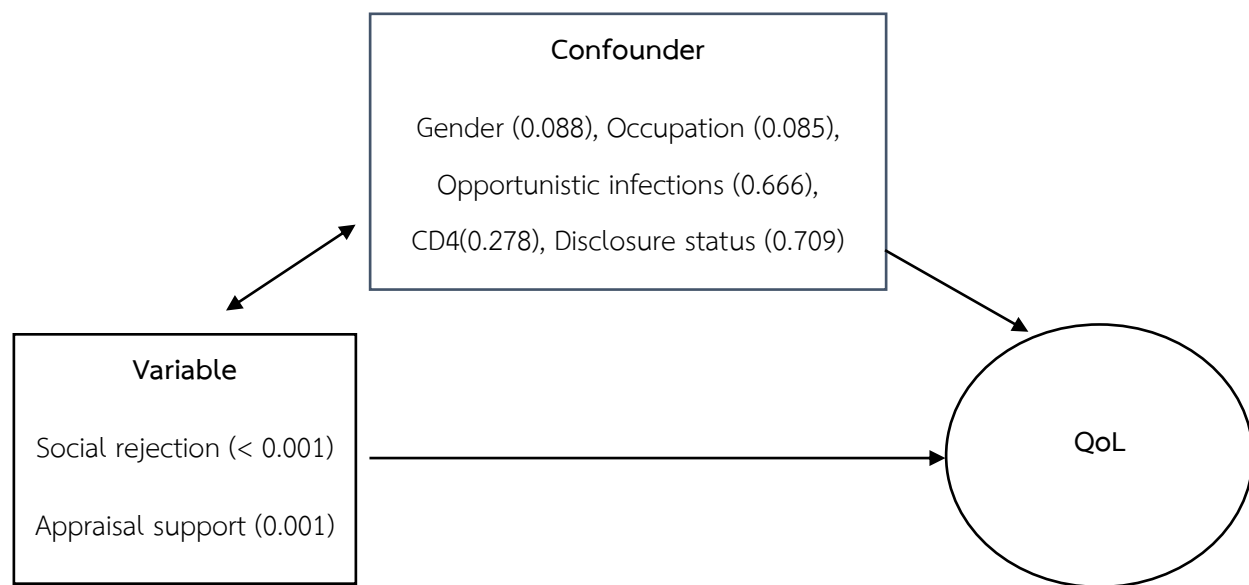


Fig. 1 Model confounder's selection after adjusted. (p-value)

All factors with p-value < 0.3 were further analyzed by multivariable model including sex, occupation, opportunistic infections, CD4, disclosure status, perceived stigma and social support. The entering method binary logistic regression revealed that appraisal support (ORadj = 1.89, 95%

CI = 1.31 - 2.70) was associated with good level of QoL. Otherwise social rejection was associated with poor level of QoL (ORadj = 0.84, 95% CI = 0.76 - 0.92). (Table 3).

Discussion

The study found that majority (85.1%) of PLWHA reported having a good level of QOL and a large percentage also reported having a good level of both physical health and psychological health were reported (80.9% and 92.8%). This study found the QoL levels of PLWHA in Lopburi Province were at a high level similar to the study in Taiwan (Hou et al., 2014). The result was in contrast to studies conducted in China (Zhu, Liu, & Qu, 2017), Ethiopia (Tesfaye et al., 2016), Finland (Nobre et al., 2017), Georgia (Karkashadze, Gates, Chkhartishvili, DeHovitz, & Tsertsvadze, 2017), Indonesia (Handayani, Ratnasari, Husna, Marni, & Susanto, 2019), Nigeria (Bello & Bello, 2013), and Vietnam (Tran et al., 2012), these all showing a moderate level in all facets but a low level in social relationships.

Even related studies in Thailand, (Khumsaen, Aoup-por, & Thammachak, 2012; Sakthong, Schommer, Gross, Prasithsirikul, & Sakulbumrungsil, 2009; Sakthong, Schommer, Gross, Sakulbumrungsil, & Prasithsirikul, 2007) found that PLWHA perceived a moderate level of QoL except in environment domain and social relationship domain (Siriporn et al., 2010). The high level of QoL in our study compared with other studies in Thailand, that may have been due to a long run of various activities and group support in Lopburi Province, such as Wat Phra Baht Nam Phu and Bann Gerda. These charities and others non-government organizations have been contributing to caring for and improving the well-being of PLWHA for several decades. The religious-charity foundation's activities may transform social perception about HIV/AIDs. In this area. Also, HIV treatment and care in Thailand is under the universal health coverage in which all PLWHA can access free-of-charge ART service which may lead to a better physical health domain among PLWHAs.

The study has showed significant association between high appraisal support with good QoL. (ORadj = 1.89, 95% CI = 1.31 - 2.70). These results are similar to the related study of QoL among patients with cancer (Trevino, Fasciano, Block, & Prigerson, 2013). Similar to studies Thailand, they showed significant correlation between social support and QoL (Rotheram-Borus et al., 2010). All results from a related study showed social support was significantly associated with high QoL among PLWHA (Charkhian et al., 2014; Garrido-Hernansaiz, Heylen, Bharat, Ramakrishna, & Ekstrand, 2016; Holtz, Sowell, VanBrackle, Velasquez, & Hernandez-Alonso, 2014; Mekuria, Sprangers, Prins, Yalew, & Nieuwkerk, 2015; Nyamathi et al., 2017; Xiao, Li, Qiao, Zhou, & Shen, 2017). From House's concepts of social support (House, 1981), appraisal support involves information for self-evaluation purposes, meaning that PLWHA who have someone to talk about problems, and provide knowledge, help PLWHA evaluation to be able to increase

the QoL level. Thus, ARV clinic staff should empower PLWHA and set up peer groups or counseling counters for PLWHA and family members to improve level of QoL.

The study showed that social rejection was negatively associated with good QoL. ($OR_{adj} = 0.84$, 95% CI = 0.76 - 0.92). Similar to the related study, PLWHA were discriminated at work and in society generally had poor QoL (Greeff et al., 2008; Xu et al., 2017). PLWHA perceived that others showed less respect, felt awkward and avoided them and caused them to feel low and lack of self-esteem. (Bharat, 2011; Chandra, Deepthivarma, Jairam, & Thomas, 2003; Pila JM, 2019). Our results consistent with related studies in Brazil, Ethiopia, Mexico, and India showing that people with who were stigmatized, suffered, and felt prejudice had poor relationship with QoL (Charles et al., 2012; Garrido-Hernansaiz et al., 2016; Holtz et al., 2014; Nyamathi et al., 2017; Oliveira, Moura, Araújo, & Andrade, 2015; Subramanian, Gupte, Dorairaj, Periannan, & Mathai, 2009; Thomas et al., 2005).

In addition, the study results followed the stigma concept that perceived social rejection reflecting PLWHA's feeling of discrimination against them at work and society, perceived receiving less respect, avoiding them and appearing to feel awkward (Liamputtong, Kitisriworapan, & Deviance, 2012). Social rejection can reduce QoL because PLWHAs feel low and lack esteem leading to devaluing themselves.

Recommendation

This study emphasized that higher perceived stigma had a negative association with good quality of life, while increased social support had a positive association with good quality of life. To improve QoL, ARV clinic staff should enhance social support practices for PLWHA among health care service staff. Second, ARV clinic staff should empower PLWHA and set up peers group or counseling counters for PLWHA and family members. Third, ARV clinic staff should improve zero stigma and discrimination services. Next, future studies should be conducted in community-based setting to better understand PLWHA who lack accessibility to care and prospective cohort designed studies can be conducted to follow-up the change in QoL among PLWHA who have received or not received ART.

References

- Basavaraj, K. H., Navya, M. A., & Rashmi, R. (2010). Quality of life in HIV/AIDS. *Indian Journal of Sexually Transmitted Diseases*, 31(2), 75-80. doi:10.4103/0253-7184.74971
- Bello, S. I., & Bello, I. K. (2013). Quality of life of HIV/AIDS patients in a secondary health care facility, Ilorin, Nigeria. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*, 26(2), 116-119.
- Bharat, S. (2011). A systematic review of HIV/AIDS-related stigma and discrimination in India: current understanding and future needs. *Sahara j*, 8(3), 138-149. doi:10.1080/17290376.2011.9724996
- Chandra, P. S., Deepthivarma, S., Jairam, K. R., & Thomas, T. (2003). Relationship of psychological morbidity and quality of life to illness-related disclosure among HIV-infected persons. *J Psychosom Res*, 54(3), 199-203.
- Charkhian, A., Fekrazad, H., Sajadi, H., Rahgozar, M., Haji Abdolbaghi, M., & Maddahi, S. (2014). Relationship between Health-Related Quality of Life and Social Support in HIV-Infected People in Tehran, Iran. *Iran J Public Health*, 43(1), 100-106.
- Charles, B., Jeyaseelan, L., Pandian, A. K., Sam, A. E., Thenmozhi, M., & Jayaseelan, V. (2012). Association between stigma, depression and quality of life of people living with HIV/AIDS (PLHA) in South India - a community based cross sectional study. *BMC Public Health*, 12, 463.
- Choonhapran P., Thanasilp S., & thato S. (1998). *The Study of support need Toward HIV Infection of HIV caregivers in Bangkok*. Chulalongkorn University. Bangkok (In Thai)
- Fife, B., & Wright, E. (2000). The dimensionality of stigma: a comparison of its impact on the self of persons with HIV/AIDS and cancer. *J Health Soc Behav*, 41(1), 50-67.
- Garrido-Hernansaiz, H., Heylen, E., Bharat, S., Ramakrishna, J., & Ekstrand, M. L. (2016). Stigmas, symptom severity and perceived social support predict quality of life for PLHIV in urban Indian context. *Health Qual Life Outcomes*, 14(1), 152. doi:10.1186/s12955-016-0556-x
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon & Schuster.
- Greeff, M., Phetlhu, R., Makoe, L. N., Dlamini, P. S., Holzemer, W. L., Naidoo, J. R., . . . Chirwa, M. L. (2008). Disclosure of HIV Status: Experiences and Perceptions of Persons Living With HIV/AIDS and Nurses Involved in Their Care in Africa. *Qualitative Health Research*, 18(3), 311-324. doi:10.1177/1049732307311118
- Handayani, S., Ratnasari, N. Y., Husna, P. H., Marni, & Susanto, T. (2019). Quality of Life People Living with HIV/AIDS and Its Characteristic from a VCT Centre in Indonesia. *Ethiopian journal of health sciences*, 29(6), 759-766. doi:10.4314/ejhs.v29i6.13

- Holmes, W. C., Bix, B., Meritz, M., Turner, J., & Hutelmyer, C. (1997). Human immunodeficiency virus (HIV) infection and quality of life: the potential impact of Axis I psychiatric disorders in a sample of 95 HIV seropositive men. *Psychosom Med*, 59(2), 187-192.
- Holtz, C., Sowell, R., VanBrackle, L., Velasquez, G., & Hernandez-Alonso, V. (2014). A quantitative study of factors influencing quality of life in rural Mexican women diagnosed with HIV. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 25(6), 555-567. doi:10.1016/j.jana.2014.03.002
- Hou, W. L., Chen, C. E., Liu, H. Y., Lai, Y. Y., Lee, H. C., Lee, N. Y., . . . Ko, N. Y. (2014). Mediating effects of social support on depression and quality of life among patients with HIV infection in Taiwan. *AIDS Care*, 26(8), 996-1003. doi:10.1080/09540121.2013.873764
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
- Karkashadze, E., Gates, M. A., Chkhartishvili, N., DeHovitz, J., & Tsertsvadze, T. (2017). Assessment of quality of life in people living with HIV in Georgia. *International Journal of STD & AIDS*, 28(7), 672-678. doi:10.1177/0956462416662379
- Khumsaen, N., Aoup-por, W., & Thammachak, P. (2012). Factors Influencing Quality of Life Among People Living With HIV (PLWH) in Suphanburi Province, Thailand. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 23(1), 63-72.
- Li, L., Lee, S. J., Thammawijaya, P., Jiraphongsa, C., & Rotheram-Borus, M. J. (2009). Stigma, social support, and depression among people living with HIV in Thailand. *AIDS Care*, 21(8), 1007-1013. doi:10.1080/09540120802614358
- Liamputtong, P., Kitisiworapan, S., & Deviance. (2012). difference and stigma as social determinants of health. In P. Liamputtong, R. Fanany, & G. Verrinder (Eds.), *Health, illness and well-being: Perspectives and social determinants* (pp. 242–256). Melbourne: Oxford University Press.
- Mekuria, L. A., Sprangers, M. A., Prins, J. M., Yalew, A. W., & Nieuwkerk, P. T. (2015). Health-related quality of life of HIV-infected adults receiving combination antiretroviral therapy in Addis Ababa. *AIDS Care*, 27(8), 934-945. doi:10.1080/09540121.2015.1020748
- Mkangara, O. B., Wang, C., Xiang, H., Xu, Y., Nie, S., Liu, L., Jackson, F. W. (2009). The univariate and bivariate impact of HIV/AIDS on the quality of life: a cross sectional study in the Hubei Province-Central China. *J Huazhong Univ Sci Technolog Med Sci*, 29(2), 260-264. doi:10.1007/s11596-009-0226-x
- Nobre, N., Pereira, M., Roine, R. P., Sintonen, H., & Sutinen, J. (2017). Factors associated with the quality of life of people living with HIV in Finland. *AIDS Care*, 1-5. doi:10.1080/09540121.2017.1281879
- Nojomi, M., Anbary, K., & Ranjbar, M. (2008). Health-related quality of life in patients with HIV/AIDS. *Arch Iran Med*, 11(6), 608-612.

- Nyamathi, A. M., Ekstrand, M., Yadav, K., Ramakrishna, P., Heylen, E., Carpenter, C., Sinha, S. (2017). Quality of Life Among Women Living With HIV in Rural India. *J Assoc Nurses AIDS Care*. doi:10.1016/j.jana.2017.03.004
- O'Connell, K., Skevington, S., & Saxena, S. (2003). Preliminary development of the World Health Organization's Quality of Life HIV instrument (WHOQOL-HIV): analysis of the pilot version. *Soc Sci Med*, 57(7), 1259-1275.
- Oliveira, F. B. M., Moura, M. E. B., Araújo, T. M. E. d., & Andrade, E. M. L. R. (2015). Quality of life and associated factors in people living with HIV/AIDS. *Acta Paul Enferm*, 28(6), 510-516.
- Pansuwan N. & Jantaramanee S. (2014). The prevalence and incidence of HIV infection, Thailand 2013. Epidemiological Surveillance Development Group for AIDS, Tuberculosis and STDs, Bureau of Epidemiology. Nontaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Pila JM, N. T., Masangu HM, Mankubu AN, Bilongo AM,. (2019). Disclosure and Quality of Life of People Living with the HIV/AIDS under HAART in Kinshasa, DR Congo. *J HIV Retrovirus*, 5(1), 1:3.
- Rotheram-Borus, M. J., Stein, J. A., Jiraphongsa, C., Khumtong, S., Lee, S.-J., & Li, L. (2010). Benefits of Family and Social Relationships for Thai Parents Living with HIV. *Prevention Science*, 11(3), 298-307. doi:10.1007/s11121-009-0165-6.
- Sakthong, P., Schommer, J. C., Gross, C. R., Prasithsirikul, W., & Sakulbumrungsil, R. (2009). Health utilities in patients with HIV/AIDS in Thailand. *Value Health*, 12(2), 377-384. doi:10.1111/j.1524-4733.2008.00440.x.
- Sakthong, P., Schommer, J. C., Gross, C. R., Sakulbumrungsil, R., & Prasithsirikul, W. (2007). Psychometric properties of WHOQOL-BREF-THAI in patients with HIV/AIDS. *J Med Assoc Thai*, 90(11), 2449-2460.
- Siriporn, N., Panza, A., Plipat, T., Prasithsirikul, W., Raksakulkarn, P., Muangpaisan, K., . . . Pumpradit, W. (2010). Health-related quality of life among persons living with HIV/AIDS in 3 hospitals in Thailand. *Journal of Health Research*, 24.
- Subramanian, T., Gupte, M. D., Dorairaj, V. S., Periannan, V., & Mathai, A. K. (2009). Psycho-social impact and quality of life of people living with HIV/AIDS in South India. *AIDS Care*, 21(4), 473-481. doi:10.1080/09540120802283469.
- Tesfaye, M., Olsen, M. F., Medhin, G., Friis, H., Hanlon, C., & Holm, L. (2016). Adaptation and validation of the short version WHOQOL-HIV in Ethiopia. *International journal of mental health systems*, 10, 29-29. doi:10.1186/s13033-016-0062-x.
- The WHOQOL Group. (1994a). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.

- Thomas, B. E., Rehman, F., Suryanarayanan, D., Josephine, K., Dilip, M., Dorairaj, V. S., & Swaminathan, S. (2005). How stigmatizing is Stigma in the life of people living with HIV: A study on HIV positive individuals from Chennai, South India. *AIDS Care*, 17(7), 795-801. doi:10.1080/09540120500099936.
- Tran, B. X., Ohinmaa, A., Nguyen, L. T., Oosterhoff, P., Vu, P. X., Vu, T. V., & Larsson, M. (2012). Gender differences in quality of life outcomes of HIV/AIDS treatment in the latent feminization of HIV epidemics in Vietnam. *AIDS Care*, 24(10), 1187-1196. doi:10.1080/09540121.2012.658752.
- Trevino, K. M., Fasciano, K., Block, S., & Prigerson, H. G. (2013). Correlates of social support in young adults with advanced cancer. *Supportive Care in Cancer*, 21(2), 421-429. doi:10.1007/s00520-012-1536-2.
- UNAIDS.org. (2020 May 25). HIV IN ASIA AND THE PACIFIC: UNAIDS REPORT 2013. Retrieved from http://www.unaids.org/en/resources/documents/2013/20131119_HIV-Asia-Pacific.
- UNAIDS.org. (2019, 2020 May 25). UNAIDS DATA 2019. Retrieved from https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf.
- Uthis, P. (2018). *Evaluation of the project to end TB and AIDS with Reach-Recruit-Test-Treat-Retain: RRTTR in Injection Drug Users*. Chulalongkorn University. Bangkok (In Thai).
- Xiao, Z., Li, X., Qiao, S., Zhou, Y., & Shen, Z. (2017). Social support, depression, and quality of life among people living with HIV in Guangxi, China. *AIDS Care*, 29(3), 319-325. doi:10.1080/09540121.2016.1224298.
- Xu, J.-F., Ming, Z.-Q., Zhang, Y.-Q., Wang, P.-C., Jing, J., & Cheng, F. (2017). Family support, discrimination, and quality of life among ART-treated HIV-infected patients: a two-year study in China. *Infectious Diseases of Poverty*, 6(1), 152. doi:10.1186/s40249-017-0364-5.
- Yadav, S. (2010). Perceived social support, hope, and quality of life of persons living with HIV/AIDS: a case study from Nepal. *Qual Life Res*, 19(2), 157-166. doi:10.1007/s11136-009-9574-z.
- Zhu, Y., Liu, J., & Qu, B. (2017). Psychometric properties of the Chinese version of the WHOQOL-HIV BREF to assess quality of life among people living with HIV/AIDS: a cross-sectional study. *BMJ open*, 7(8), e016382-e016382. doi:10.1136/bmjopen-2017-016382.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาความคิดเห็นของแกนนำภาคีเครือข่ายเพื่อการไม่สูบบุหรี่ ในการสนับสนุนโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน

Received: Jan. 3 ,2020

Accepted: June 6,2021

Published: Nov. 8,2021

A Study of Opinions of Core Leaders in a No-smoking Network to Support
the 'Three Millions-Three Years Anti-smoking for King Project'

ศุภาพิชญ์ โพน โบร์แมนน์^{1*}, สุนันทา ทองพัฒน์², เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์³, วรรณพร บุญเปล่ง³,
สุดคณิง ฤทธิฤกษ์⁴, กนิษฐา ถนอดกิจ³, วิไลพร ขำวงษ์³, สรายุทธ นามเมือง³

¹สำนักวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี, ²กลุ่มงานนโยบายและแผน

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, ³วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี,

⁴สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

Suparpit von Bormann¹, Sunanta Thongpat², Janejira Kiatsinsap³, Wannaporn Boonpleng³,

Sudkhanoung Rittruechai⁴, Ganittar Thanudkij³, Wilaiporn Khamwong³,

Sarayuth Nammuang³

¹Institute of Nursing, Suranaree University of Technology, ²Policy and Planning manager,

National Institute for Emergency Medicine, ³Boromarajonani College of Nursing,

Changwat Nonthaburi, ⁴Bureau of Primary Health Care System Support

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงคุณภาพนี้ใช้รูปแบบ CIPP Model เพื่อศึกษาความคิดเห็นของแกนนำภาคีเครือข่ายเพื่อการไม่สูบบุหรี่ ในการขับเคลื่อนโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน ผู้ให้ข้อมูล คือ แกนนำภาคีเครือข่ายเพื่อการไม่สูบบุหรี่ จำนวน 10 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า 1) ด้านบริบท วัตถุประสงค์ของโครงการสอดคล้องกับสถานการณ์ของสังคมไทย 2) ด้านปัจจัยนำเข้า บุคลากรมีการมอบหมายงานตามโครงสร้างสายบังคับบัญชา มีความร่วมมือจากบุคลากรของภาคีเครือข่าย มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร มีการธำรงรักษาบุคลากรและดูแลขวัญและกำลังใจของพนักงาน วัสดุอุปกรณ์มีที่ได้รับไม่ตรงกับความต้องการ งบประมาณมีส่วนที่ได้รับการสนับสนุนจาก สสส. และการบริหารจัดการของหน่วยงานราชการใช้การสั่งการในแนวดิ่ง ส่วนภาคีเครือข่ายใช้การประสานความร่วมมือแบบไม่เป็นทางการ 3) ด้านกระบวนการ มีการวางแผนการปฏิบัติงาน การจัดกิจกรรมใน 4 พันธกิจ คือ พันธกิจชวน/ช่วยให้เลิกบุหรี่ พันธกิจสร้างกระแส พันธกิจสร้างระบบและกลไกพื้นฐาน และพันธกิจสร้างพันธมิตร และมีการกำกับติดตามการดำเนินงานผ่านสายการบังคับบัญชา การประชุมของภาคีเครือข่าย การติดตามเยี่ยมในพื้นที่ 4) ผลผลิต จำนวนผู้เลิกบุหรี่ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แต่ก็ส่งผลต่อทัศนคติต่อบุหรี่ของคนในสังคมมากขึ้น

คำสำคัญ: ภาคีเครือข่ายเพื่อการไม่สูบบุหรี่, โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทยเทิดไท้องค์ราชัน

Corresponding author: ศุภาพิชญ์ โพน โบร์แมนน์, E-mail: suparpit@gmail.com

Original article

Abstract

Received: Jan. 3 ,2020

Accepted: June 6,2021

Published: Nov. 8,2021

The Context Input Process Product (CIPP) Model was used in this qualitative research project to explore the opinions of core-leaders in the no-smoking network to support the ‘Three Millions-Three Years Anti-smoking for King Project.’ Informants were 10 core leaders from no-smoking networks. We conducted in-depth interviews. Data were analysed by using content analysis. Results showed that: 1) Context: objectives of the project were relevant to Thai situation, 2) Input: personnel had the support of the command chain and had cooperation from the no-smoking network. There was capacity building for staff and maintenance of staff in the system. Some materials were not relevant to the needs of staff. The budget for this project were partially supported by the Thai Health Promotion Foundation. Top-down management was used in the government team, while informal coordination was used within no-smoking network, 3) Process: There was a plan to do 4 missions: the motivation mission, the making campaign mission, the creating system and mechanism mission, and the making alliances mission. These missions were followed up by the command chain and through monthly meetings of no-smoking network and visits in the areas where the missions were carried out, 4) Product/Output: The quantitative goal of the project was not yet achieved. However, this project has resulted in changes in attitude of people in society.

Keywords: No-smoking network, ‘Three Millions-Three Years Anti-smoking for King Project’

Corresponding author: Suparpit von Bormann, E-mail: suparpit@gmail.com

บทนำ

บุหรี่เป็นสิ่งถูกกฎหมายที่จัดว่าเป็นภัยคุกคามชีวิตของผู้สูบบุหรี่และคนใกล้ชิด โดยในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตทั่วโลกมากกว่า 7 ล้านคน ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้เสียชีวิตจากบุหรี่ปีละประมาณ 1.3 ล้านคน (World Health Organization, 2016) จากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2560 พบว่าในประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 19 (Tobacco Control Research and Knowledge Management Center, 2018) มีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่มากกว่า 50,000 ราย/ปี และอย่างน้อย 1 ล้านคนที่ป่วยหรือพิการด้วยโรคเรื้อรังจากการสูบบุหรี่ (Bureau of Tobacco Control, 2016) แม้ว่าประเทศไทยจะมีกฎหมายและนโยบายควบคุมการสูบบุหรี่ที่เข้มงวดขึ้น แต่เมื่อเปรียบเทียบกับเวลา 10 ปี อัตราการสูบบุหรี่ลดลงเพียงร้อยละ 3 เท่านั้น (National Statistical Office, 2016) ดังนั้นจึงมีองค์การภาคีเครือข่ายเพื่อการไม่สูบบุหรี่ที่ได้ดำเนินการผ่านโครงการต่างๆ หนึ่งในนั้นคือ “โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน” โดยผลการดำเนินงานปีที่ 1 และ 2 พบว่ามีผู้สมัครใจเข้าร่วมการเลิกบุหรี่ได้ถึงกว่า 500,000 คน และมีผู้ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ต่อเนื่องนานเกิน 6 เดือน 110,000 คน (Three Millions-Three Years Anti-smoking for King Project, 2018) แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในระดับหนึ่ง แม้ยังไม่บรรลุเป้าหมายคือคนไทยเลิกบุหรี่ได้ 1 ล้านคนใน 1 ปี แต่ก็แสดงให้เห็นถึงการรวมพลังกันระหว่างแกนนำภาคีเครือข่ายต่างๆ ในการขับเคลื่อนโครงการ จากการศึกษาของณงนุช แยมวงศ์ และคณะ (Yamwong, Yamwong, Pornsri, & Wongsandee, 2018) ที่ประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงานโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชันของจังหวัดนครนายกและจังหวัดสระแก้ว พบว่าการบูรณาการกับภาคีเครือข่ายต่างๆ เป็นหนึ่งในปัจจัยที่จะช่วยขับเคลื่อนโครงการให้ประสบความสำเร็จ ทั้งนี้ยังไม่เคยมีการศึกษาความคิดเห็นของแกนนำภาคีเครือข่ายเพื่อการไม่สูบบุหรี่ที่มีต่อการดำเนินงานโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงได้ศึกษาความคิดเห็นของแกนนำภาคีเครือข่ายเพื่อการไม่สูบบุหรี่ ในการขับเคลื่อนโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความคิดเห็นของแกนนำภาคีเครือข่ายเพื่อการไม่สูบบุหรี่ ในการขับเคลื่อนโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อประเมินโครงการที่ใช้การประเมินแบบ CIPP Model (Stufflebeam, 2003)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant: KI) ได้แก่ แกนนำภาคีเครือข่ายเพื่อการไม่สูบบุหรี่ ที่คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นภาคีที่มีการดำเนินงานด้านบุหรี่ยังต่อเนื่อง และ 2) มีผลงานเป็นที่ประจักษ์ ได้ผู้ให้ข้อมูลระดับแกนนำระดับสูง (core leader) จำนวน 15 คน แล้วพบว่าข้อมูลอ้อมตัวที่ 10 คน จาก 7 ภาคีเครือข่าย ได้แก่ สมาพันธ์แห่งชาติเพื่อการไม่สูบบุหรี่ เครือข่ายหมออนามัย คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมควบคุมโรค ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และข้อมูลจากเอกสารรายงานการประชุมคณะกรรมการแกน

นำ (Core team meetings) ที่ร่วมกันขับเคลื่อนโครงการ 3 ล้าน 3 ปีเลิกบุหรี่ทั่วไทยเทิดไถ่องคร้าชน ปี พ.ศ. 2560 และ ปี พ.ศ. 2561 (Boonpanya, 2017, 2018)

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 21 ข้อที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้ค่า IOC รายข้อ = 0.5 ขึ้นไป แล้วนำไปทดลองกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างและพบว่าใช้ได้ 2) เครื่องบันทึกเสียง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อนัดหมายการสัมภาษณ์ โดยก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้อธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัยและสิทธิของผู้ให้ข้อมูล เพื่อขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย จากนั้นจึงดำเนินการสัมภาษณ์ตามแนวคำถามที่เตรียมไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ของ Colaizzi (1978) โดยนำข้อมูลที่ได้อาจำแนกและจัดหมวดหมู่ให้เป็นระบบ หลังจากนั้น นำข้อมูลที่มีความสัมพันธ์กันจัดให้อยู่ในกลุ่มเดียวกัน

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี เลขที่ใบรับรอง 1/2561 วันที่ 2 พฤศจิกายน 2560

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญพบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ (ตั้งแต่ 7 คน ขึ้นไป) ให้ความคิดเห็นเหมือนกันในประเด็นดังต่อไปนี้

1. การประเมินบริบท

1.1 วัตถุประสงค์ของโครงการสอดคล้องกับความต้องการของสังคม

วัตถุประสงค์ของโครงการเป็นการรณรงค์และขับเคลื่อนให้ประชาชนเห็นความสำคัญของพิษภัยผลกระทบและความสูญเสียจากการสูบบุหรี่ สอดคล้องกับสถานการณ์ของสังคมไทยในปัจจุบัน ดังตัวอย่างความคิดเห็นต่อไปนี้

“วัตถุประสงค์โครงการที่ต้องการเพิ่มจำนวนคนเลิกสูบบุหรี่ตอบโจทย์การแก้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากพิษภัยของบุหรี่ ปัญหาการสูบบุหรี่ถือเป็นปัญหาสำคัญของสังคม...” (KI-10)

“วัตถุประสงค์ของโครงการมีความสอดคล้องกับความต้องการของสังคม เพราะบุหรี่เป็นต้นตอของปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ที่กำลังจะมีจำนวนนักสูบหน้าใหม่ โดยเฉพาะกลุ่มผู้หญิงวัยรุ่นมากขึ้น รวมทั้งรูปแบบการสูบที่เปลี่ยนไป ทั้งบุหรี่ไฟฟ้า การฝิ่นนิโคติน รวมทั้งการเสพยาอื่นที่ต้องใช้วิธีการสูดดม ปัญหาบุหรี่ แทบจะเรียกได้ว่าเป็นปัญหาร่วมสมัย เพราะแม้เวลาจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร เรายังคงต้องมาจัดการกับปัญหาสุขภาพเสียติดอยู่อย่างไม่เคยลดความสำคัญ...” (KI-7)

1.2 การเตรียมการภายในโครงการที่เื้อต่อความสำเร็จ

โครงการมีการจัดการประชุมเพื่อเตรียมการโครงการฯ อย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการทำความเข้าใจ เป้าหมายและพันธกิจร่วมกัน

“เรามีการประชุม core team (ทีมแกนนำ) ทุกเดือน มีการมอบหมายงานแต่ละพันธกิจในทุกมิติและวางแผนงานไว้ตลอดปี มีการประชุมและกำกับติดตามในแต่ละโครงการ ให้บรรลุผลที่ตั้งไว้” (KI-5)

2. การประเมินปัจจัยนำเข้า

2.1 บุคลากร

2.1.1 การมอบหมายตามโครงสร้างสายบังคับบัญชา

โครงการฯ มีการเปิดตัวโดยปลัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งประกาศนโยบายที่ให้ความสำคัญกับปัญหาบุหรี่ มีนโยบายที่ชัดเจนในการดำเนินการโดยใช้พลังเครือข่ายหมออนามัย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

“การทำงานเชิงโครงสร้าง โดยสำนักงานส่วนภูมิภาคระดับเขตจะเชิญให้ผู้รับผิดชอบ ประธานชมรม อสม. สสส. (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ) สมาพันธ์ (สมาพันธ์แห่งชาติเพื่อการไม่สูบบุหรี่) เป็นวิทยากร ในการบรรยายทำความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายเรื่องบุหรี่ โดยจะมีการมอบหมายให้ประชุมในระดับอำเภอให้มีการกระจายข้อมูลถึง อสม.” (KI-4)

มีการกำกับติดตามโดยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเพื่อผลักดันการดำเนินการของแต่ละเขตพื้นที่ซึ่งก็ต้องดูบริบทของพื้นที่ด้วย

“การตรวจเป็นทั้งคุณและโทษ ถ้าตรวจดีก็สร้างประโยชน์ สร้างกำลังใจ แต่ถ้าตรวจแบบเร่งตรวจเพื่อเอาผิด ตรวจแบบเค้น คะยั้นกะยอ พื้นที่ที่ไม่เอา พื้นที่ที่เบื้อ” (KI-5)

“บางที่การตรวจมีการถาม ทำไมจังหวัดพื้นที่ติดกัน กราฟสูงมาก ทำไมจังหวัดนี้น้อย ทั้งๆ ที่ไม่ได้สอบถามปัญหาในพื้นที่ เช่น บางที่จังหวัดเกิดน้ำท่วมอยู่ เกิดไข้เลือดออกอยู่ ถ้ามีปัญหาแบบนี้แล้ว คงจะยังไม่ทำเรื่องบุหรี่ เมื่อคนไข้เป็นร้อยล้านโรงพยาบาลอยู่” (KI-10)

ระดับอำเภอ สสอ. มีบทบาทสำคัญที่รับนโยบายจากปลัดกระทรวงฯ แต่บางแห่งพบว่าการส่งต่องานยังมีความท้าทายอยู่

“ทุกวันจะมีอีเมลหรือโทรศัพท์เข้ามา ขอข้อมูลตรงนั้นหน่อย ขอข้อมูลตรงนี้หน่อย ผมพียงย้ายมา ผมต้องทำอย่างไรครับ จำ login, Password ก็ไม่ได้ เพราะคนเดิมไม่ได้บอกไว้” (KI-10)

ระดับชุมชน ผู้ปฏิบัติงาน เช่น อสม. ในบางพื้นที่ยังไม่ทราบนโยบายหรือข้อมูลต่างๆ

“เป้าของโครงการ อสม. ล้วนคน 1 คนชวน 3 คน ก็ถึงเป้า แต่ข้อมูลไม่ไปถึงตัว อสม. อสม. หลายๆ คนเขาก็ไม่รู้เรื่องโครงการนี้...อสม. มาประชุมทีนี้ ล้วนคนมาประชุมกันแค่หลักพันคน อีก 9 แสนคนคือไม่รู้เรื่องหรือการใช้ส่งผ่านไลน์ ก็ไม่ได้มี (ไลน์) ครบทุกคน” (KI-10)

2.1.2 ความร่วมมือของภาคีเครือข่าย

ผู้ให้ข้อมูลเห็นตรงกันว่าความร่วมมือเกิดจากการที่ภาคีเครือข่ายหลากหลายองค์กรมุ่งเน้นพันธกิจที่แตกต่างกันแต่หนุนเสริมกันเพื่อเป้าหมายเดียวกัน อาจจะมีการดำเนินการโดยเน้นพื้นที่เล็กๆ ก่อนแล้วค่อยขยายผลในวงกว้าง ควรมีผู้ที่ปฏิบัติงานจริงมาวางแผนร่วมกันในคณะทำงาน Core team และมีทีมชุดเล็กที่ยกร่างขึ้นมาให้ชุดใหญ่พิจารณา โดยควรมีการสร้างแรงจูงใจให้คนทำงาน

“คนที่ทำเรื่องนี้ให้สำเร็จต้องเป็นแบบ full time (ทำงานเต็มเวลา) คือต้องเกาะติดพื้นที่ ต้องมีกลุ่มคนลงในพื้นที่แล้วให้กราฟขึ้นมาให้ได้เลย ถ้าทำแบบนี้แค่ 3 หรือ 4 จังหวัดก็จะเห็นชัด ดีกว่าหวานไปทั่วประเทศ” (KI-10)

“การดีไซน์ Core team (ทีมแกนนำ) ต้องชัดกว่านี้ มีงาน มีความก้าวหน้าให้ และขอตัวจริงมาร่วมทำงาน มีการเชื่อมโยงให้ถึงเครือข่าย อสม.ให้ได้ ไม่ใช่ประชุมแล้วจบ ไม่มีงานต่อ” (KI-9)

“ควรมี Core team (ทีมแกนนำ) เล็กๆ คิดกลยุทธ์ก่อน แล้วมาฟังประชาคมคิดว่าคนทำงานคิดเห็นอย่างไร มาวิพากษ์กัน ขนานไปกับการรณรงค์” (KI-7)

2.1.3 การพัฒนาศักยภาพบุคลากร

ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่าศักยภาพของภาคีเครือข่ายมีความแตกต่างกัน บางองค์กรจำเป็นต้องใช้บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่น ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติที่ผู้ปฏิบัติจะต้องผ่านการฝึกอบรมการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตามมาตรฐานสากล ในส่วนของพื้นที่ ก็ได้มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องโดยการอบรมให้ความรู้และทักษะที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ปฏิบัติงาน

“ก่อนจะรับใครเข้ามาทุกคนต้องผ่านการ train (ฝึกฝน) ใช้มาตรฐานเดียวกันหมด ตอนนี้ทีมของเรามีประมาณ 35 คน ให้บริการผลัดเวรกันทุกวันตั้งแต่ 7 โมงครึ่งถึง 2 ทุ่ม เราโทรออกน้อยที่สุด เดือนที่แล้ว 45,000 ครั้ง” (KI-7)

“พัฒนาศักยภาพที่ อสม. จะสามารถเอาไปใช้ต่อในพื้นที่ได้ เช่น วิทยากรกระบวนการ รวมทั้งเทคนิคต่างๆ เช่น การค้นหากลุ่มเป้าหมาย เรื่องใหม่ๆ เช่น บุหรี่มือสาม เสี่ยงสะท้อนจากพื้นที่ คือ สร้างกระแสในส่วนกลาง” (องค์ 11)

2.1.4 การธำรงรักษาศักยภาพบุคลากร

การธำรงรักษาศักยภาพและดูแลขวัญและกำลังใจของคนทำงานมีความสำคัญ สิ่งสูงสุดที่คณะทำงานใช้เป็นหลักชัยในการทำงานคือ พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช

“ก่อนอบรมจะเปิดเพลงของพ่อ จะสร้างบรรยากาศนี้ก่อน เป็นพลังให้คนทำงาน” (KI-9)

2.2 วัสดุอุปกรณ์

ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่าวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการรณรงค์ หากมีการออกแบบโดยผู้ปฏิบัติงานเองจะตรงกับความต้องการมากที่สุด

“ในแง่ผู้ปฏิบัติ ต้องการมีส่วนร่วมในการคิดผลิตสื่อ ให้สอดคล้องกับการทำงานและการใช้งานจริง จึงจะได้ผล...เราไม่เคยได้ทำเรื่องสื่อ ซึ่งต่างจากต่างประเทศที่เขาจะเป็นคนออกสื่อเอง คิดชื่อเอง...ตอนนี้หน่วยงานต้นสังกัดเรามีหน่วยงานที่จะออกสื่อ แต่บางครั้งมันก็ไม่ตรงกับที่จะต้องการกระตุ้นให้คนมาหาเรา...เรารู้สึกว่าอยากจะให้คนทำสื่อมาคุยกับเราเพราะเรามีข้อมูลว่าถ้าคุณจะทำกลุ่มเด็กคุณจะทำสื่อประเด็นไหนที่เตะใจวัยรุ่น กลุ่มคนท้อง จะเอาประเด็นอะไร เพราะเรามีข้อมูลสำหรับตอบโจทย์ให้ทุกคนเลย” (KI-7)

2.3 งบประมาณ

ผู้ให้ข้อมูลเห็นสอดคล้องกันว่า การดำเนินการรณรงค์ด้านบุหรี่ได้รับงบประมาณจากแหล่งงบประมาณ เช่น งบประมาณของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพในการพัฒนาศักยภาพ อสม. กองทุนแม่ของแผ่นดิน บางพื้นที่มีเครือข่ายจาก สปสช. ทุนจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ในระดับผู้ปฏิบัติงานก็ยังรู้สึกว่ามีไม่เพียงพอที่จะนำไปใช้สำหรับการดูแลประชาชนให้ทั่วถึงและต่อเนื่อง

“การทำหน้าที่อย่างต่อเนื่องของ อสม. ในการชักชวนให้คนเริ่มเลิกบุหรี่เพิ่มสัปดาห์ละ 20 คนต่อตำบล หรือ 2 คนต่อหมู่บ้าน พร้อมทั้งลงชื่อสมัครใจเข้าร่วมโครงการ และเข้าร่วมกลุ่ม/ชมรม “รวมพลคนรักสุขภาพ (สร้างนำซ่อม)” เพื่อทำกิจกรรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ หรือกิจกรรมสร้างนำซ่อม เลิกบุหรี่ เลิกเหล้าต่อเนื่อง ทุกสัปดาห์ในระดับตำบล โดยสนับสนุนให้หมู่บ้านช่วยกันผลักดันนั้น ยังคงเป็นความท้าทายต่อการบริหารจัดการงบประมาณสนับสนุน อสม. กว่า 1 ล้านคนที่กระจายตัวอยู่ทั่วประเทศในการทำหน้าที่ดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ...” (KI-5)

“หลายพื้นที่เงินลงไม่ถึงคนทำงานจริงๆ อย่าง อสม. เพราะแค่จัดประชุมก็หมดแล้ว” (KI-10)

“งบประมาณก็คงจะต้องพยายาม support (สนับสนุน) ในพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนให้มากๆ อย่างเช่นโครงการ... 400 อำเภอนี้ ก็ให้งบประมาณอำเภอละ 20,000 บาท ซึ่งไม่ใช่เงินที่เยอะแต่ก็เป็นคล้ายๆ น้ำมันหล่อลื่นที่ทำให้เขาทำงานต่อได้” (KI-5)

2.4 การบริหารจัดการ

ในระดับกระทรวงมีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านบุหรี่ยุติ และการในแนวตั้งไปในระดับต่างๆ ให้ทำงานเชื่อมโยงประสานกัน

“ใช้กลไกการบริหารของภาครัฐ ในการสั่งการเชิงนโยบายไปยังผู้ตรวจราชการเพื่อนำนโยบายสู่การปฏิบัติได้อย่างเชื่อมโยงกับระบบบริหารจัดการของจังหวัด อำเภอ จนถึงหมู่บ้าน ที่ให้บุคลากรสาธารณสุขปฏิบัติตามให้เป็นแบบอย่างของการเลิกบุหรี่” (KI-4)

ในระดับภาคีเครือข่าย มีการกำหนดนโยบายการบริหารจัดการโดยเน้นการรักษาสัมพันธ์ภาพที่ดีกับเครือข่ายในพื้นที่ การประสานความร่วมมือแบบไม่เป็นทางการ

“สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับคนอื่น มีเพื่อนให้มาก ใช้การติดต่อแบบไม่เป็นทางการ อ่อนน้อมถ่อมตน เรียนรู้ตลอดเวลา สู้งาน อดทน มีความเพียร สร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงาน โดยยึดหลัก ซื่อสัตย์ รับผิดชอบ และมีน้ำใจด้วย” (KI-1)

“การทำงานเราจะจับมือกันทั้ง 4 องค์กร ไปด้วยกัน ออกแถลงการณ์ร่วมกัน ไม่ขัดแย้งกัน มันทำให้เราดึงเครือข่ายมาทำงานร่วมกันได้ ทำให้เรามีกำลังใจ” (KI-3)

นอกจากนี้ยังมีการคิดนอกกรอบ โดยมีการวางแผนการทำงานในเครือข่ายที่ไม่ยึดโยงกับงบประมาณ และการใช้หลักการบริหารงานแบบภาคเอกชนและขยายเครือข่ายความร่วมมือไปยังภาครัฐและเอกชนเพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้มากขึ้น

“ทำงานแบบ NGO ดีกว่า...ทำงานก่อนอำเภออื่น 1 ก้าวเสมอ...ผมทำของผมไป การมีนโยบายชัดเจนจากกระทรวงฯ จะทำให้ทำงานง่ายขึ้น...” (KI-2)

“มีความก้าวหน้าในการขยายเครือข่าย โดยการร่วมกิจกรรมกับแกนนำนักศึกษาจากมหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ เครือข่ายผู้สูงอายุเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่” (องค์ 2-2)

“มีการประสานกับสำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว ให้ประสานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ร่วมรณรงค์โครงการฯ ได้” (องค์ 9-2)

“สมาพันธ์ได้รับความร่วมมือจากสโมสรฟุตบอล Chiang Rai United และ Buriram United ประกาศเป็นสนามฟุตบอลปลอดบุหรี่ นอกจากนี้ Central Group จะเข้าร่วมเป็นเครือข่ายด้วย ได้ตั้งเป้าหมายไว้ว่าภายใน 5 ปีพนักงานที่สูบบุหรี่ต้องเป็นศูนย์” (องค์ 2-5)

อย่างไรก็ตามมีผู้ให้ข้อมูลเห็นว่ายังไม่มีบทพบพบผลการดำเนินงานเพื่อปรับแผนการทำงานร่วมกัน

“เรายังไม่เคยกลับมาวิเคราะห์กันเลยในภาพรวม ว่ามันมีความผิดพลาดตรงไหน ควรกลับมาทบทวนว่า มันเกิดปัญหาอะไรขึ้นเราจะวางแผนปรับกลยุทธ์อย่างไรแล้วภาคีต่างๆ ที่อยู่จะช่วยกันยังไง” (KI-7)

3. การประเมินกระบวนการ

3.1 การวางแผน

3.1.1 ระดับภาคีเครือข่าย มีการวางแผนดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีที่ 1 จนถึงปีที่ 3

“ใช้ประเด็นความท้าทาย และในหลวงที่ทุกคนเคารพ รัก กำหนดเป็นชื่อโครงการ “เทิดไท้องค์ราชัน” ใช้กลไกสำคัญ คือ นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข ซึ่งเป็น สสอ. 878 คน...ให้การทำงานเข้าถึง กลุ่มเป้าหมาย ซึ่งก็คือ ประชาชน โดย อสม.” (KI-1)

“ยึดทีมงานเก่า มาร่วมมือกัน โดยมีมูลนิธิหมอนามัยมาทำงานก่อน มีการประชุมร่วมกัน ของเครือข่าย และ สสส. มีการตั้งชื่อโครงการให้น่าสนใจ “3 ล้าน 3 ปี” (KI-2)

นอกจากนั้น ยังวางแผนเข้าพบผู้บริหารของกระทรวงฯ ที่เกี่ยวข้องเพื่อขอคำปรึกษาในการดำเนินโครงการฯ

“มีการไปหารือกับผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อจะหาแนวทางนำ ข้อมูลจากระบบ 43 แฟ้ม แบบไม่ให้รู้ตัวบุคคล และใส่ในฐานข้อมูล Quit for King ให้ประมวลผลได้” (องค์ 1-4)

3.1.2 ระดับเขต มีการวางแผนจัดทำโครงการนำร่อง การวางแผนตรวจเยี่ยมเพื่อกระตุ้นการทำงานเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง

“ในการทำงานร่วมกับเขตจะมีโครงการนำร่อง ซึ่งจะทำงานร่วมกับเขต 11 เขต 6 และ กทม. ซึ่งจะขอ ข้อมูลจาก สสส. ถึงเป้าหมายที่ต้องการเพื่อใช้ในการติดตาม โดยแพทยสมาคมจะมีการเยี่ยมตามเขตที่อยู่ในกลุ่ม ทดลองและจะได้มีการกระตุ้นการดำเนินการในแต่ละเขตโดยเน้นการทำงานเชิงรุก และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง” (องค์ 2-1)

3.2 การรับสมัครผู้ที่เข้าร่วมโครงการในการเลิกสูบบุหรี่ เริ่มตั้งแต่พันธกิจสร้างระบบและกลไกพื้นฐาน มีสายด่วน 1600 ที่ช่วยเป็นหลัก อย่างไรก็ตาม พบว่า ผู้สูบบุหรี่บางส่วนกลัวว่าจะเป็นบาปถ้าไม่สามารถเลิกบุหรี่ ได้จริง

“มี 1600 (Hot line) เขาช่วยรองรับ...เป็นกำลังสำคัญเลย” (KI-10)

“ถ้าเป็นช่วงรณรงค์ก็จะมีคนอยากเลิกเพราะเขาารู้ว่าสูบเขาก็จะโทรเข้ามา เราก็ให้บริการเต็มรูปแบบ ช่วงไหนไม่มีสายเข้าเราก็ต้องโทรไป Case เก่าเพื่อติดตามว่าเป็นอย่างไร คนหนึ่งคนจะได้รับบริการจากเรา 1 ปี ไม่ใช่แค่ครั้งเดียว อันนี้คือการติดตามตามมาตรฐานของนานาชาติ...บางพื้นที่ชาวบ้านไม่ยอมเข้าโครงการ เพราะว่ารักท่านมาก เกิดเลิกไม่ได้เนี่ยมันบาป เห็นไหมนี่คือคนไทยนะ ไปเจอประเด็นแบบนี้เขาจะต้องใช้กลเม็ด แบบอื่น” (KI-7)

3.3 การจัดกิจกรรมมีความแตกต่างกันไปใน 4 พันธกิจ

3.3.1 พันธกิจชวน/ช่วยให้เลิกสูบบุหรี่มีการจัดกิจกรรมที่เน้นการเข้าหากกลุ่มเป้าหมายโดยตรง อย่างไรก็ตาม การใช้ชื่อคลินิกที่ให้ความรู้สึกด้านลบอาจจะเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้รับบริการมีน้อย

“การใช้ชื่อคลินิก อย่างเช่นคำว่า คลินิกจิตเวช มันก็ไม่มีใครอยากเข้าเพราะมันเป็นเหมือน Stigma (ตรา บาป)” (KI-7)

3.3.2 พันธกิจสร้างกระแสมีการจัดกิจกรรมที่เน้นกิจกรรมสร้างกระแสชวนเลิกบุหรี่เป็นประจำทุกเดือน มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้ผู้ปฏิบัติรู้หลักการมุ่งใจให้คนเลิกยาเสพติด

“หาวันสำคัญ หาเหตุผลการเลิกบุหรี่ ดัดสินใจเลิก ทนทรมาน พยายามเลิก ประกาศในที่ประชุม ชุมชน และ “ทำ” ให้คนอื่นเลิก ทำต่อกันไปเรื่อยๆ ในอำเภอ สำคัญที่ใจต้องเข้มแข็ง” (KI-3)

3.3.3 พันธกิจสร้างระบบและกลไกพื้นฐานมีการจัดกิจกรรมที่เน้นการทำงานกับเครือข่าย

“มีชมรมวัยใสไม่ใสใจบุหรี่ ซึ่งเป็นความร่วมมือกับกระทรวงศึกษา กลุ่มที่สูบบุหรี่จะส่งคลินิกฟ้าใสเพื่อเลิกบุหรี่ และผู้ที่ไม่สูบบุหรี่จะเป็นการให้ความรู้เพื่อป้องกัน” (องค์ 2-1)

นอกจากนั้น ยังมีการเสริมพลังแก่เครือข่ายของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้บุคลากรในพื้นที่เกิดความคิดสร้างสรรค์ในการดำเนินการเกี่ยวกับบุหรี่ และเชื่อมโยงกับลักษณะเด่นของแต่ละจังหวัดได้

“กิจกรรมที่ได้ดำเนินการคือ empowerment (การเสริมพลัง) โดยกิจกรรมที่ทำเน้น capacity building (การเพิ่มขีดความสามารถ) เช่น สื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลง มีการคิดที่จะพัฒนาสตีกเกอร์ การสื่อสารเชื่อมโยงกับ ลักษณะเด่นของแต่ละจังหวัด” (องค์ 6-1)

3.3.4 พันธกิจสร้างพันธมิตรเน้นการสร้างความสำเร็จในการดำเนินโครงการกับทุกระดับเพื่อให้ทุกฝ่ายดำเนินงานไปด้วยกันได้

“มีการดำเนินงานแบบ multiple intervention โดยทุกฝ่ายต้องทำไปพร้อมๆ กัน แต่บางอย่างอาจจะเร็วช้า ไม่เท่ากัน” (องค์ 1-2)

3.4 มีการกำกับติดตามให้ดำเนินงานตามแผนงานที่วางไว้ และติดตามความสำเร็จของโครงการฯ อย่างต่อเนื่อง โดยมีการกำกับติดตาม 4 ประเภท ดังนี้

3.4.1 การกำกับติดตามตามสายการบังคับบัญชา เริ่มจากระดับกรม ทำการกำหนดตัวชี้วัด ถ่ายทอดงานไปสู่ระดับพื้นที่

“กิจกรรมการเยี่ยมเพื่อเสริมพลัง โดยมีการติดตามให้เกิดการขับเคลื่อนเรื่องบุหรี่โดยผู้ติดตามเยี่ยมคือ ผู้บริหารระดับกรม กอง ผู้ทรงคุณวุฒิ” (องค์ 4-1)

3.4.2 การประชุมของภาคีเครือข่ายมีการนัดประชุม Core team เป็นประจำ เพื่อติดตามความก้าวหน้า

“การนัดประชุม Core team โดยจะประชุมทุกวันอังคารที่ 3 ทุกเดือน ที่กระทรวงเป็นหลัก...ทำรายงานสรุปตัวเลขข้อมูลผู้เลิกบุหรี่ เสนอรัฐมนตรี ปลัดกระทรวงและผู้บริหารระดับต่างๆ” (องค์ 1-2)

3.4.3 การรายงานตามระยะเวลาที่กำหนดของพันธกิจมีการรายงานความก้าวหน้าแก่ผู้บริหารอย่างน้อยทุกเดือน

“ให้ทำรายงานสรุปตัวเลขข้อมูลทุกเดือนและข้อมูลแนวโน้ม ถ้าเป็นไปได้ควรมีรายงานทุกเดือน หรือ 3 เดือน (องค์ 1-2)

3.4.4 การติดตามเยี่ยมในพื้นที่โดยสมัชชาแห่งชาติเพื่อการไม่สูบบุหรี่ร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อการไม่สูบบุหรี่ ลงพื้นที่เพื่อตรวจเยี่ยมตามจังหวัดต่าง ๆ ในการประชุมสาธารณสุขสัญจร

“การกำกับติดตามงาน และทำงานร่วมกับสมัชชาฯ โดยมีการลงพื้นที่เพื่อตรวจเยี่ยมแล้ว 3 ครั้ง...ในงานสาธารณสุขสัญจร...โดย (ร่วมกับ) แพทย์สมาคม” (องค์ 2-5)

3.5 การประเมินผล

3.5.1 การประเมินเชิงปริมาณยังมีความท้าทายอยู่ทั้งตัวระบบเอง ความซับซ้อนของข้อมูล การรวมฐานข้อมูล การเข้าถึงข้อมูล ความเป็นปัจจุบันของข้อมูล

“ระบบรายงานผลอย่างที่เรา สสส. วางระบบไว้ตั้งแต่ปีแรก ไม่ผ่านระบบ Quit for King แล้วตอนหลังก็เปลี่ยนมาเป็นระบบรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งบางจังหวัดเจ้าหน้าที่ก็ยังไม่คุ้นเคยกับระบบและบางจังหวัดเองก็ใช้ระบบที่ไม่เหมือนกันทำให้เกิดปัญหาในการดึงข้อมูล...ต่อมา มี (คน) มาช่วยลงไปทำความเข้าใจในพื้นที่ก็ทำให้เริ่มดึงข้อมูลได้มากขึ้น...การนำข้อมูลจากฐานข้อมูล Quit for King และ ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม มารวมกันมีรายละเอียดปลีกย่อยเรื่องการจัดการข้อมูล...และพบว่าในเบื้องต้นมีข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการเรื่องบุหรี่หลายล้าน และพบว่าข้อมูลดังกล่าวยังมีความซ้ำซ้อนอยู่” (องค์ 5-5)

“ข้อมูลจาก 43 แฟ้มไม่สามารถมาที่เราช่วยได้เนื่องจากมันติดกฎหมายลิขสิทธิ์เราไม่สามารถเอาชื่อคนไข้หรือเบอร์โทรมาเพื่อให้บริการต่อได้ นั่นก็คือโอกาสของคนกลุ่มนี้จะเสียไป การทำงานนี้จึงสำเร็จได้ ต้องอาศัยฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน ดังนั้นทางทีมต้องการพัฒนาต่อ คือ การพัฒนา application เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้ตรงและเป็นปัจจุบัน” (KI-7)

“เรื่องการติดตามหรือการเก็บข้อมูล ระบบที่เราสร้างไว้ไม่ว่าจะเป็น 43 แฟ้ม หรือ Quit for King มันไม่สามารถที่จะไปถึงมือ อสม. หรือ รพ. สต. ทั่วประเทศได้ มันไปถึงแค่กลุ่มหลักๆ เช่น กลุ่มที่อยู่ในเครือข่าย แต่กลุ่มที่อยู่ต่างอำเภอยังไม่ถึง...ต้องทำให้ทั่วประเทศ เข้าถึงข้อมูลได้ เมื่อเข้าถึงข้อมูลได้ ก็คือเข้าถึงข้อมูลแล้วก็ต้องเอาไปใช้กับประชาชนจริงๆ 43 แฟ้มต้องลงถึง ชื่อคนให้ออกมาเป็นคนๆ ออกมาได้เลยว่า ข้อมูลนี้ใครทำ อสม. คนไหนติดตาม” (KI-10)

“อย่างแรกข้อจำกัด คือ 43 แฟ้มไม่ใช่ข้อมูลที่เป็นระบบ Real Time พอไม่ใช่ Real Time มันจะส่งต่อทั้งประเทศเนี่ยยากแล้ว บางทีผู้บริหารอยากได้รายงานสิ้นเดือน มันไม่มาหรอก คือแก้ตรงเนี่ยยาก” (KI-10)

“ปัญหาก็คือในรายชื่อที่สามารถร้อยคนเราสามารถให้บริการได้จริงๆ แค่ 10 คนเพราะบางคนไม่เป็นไปตามคุณสมบัติของ entry เราไม่สามารถโทรไปหาตัวผู้สูบบุหรี่ได้โดยตรง...เราไม่สามารถส่งข้อมูลกลับไปให้เขาได้ สมมุติว่ามาจากจังหวัดต่างๆ เราไม่รู้อีเมลเขาเพราะเราได้ข้อมูลมาจาก Quit for King เราก็ reply ผลกลับไป Quit for King เท่านั้น” (KI-7)

“เราไม่ต้องรีบ เพื่อที่จะให้ไปถึงล้านนึงก็ได้ เพราะถ้าข้อมูลออกมาเป็นเท็จ ผลสุดท้ายพออีก 10 ปีข้างหน้า เข้าสังคมผู้สูงอายุ ข้อมูลเดิมมันจะใช้ไม่ได้เลย ข้อมูลที่ดีคือข้อมูลที่เป็นประโยชน์และเอามาใช้ได้ต่อ” (KI-10)

4. การประเมินผลผลิต

สำหรับข้อมูลจำนวนผู้เลิกบุหรี่ ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่าแม้จะมีการดำเนินการมาในปีที่ 2 แต่การเก็บข้อมูลและจำนวนของผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ที่ได้จากรายงานยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แต่ก็ส่งผลต่อทัศนคติของคนสังคมมากขึ้น

“ทำกิจกรรมแต่เก็บตัวเลขคนเลิกไม่ได้ ต้องหาวิธีการเก็บตัวเลข คิดว่าข้อมูลมีเยอะกว่านี้แต่ต้องหาวิธีเข้าไปถึงข้อมูลให้ได้...แต่ก่อนคนเลิกหลักหมื่น ตอนนี้เลิกหลักแสนสูงกว่าเดิม สิบบ้าง คนที่เลิกได้เองไม่มีใน report ก็มี นอกจากดูตัวเลขแล้วก็ต้องดูพฤติกรรมสังคมด้วย...เมื่อเทียบกับบางประเทศจะมีคนสูบบุหรี่ในที่สาธารณะเยอะ โดยไม่รู้สึกรังเกียจ แต่ในประเทศไทย คนที่สูบบุหรี่จะพยายามหลบไปสูบบุหรี่ในที่ที่ไม่มีคน” (KI-6)

อภิปรายผล

โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เป็นโครงการที่มีเป้าหมายใหญ่ แขนงนำภาคีเครือข่ายต่างๆ จึงได้ร่วมมือกันเพื่อผลักดันผลงานให้บรรลุเป้าหมาย ผู้วิจัยอภิปรายผลดังนี้

1. ด้านบริบท

วัตถุประสงค์ของโครงการสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการรณรงค์ให้มีจำนวนผู้เลิกบุหรี่เพิ่มขึ้นภายในปี 2562 (Three Millions-Three Years Anti-smoking for King Project, 2018) สอดคล้องกับความต้องการของสังคมและสภาพปัญหาในปัจจุบันคือ อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยลดลงน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้สูบทั้งประเทศ และประชากรจะเจ็บป่วยจากการได้รับสารพิษจากบุหรี่เพิ่มมากขึ้น (Tobacco Control Research and Knowledge Management Center, 2018) ผลการประเมินครั้งนี้สอดคล้องกับผลการประเมินของเกษแก้ว เสียงเพราะ และคณะ (Siangprow, Tonchuay, Uttama, et al., 2018) ที่พบว่า วัตถุประสงค์ของโครงการสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและความต้องการของประชาชน/ชุมชน และผลการประเมินของนงนุช แยมวงค์ และคณะ (Yamwong et al., 2018) ที่พบว่าวัตถุประสงค์โครงการสอดคล้องกับนโยบายและแผนปฏิบัติราชการด้านควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของจังหวัด การเตรียมการโดยประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหน่วยงานราชการ องค์กรอิสระ และหน่วยงานเอกชนเข้ามามีส่วนตั้งแต่การกำหนดเป้าหมายของโครงการ สร้างพันธกิจดำเนินกิจกรรม และจัดประชุม core team เพื่อเตรียมการและกำกับติดตามโครงการอย่างต่อเนื่อง การดำเนินการดังกล่าวนี้เป็นไปตามแนวคิดการประเมินโครงการด้วย CIPP model แสดงถึงความเป็นไปได้ที่จะได้รับการสนับสนุนจากองค์กรต่าง ๆ (Stufflebeam, 2003)

2. ด้านปัจจัยนำเข้า

2.1 ปัจจัยด้านบุคลากร

มีการมอบหมายงานตามโครงสร้างสายบังคับบัญชาและการประสานความร่วมมือของภาคีเครือข่าย โดยปลัดกระทรวงสาธารณสุขเปิดตัวโครงการในระดับกระทรวง ผู้ตรวจราชการกำกับติดตามการดำเนินงานในระดับพื้นที่ ส่วนในระดับชุมชนมีการมอบหมายให้ทีมหมออนามัย และ อสม. ทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ซึ่งเป็นไปตามหลักการมอบหมายงานของหน่วยงานราชการที่ใช้การมอบหมายงานตามโครงสร้างสายการบังคับบัญชา ส่วนภาคประชาสังคมใช้การประสานความร่วมมือ หลายองค์กรได้จัดอบรมพัฒนาความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องแก่ผู้ปฏิบัติงาน สอดคล้องกับผลการประเมินของเกษแก้ว เสียงเพราะ และคณะ (Siangprow, Tonchuay, Uttama, & Pudporn, 2018) ที่พบว่า ผลการประเมินปัจจัยนำเข้าอยู่ในระดับมากที่สุดในด้านเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในการดำเนิน/พัฒนาโครงการ “3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน” โดยมีการอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินโครงการเพื่อทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์ แต่ไม่สอดคล้องกับผลการประเมินของนงนุช แยมวงค์ และคณะ (Yamwong et al., 2018) ที่พบว่า ผู้รับผิดชอบโครงการของจังหวัดยังไม่สามารถบริหารงานเชิงระบบและขับเคลื่อนให้เกิดผลลัพธ์ได้ และเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต.และ อสม. ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และทักษะในการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ การสร้างขวัญและกำลังใจให้คนทำงานของภาคีเครือข่ายเพื่อการไม่สูบบุหรี่มีความสำคัญในการดำรงรักษาบุคลากรเพื่อให้การขับเคลื่อนโครงการมีความต่อเนื่องและประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับแนวคิดหลักการบริหารงานบุคคลในเรื่องของปัจจัยของการดำรงรักษาบุคลากรขององค์กรด้วยการสร้างขวัญและกำลังใจ (Suchukorn, 2017)

2.2 ปัจจัยด้านงบประมาณ

ในบางพื้นที่ที่มีปัญหาการบริหารจัดการงบประมาณที่ไม่คล่องตัว งบประมาณมีจำกัดและลงไม่ถึงระดับปฏิบัติ สอดคล้องกับผลการประเมินของนนุช แยมวงค์ และคณะ (Yamwong et al., 2018) ที่พบว่า งบประมาณที่ได้รับผ่านทางประธานชมรมหมอนามัยไม่เพียงพอต่อการดำเนินกิจกรรม เพราะไม่สามารถบูรณาการกับงบประมาณจังหวัดปลอดบุหรี่หรืองบประมาณจากสำนักงานคุ้มครองผู้บริโภคได้ และสอดคล้องกับผลการประเมินของอัครศิริ ลาปีอี และคณะ (Lapie et al., 2018) ที่พบว่าโครงการได้รับงบประมาณสนับสนุนในจำนวนจำกัด

2.3 ปัจจัยด้านการจัดการ

การตรวจราชการในเขตพื้นที่เป็นการตรวจติดตามความก้าวหน้าเพื่อการนิเทศ กำกับกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ความช่วยเหลือสนับสนุนและให้ข้อเสนอแนะ แต่บางครั้งแนวทางการตรวจยังไม่สอดคล้องกับบริบท สภาพปัญหาและความพร้อมของแต่ละพื้นที่ สอดคล้องกับผลการประเมินของอัครศิริ ลาปีอี และคณะ (Lapie et al., 2018) ที่พบว่า การขับเคลื่อนงานในแต่ละพื้นที่ควรให้ความสำคัญในการพิจารณาเงื่อนไขของบริบทที่แตกต่างกัน และปัญหาการจัดการที่พบในระดับพื้นที่ประกอบด้วย

2.3.1 การขาดความต่อเนื่องในการทำงานที่เกิดจากการเปลี่ยนตัวคนทำงานซึ่งส่งผลให้การส่งต่องานได้รับผลกระทบ ปัญหานี้สอดคล้องกับผลการประเมินของนนุช แยมวงค์ และคณะ (Yamwong et al., 2018) ที่พบว่า ผู้รับผิดชอบงานควบคุมยาสูบมองว่างานของโครงการเป็น “งานฝาก” จึงไม่มีแผนและขั้นตอนการดำเนินโครงการที่ชัดเจน ขาดการนิเทศติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ

2.3.2 ความไม่ทั่วถึงของการสื่อสารนโยบายส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานในบางพื้นที่ขาดการรับรู้นโยบาย สอดคล้องกับผลการประเมินของเกษแก้ว เสียงเพราะ และคณะ (Siangprow et al., 2018) และนนุช แยมวงค์ และคณะ (Yamwong et al., 2018) ที่พบว่า แม้จะมีการประชุมถ่ายทอดนโยบายระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล แต่การเข้าถึงข้อมูลยังไม่ทั่วถึง นอกจากนี้ ผลการประเมินของอัครศิริ ลาปีอี และคณะ (Lapie et al., 2018) ก็ชี้ให้เห็นถึงการขาดการประชาสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขระดับพื้นที่

2.3.3 ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายเพื่อการไม่สูบบุหรี่ ยังพบปัญหาเกี่ยวกับการติดตามกำกับดูแลที่ต่อเนื่อง ขาดผู้นำในการวางแผนการทำงานร่วมกัน บุคลากรมีสมรรถนะที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการประเมินของนนุช แยมวงค์ และคณะ (Yamwong et al., 2018) ที่พบว่า การบูรณาการโครงการกับงานควบคุมการบริโภคยาสูบ องค์การภาครัฐ องค์การภาคเอกชน และภาคีเครือข่ายเพื่อการไม่สูบบุหรี่ต่าง ๆ ในระดับจังหวัด และชุมชนเป็นไปอย่างไม่ครอบคลุม

3. ด้านกระบวนการ

3.1 การวางแผนในระดับภาคีเครือข่ายเพื่อการไม่สูบบุหรี่ มีมาอย่างต่อเนื่อง และครอบคลุมทุกพันธกิจ มีการวางแผนโครงการนำร่องร่วมกับเขตพื้นที่บริการสุขภาพต่าง ๆ สอดคล้องกับผลการประเมินของนนุช แยมวงค์ และคณะ (Yamwong et al., 2018) ที่พบว่า มีแผนพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยการพัฒนาทักษะและความรู้ในการช่วยเหลือบุหรี่ และการสนับสนุนช่วยเหลือเพื่อเพิ่มพลังอำนาจให้กับ อสม. ในการชักชวนให้ประชาชนเลิกบุหรี่

3.2 การจัดกิจกรรมตามพันธกิจต่างๆ โดยกิจกรรมรองรับพันธกิจชวน/ช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ที่เน้นการเข้าหากลุ่มเป้าหมายโดยตรงและให้บริการในพื้นที่ สอดคล้องกับผลการประเมินของนนุช แยมวงค์ และคณะ

(Yamwong et al., 2018) ที่พบว่า รพ.สต.กำหนดให้ อสม.ไปค้นหาและชักชวนให้เลิกบุหรี่พร้อมทั้งพาไปลงทะเบียน กิจกรรมรองรับพันธกิจสร้างกระแสที่เน้นการสร้างกระแสชวนเลิกบุหรี่เป็นประจำทุกเดือน กิจกรรมสร้างกระแสมีหลายกิจกรรมที่สามารถทำได้ในแต่ละเดือน ได้แก่ การบูรณาการโครงการกับการขับเคลื่อน 4 ดี วิธีพอเพียงด้านคนดี การรณรงค์ให้มีกิจกรรมที่เอื้อต่อการเป็นคนดี เช่น ถนนสายบุญเกี่ยวพันสังคมปฏิบัติธรรม งานบุญปลอดเหล้า งานเสรีปลอดอบายมุข ลด ละ เลิก บุหรี่ สุรา ยาเสพติด รวมทั้งการเข้าร่วมโครงการทูบีนัมเบอร์วัน กิจกรรมรองรับพันธกิจสร้างระบบและกลไกพื้นฐานเน้นการทำงานร่วมกับเครือข่ายต่าง ๆ ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้มีการปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกันอย่างต่อเนื่อง การให้ความสำคัญกับการประสานงานกับหน่วยงานในพื้นที่ ซึ่งมีทรัพยากรบุคคลที่มีความรู้ความสามารถทั้งแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมให้มีความรู้ทักษะการให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรี่ และมีเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์รวมทั้งยาช่วยเลิกบุหรี่ที่ส่งผลต่อการเลิกบุหรี่สำเร็จ กิจกรรมรองรับพันธกิจสร้างพันธมิตรเน้นการสร้างความร่วมมือในการดำเนินโครงการกับทุกระดับ สอดคล้องกับผลการประเมินของนางนุช แยมวงค์ และคณะ (Yamwong et al., 2018) ที่พบว่า ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในทุกระดับมีความเข้าใจในนโยบายของโครงการที่มุ่งเน้นประโยชน์เพื่อแก้ปัญหาบุหรี่ ซึ่งการขับเคลื่อนโครงการจะต้องมีการประสานหลายกลุ่ม และการสร้างพันธมิตรที่เน้นการสร้างความร่วมมือให้มากขึ้น

3.3 การกำกับติดตาม เป็นไปตามแผนงานที่วางไว้ และมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ 4 วิธี ได้แก่ การกำกับตามสายการบังคับบัญชา การประชุมของภาคีเครือข่ายเพื่อการไม่สูบบุหรี่ การรายงานผู้บริหารตามระยะเวลา และการตรวจเยี่ยมในพื้นที่ สอดคล้องกับผลการประเมินของเกษแก้ว เสียงเพราะ และคณะ (Siangprow et al., 2018) ที่พบว่า ผลการประเมินกระบวนการอยู่ในระดับมากโดยมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของโครงการ และสอดคล้องกับผลการประเมินของนางนุช แยมวงค์ และคณะ (Yamwong et al., 2018) ที่พบว่า กระบวนการติดตามประเมินผลของโครงการโดยใช้ตัวชี้วัดความสำเร็จคือข้อมูลคนสูบบุหรี่ในระบบ 43 แห่ง และสถิติผู้สมัครเข้าร่วมโครงการมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องใน 2 ระดับ คือ ระดับพื้นที่ ภายในจังหวัดและจากส่วนกลางโดยสำนักควบคุมยาสูบและคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

4. ด้านผลผลิต

4.1 ผลการประเมินเชิงคุณภาพ มีแนวโน้มดีขึ้น โดยความสำเร็จของกิจกรรมรองรับพันธกิจในภาพรวมพบว่า ทุกพันธกิจดำเนินกิจกรรมได้ตามแผนที่วางไว้ และได้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูล Quit for King และข้อมูลจาก 43 แห่ง สอดคล้องกับผลการประเมินของเกษแก้ว เสียงเพราะ และคณะ (Siangprow et al., 2018) ที่พบว่า มีผลการประเมินผลผลิตในระดับมาก ได้แก่ ความรู้จากการเข้าร่วมกิจกรรมที่นำไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพตนเองได้ มีระบบการติดตามผู้เข้าร่วมโครงการจนเลิกได้สำเร็จ การให้คำแนะนำ/เทคนิคให้แก่ผู้เข้าร่วมโครงการจนสำเร็จ และความร่วมมือของคนในชุมชน

4.2 ผลการประเมินเชิงปริมาณ ยังไม่บรรลุเป้าหมายแต่ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากเดิม เหตุผลส่วนหนึ่งคือการตั้งเป้าที่สูงเพื่อให้เกิดความตื่นตัว และระบบการบันทึกข้อมูลในเว็บไซต์ Quit for King ที่ยังไม่สามารถเชื่อมโยงการบันทึกข้อมูลกับงานประจำ ข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลในระบบ 43 แห่ง รวมทั้งการที่มีข้อมูลซ้ำซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับผลการประเมินของนางนุช แยมวงค์ และคณะ (Yamwong et al., 2018) ที่พบว่า จำนวนผู้ลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการต่ำกว่าเป้าหมายมาก เนื่องจากขาดการจัดการเชิงระบบ การติดตาม

ประเมินผลในระดับพื้นที่ยังไม่เกิดขึ้นเป็นรูปธรรม และสอดคล้องกับผลการประเมินของอัศวศิริ ลาปีอี และคณะ (Lapie et al., 2018) ที่พบว่า ข้อมูลบางส่วนขาดความน่าเชื่อถือเพราะการดำเนินการที่เร่งรัดจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เน้นจำนวนเชิงปริมาณมากกว่าคุณภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. กระทรวงฯ ควรกำหนดเป็นนโยบายให้หน่วยงานทุกระดับบูรณาการโครงการฯ กับงานประจำ และเร่งทำการสื่อสารให้บุคลากรทุกระดับมีความเข้าใจในนโยบายในแนวทางเดียวกัน
2. ในการประชุม Core team ควรเชิญผู้ที่ปฏิบัติงานจริงเข้าร่วมด้วยโดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ มีกิจกรรมชัดเจน มีกำหนดเวลาในการติดตามผล และควรขยายความร่วมมือไปยังเครือข่ายเอกชนต่างๆ
3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับงานฐานข้อมูลควรร่วมกันพัฒนาระบบการเก็บข้อมูลให้สามารถเชื่อมโยงและรายงานข้อมูลได้อย่างทันทั่วถึง และมีการพัฒนาทักษะแก่ผู้ปฏิบัติเรื่องการลงข้อมูล หรือจัดทำคลิปวิดีโอสาธิตการลงข้อมูลที่เข้าใจง่าย
4. สสส. ควรปรับการจัดสรรและเบิกจ่ายงบประมาณให้สามารถตอบสนองการดำเนินงานตามความต้องการของเครือข่ายและพื้นที่มากขึ้น และควรจัดทำคลังรวบรวมความรู้และประสบการณ์และมีการถอดบทเรียนจากบุคลากรกลุ่มต่าง ๆ ที่ทำผลงานรณรงค์เพื่อการเลิกบุหรี่ได้ดี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยเพื่อศึกษารูปแบบที่มีประสิทธิภาพในการดำเนินงานรณรงค์เพื่อการเลิกบุหรี่ในประชาชนกลุ่มต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ
2. การวิจัยเพื่อถอดบทเรียนจากบุคลากรกลุ่มต่าง ๆ ที่ทำผลงานรณรงค์เพื่อการเลิกบุหรี่ได้ดี

กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของ “รายงานการวิจัยติดตามประเมินผลโครงการรวมใจสร้างพลังขับเคลื่อนต่อต้านและลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ ตามพันธกิจโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน ปีที่ 1 และ 2” ขอขอบคุณทุนสนับสนุนการวิจัยจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และขอบคุณผู้ให้ข้อมูลสำคัญทุกท่าน

References

- Boonpanya, J. (2017). *Minutes of the Core Team Committee Meeting to Drive 3 Million 3 – Year Project to Quit Smoking throughout Thailand, Honoring the King*. Jan 20 to Dec 20, 2017. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Boonpanya, J. (2018). *Minutes of the Core Team Committee Meeting to Drive 3 Million 3 – Year Project to Quit Smoking throughout Thailand, Honoring the King*. Jan 20 to Dec 20, 2018. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Bureau of Tobacco Control. (2016). The Second National Tobacco Control Strategy Plan 2016-2019. Nonthaburi: Nice Earth Design. (in Thai)
- Colaizzi, P. *Psychological research as a phenomenologist views it*. In: Valle, R. S. & King, M. (1978). *Existential Phenomenological Alternatives for Psychology*. Open University Press: New York; 1978.
- Lapie, A., Saksung, A., Tumsuwan, P., Sittichok, T., Natee, W., Tongrung, S. (2018). Evaluation of the Three Millions-Three Years Anti-smoking for King Project in Songkhla and Satun. *Parichart Journal*, 3(1): 89-102. (in Thai)
- National Statistical Office. (2016). The 2015 Survey on Health and Welfare. Bangkok: *Text and Journal Publication*. (in Thai)
- Siangprow, K., Tonchuay, P., Uttama, N., Pudporng, S. (2018). *Evaluation of the Three Millions-Three Years Anti-smoking for King Project in Phayao and Nan*. A Research Report of Faculty of Medicine, Payao University. (in Thai)
- Stufflebeam, D.L. (2003). “ *The CIPP Model for Evaluation*. In Kellaghan, T., *Stufflebeam, D.L.* ” *International Handbook of Educational Evaluation: Kluwer International Handbooks of Education*, vol 9. (pp.31-62). Springer, Dordrecht.
- Suchukorn, S. (2017). Maintaining Quality Personnel. Retrieved Sep 2, 2017 from http://www.tpa.or.th/writer/read_this_book_t (in Thai)
- Three Millions-Three Years Anti-smoking for King Project. (2018). *Data of Smokers Who Had Registered*. Retrieved Jun 6, 2019 from <http://www.quitforking.com/>. (in Thai)
- Tobacco Control Research and Knowledge Management Center. (2018). *Thailand Tobacco Consumption Statistics Report 2018*. Bangkok: Chareondeemankong Printing. (in Thai)
- World Health Organization. (2016). *Tobacco*. Retrieved Jun 6, 2019 from <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.

World Health Organization Regional Office for South East Asia. (2015). *Thailand Global Youth Tobacco Survey 2015 Fact Sheet*. Retrieved Jun 6, 2019 from http://www.searo.who.int/tobacco/surveillance/thsgyts_fs_2015.pdf.

Yamwong, N., Yamwong, A., Pornsri, S., Wongsandee, P. (2018). *Evaluation of the Three Millions-Three Years Anti-smoking for King Project in Nakhon Nayok and Sa Kaeo*. A Research Report of Tobacco Control Research and Knowledge Management Center and Office of Thai Health Promotion Foundation. (in Thai)

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยด้วยเทคโนโลยีการสื่อสาร ผ่านสมาร์ตโฟนของพนักงานแปรรูปไม้ยางพารา

Effects of Safety Promotional Program Intervention via Smartphone Communication Technology in Para Wood Sawmill workers

Received: June 5, 2021

Accepted: Oct. 8, 2021

Published: Nov. 10, 2021

ศิริพันธ์ พุกภักษ์พา^{1*}, วาริต เจาะจิตต์¹, พยงค์ เทพอักษร², จันจิรา มหาบุญ¹

Sirin Purkpana¹, Warit Jawjit¹, Phayong Thepaksorn², Junjira Mahaboon^{1*}

¹คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

²วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก

¹School of Public Health, Walailak University

¹Sirindhorn College of Public Health, Trang, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,
Praboromarajchanok Institute

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบเชิงกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยด้วยเทคโนโลยีสื่อสารโดยผ่านสมาร์ตโฟน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการแปรรูปไม้ยางพารา 2 แห่งที่ได้จากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง โดยแบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 80 คน และกลุ่มควบคุม 80 คน เครื่องมือในการศึกษาประกอบด้วยโปรแกรมกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยในรูปแบบวิดีโอคลิป และแบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ทักษะการรับรู้อันตรายและพฤติกรรม วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับคะแนนด้วย independent t-test และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการทำงานด้วย Multiple Regression Analysis

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลก่อนและหลัง จำนวน 4 ครั้ง พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเพิ่มขึ้น ภายหลังการดำเนินการตามโปรแกรม พบว่ามีระดับทักษะการรับรู้อันตรายและ พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการทำงาน ในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.01) จากก่อนและหลังดำเนินการมาตรการ และจากการเปรียบเทียบในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการดำเนินการมาตรการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 (p-value < 0.01) และการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตราย พบว่าทักษะการรับรู้อันตรายสามารถทำนายอิทธิพลที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายได้ร้อยละ 44.2 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: โปรแกรมกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัย, สมาร์ตโฟน, ไม้ยางพาราแปรรูป, พฤติกรรมการป้องกันอันตราย

***Corresponding author :** จันจิรา มหาบุญ E-mail: hjunjira@wu.ac.th

Original article

Abstract

Received: June 5, 2021

Accepted: Oct. 8, 2021

Published: Nov. 10, 2021

We conducted a quasi-experimental research study aimed to determine the effect of a program to promote safety activities with communication technology via smartphones. The sample group used in this study consisted of workers employed at 2 rubberwood processing factories. Workers were randomly assigned to either an experimental group of 80 workers or a control group of 80 workers. The educational tools included a video clip-based safety promotion program. We also conducted questionnaire interviews to gather personal information and attitudes about safety, hazard perceptions, and behaviors. We calculated descriptive statistics, including percentage, mean, and standard deviation. We tested hypotheses using an independent t-test and multiple regression analysis.

The results of the four pre- and post-analyses showed that the experimental group had an increase in score level for attitude, perception, and behaviors after implementation of the program of promoting safety via smartphones. There was a statistically significant difference at the 0.05 level ($p\text{-value} < 0.01$) comparing scores before and after the intervention. There was also statistically significant difference comparing scores between the experimental and control groups at the 0.05 level ($p\text{-value} < 0.01$). Our analysis of factors affecting defensive behavior found that the attitude towards safety and perceived hazards were able to predict 44.2% of the variance in defensive behaviors and that attitude was a statistically significant predictor at the 0.05 level.

Keywords: Safety Promotional Program, Smartphone, Para Wood Sawmill, Hazard Prevention Behavior

***Corresponding author:** Junjira Mahaboon E-mail: hjunjira@wu.ac.th

บทนำ

ไมยางพาราแปรรูป เป็นสินค้าจากภาคการเกษตรที่สร้างรายได้จากการส่งออก ประกอบกับความเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีที่ทันสมัย ทำให้มีการปรับเปลี่ยนวิธีการนำไมยางพาราที่อัดน้ำยาและอบแห้งไปเป็นส่วนประกอบทำให้ได้เป็นเฟอร์นิเจอร์สำเร็จรูปที่สร้างความแปลกใหม่และทันสมัย อย่างไรก็ตามพบว่าในกระบวนการผลิตมีผลทำให้เกิดอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บที่เนื่องจากการปฏิบัติงาน (Department of Industrial works, 2020)

จากสถิติการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน จำแนกตามความรุนแรงและประเภทกิจการ เฉพาะ เลื่อยไม้ อัดน้ำยาและอบแห้ง ระหว่างปี พ.ศ. 2557 - พ.ศ. 2561 มีผู้บาดเจ็บรวมทุกกรณี 7,433 คน (Ministry of Labour, 2019) ซึ่งกลุ่มโรงเลื่อยและโรงอบในประเทศไทยมีจำนวนโรงงานมากกว่า 1,200 โรงงาน (Department of Industrial works, 2020) คิดจากสัดส่วนผู้บาดเจ็บต่อโรงงาน ร้อยละ 6.19 % ต่อ โรงงาน ลักษณะของการเกิดอุบัติเหตุที่เกิดจากกระบวนการผลิต ได้แก่ ไม้ท่อน ปีกไม้ ไม้แปรรูปหล่นทับอวัยวะ และเกิดจากเครื่องจักรและส่วนควบ ได้แก่ จุหนับ จุทหมุน ใบเลื่อย พบว่าในการทำงานกระบวนการแปรรูปไมยางพารา มีสิ่งคุกคามและความเสี่ยงแฝงอยู่ในทุกกระบวนการ ดังนั้นการปฏิบัติงานในโรงเลื่อย ก่อให้เกิดอุบัติเหตุจากการทำงานได้ตลอดเวลาเนื่องจากเป็นลักษณะที่ผู้ปฏิบัติงานจะต้องมีความใกล้ชิดกับเครื่องจักรตลอดเวลาในการทำงาน Ogoti, Mong'are, Mburu and Kiyyukia (2017) ได้ศึกษาในประเทศเคนยา พบว่าอุบัติเหตุจากการทำงานส่วนใหญ่อยู่ในโรงเลื่อย ดังนั้นสถานประกอบการควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดการตระหนักรู้ เพื่อให้มีทัศนคติต่อความปลอดภัยในการทำงาน ซึ่งเป็นความคิด ความเชื่อ และส่วนหนึ่งมาจากประสบการณ์ที่ได้รับมา Odibo, Nwaogazie, Achalu and Ugbebor (2018) ได้ศึกษาผลของแนวทางการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยระหว่างคนงานโรงเลื่อยในประเทศไนจีเรีย 3 แห่ง พบว่าการมีมาตรการดำเนินการทางด้านความปลอดภัยของคนงานเลื่อยไม้ที่ทำการเก็บตัวอย่างก่อน และหลังการมีมาตรการทางด้านความปลอดภัย ปรากฏว่าพนักงานมีระดับคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่ออันตรายจากการทำงานเพิ่มสูงขึ้น การเกิดทัศนคติต่อความปลอดภัย ส่วนหนึ่งจะเป็นผลที่เกิดจากการรับรู้ แล้วมีการประมวลผลผ่านกระบวนการทางความคิด Cecil, Rajini and Saliqua (2020) กล่าวว่า การรับรู้ของคนงานต่ออาชีวอนามัยและความปลอดภัยในโรงเลื่อยทั้งหมด 8 แห่งที่ตั้งอยู่บนทางหลวง ในประเทศ แอฟริกาใต้ว่าความปลอดภัยและอาชีวอนามัย มีความสำคัญมากสำหรับอาชีพของคนในโรงเลื่อยที่จะมีความเสี่ยงอยู่ตลอดเวลาที่ปฏิบัติงาน สถานประกอบการควรส่งเสริมหรือค้นหาแนวทางในการป้องกันอันตรายจากการทำงานของคนงานที่ปฏิบัติงานในการแปรรูปไม้ให้มีความปลอดภัย อันจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมในการป้องกันอันตรายจากการทำงานได้ในที่สุด

ปัจจุบันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสมัยใหม่ได้มีการนำระบบการสื่อสารเข้ามาใช้เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัยกันมากขึ้น พบว่าการศึกษาของ Fjeldsoe, Marshall and Miller (2009) ได้วิจารณ์บทความพิเศษการนำเสนอมาตรการ เพื่อการสื่อสารการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยมีบริการจัดส่ง ข้อความสั้นทางโทรศัพท์มือถือ (SMS) ที่สามารถจัดส่งเป็นรายบุคคลแบบเชื่อมต่อตรง ในรูปแบบของเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ Nioi, Wendelboe, Cowie, Rashid, Ritchie, Cherrie et al., (2018) ที่ได้ศึกษาถึงการใช้ทฤษฎีตามแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) เป็นทฤษฎีที่เกิดจากความเชื่อของบุคคล ที่ใช้ในการดำเนินการตามมาตรการเพื่อสร้างการรับรู้ความสามารถของพนักงานในการป้องกันแสงแดดของคนงานก่อสร้าง โดยการส่งข้อความให้พนักงานได้ทราบถึงการควบคุมและป้องกัน อันตรายจากแสงแดดจากการทำงานกลางแจ้งโดยผ่านสมาร์ทโฟน เป็นเวลา 21 วัน ผลปรากฏว่าเทคโนโลยีการสื่อสารสามารถส่งผลกระทบต่อ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อลดการสัมผัสสียูวีในแสงแดดโดยมีการเก็บผลตัวอย่างจากการเจาะเลือดเพื่อหาค่าวิตามินดีก่อนและหลังการดำเนินการมาตรการควบคุม พบว่า ค่ารังสี ยูวีในเลือด มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น 2 เท่า และการศึกษาของ Hurling, Catt, Boni, Fairley, Hurst, Murray et al. (2007) ที่ได้ศึกษาเรื่องเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีอินเทอร์เน็ตและโทรศัพท์มือถือ เพื่อส่งมอบโปรแกรมกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย เป็นการศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับเครื่องวัดระดับการออกกำลังกายแบบสวมที่ข้อมือ โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมกิจกรรมที่เกี่ยวกับการออกกำลังกายผ่านโทรศัพท์มือถือเพิ่มเติม เป็นเวลา 9 สัปดาห์ เมื่อสิ้นสุดการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับการออกกำลังกาย และการสูญเสียไขมันในร่างกายมากกว่ากลุ่มควบคุม สรุปได้ว่าเทคโนโลยีมีทำให้ส่งผลต่อการเพิ่มระดับการออกกำลังกายและทำให้มีผลต่อสุขภาพได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Abolfotouh, Mustafa, Salam, Mohammed, Aldebas and Bushnak (2019) ที่ได้ศึกษาถึง การใช้สมาร์ทโฟน และการรับรู้ที่มีประโยชน์ในทางการแพทย์ในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ในชาอดิอาระเบียว่า พบว่า การใช้สมาร์ทโฟนในทางการแพทย์ในสถานบริการสุขภาพ ได้รับรู้ประโยชน์จากการใช้งานจริง ที่เกี่ยวกับด้านสุขภาพว่าเป็นสิ่งจำเป็นในการบังคับใช้สมาร์ทโฟนในคลินิกที่ดูแลสุขภาพ

ด้วยความทันสมัยและความก้าวหน้าของระบบเทคโนโลยีในปัจจุบัน พบว่าโทรศัพท์มือถือ “สมาร์ทโฟน” ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่มีขนาดเล็กพกพา ได้สะดวกมีการใช้กันอย่างแพร่หลาย และพบว่ากลุ่มคนทำงานที่แปรรูปไม้ยางพารา มี “สมาร์ทโฟน” ใช้กันเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้มีแนวคิดในการนำสมาร์ทโฟน เข้ามาปรับใช้ ในการศึกษาในครั้งนี้ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้พนักงานเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการทำงาน โดยได้ดำเนินการตามมาตรการด้านความปลอดภัยในรูปแบบการจัดทำโปรแกรมกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยผ่านสมาร์ทโฟน ของผู้ปฏิบัติงาน ในรูปแบบ คลิปวิดีโอ และอินโฟกราฟฟิค เพื่อเป็นการสร้างทัศนคติและการรับรู้อันตรายจากการทำงาน รวมไปถึงเป็นการกระตุ้นให้กับผู้ปฏิบัติงานให้มีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการทำงาน และรวมไปถึงการส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานนำ “สมาร์ทโฟน” เข้ามาใช้ในสถานที่ทำงาน อันจะนำไปสู่แนวทางในการจัดการด้านความปลอดภัยอย่างเป็นระบบอันเพื่อสร้างวัฒนธรรมด้านความปลอดภัยต่อผู้ปฏิบัติงานและสถานประกอบการต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยด้วยเทคโนโลยีการสื่อสารผ่านสมาร์ทโฟนของพนักงานแปรรูปไม้ยางพารา

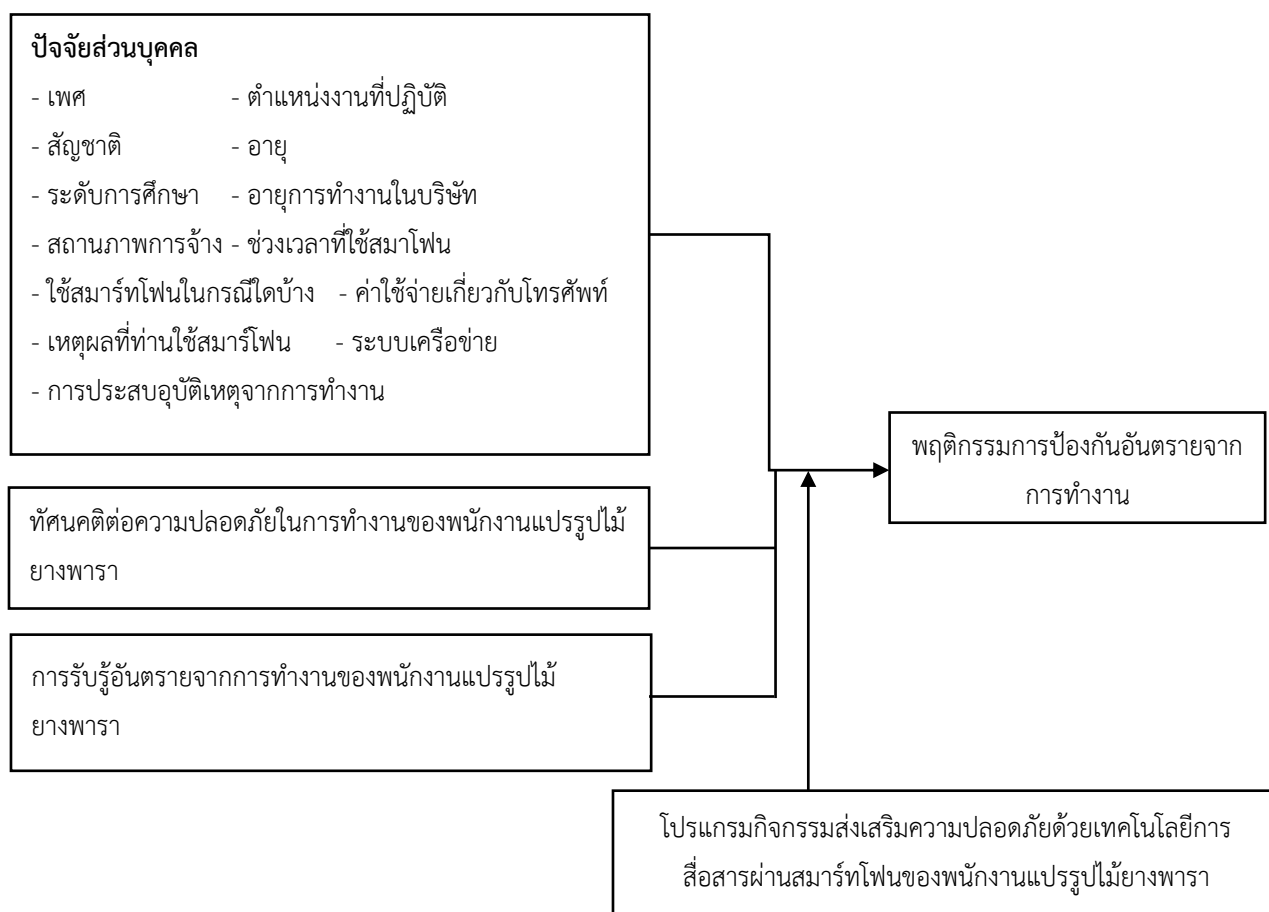
สมมุติฐานการวิจัย

1. โปรแกรมกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยมีผลต่อทัศนคติต่อความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานแปรรูปไม้ยางพารา
2. โปรแกรมกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยมีผลต่อการรับรู้อันตรายจากการทำงานของพนักงานแปรรูปไม้ยางพารา
3. โปรแกรมกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัย มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการทำงานของพนักงาน

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา : ผลของโปรแกรมกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยด้วยเทคโนโลยีการสื่อสารผ่านสมาร์ทโฟน ทศนคติต่อความปลอดภัยในการทำงาน การรับรู้อันตรายจากการทำงาน และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการทำงานของพนักงานแปรรูปไม้ยางพารา
2. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: ผู้ปฏิบัติงานในโรงงานแปรรูปไม้ยางพารา ในแผนกโรงเลื่อย
3. ขอบเขตด้านพื้นที่ทำการศึกษ: โรงงานแปรรูปไม้ยางพาราใน จังหวัดสงขลา และจังหวัดสตูล

กรอบแนวคิดการวิจัย



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Research) ได้แบ่งการทดลองออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง (experimental group) และกลุ่มควบคุม (control group) มีการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามก่อน และหลังการดำเนินตามมาตรการด้านความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง 4 ครั้ง

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในประชากร ผู้ปฏิบัติงานในโรงงานแปรรูปไม้ยางพารา ในแผนกโรงเลื่อยโดยทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงผู้ปฏิบัติงานทุกคน โดยกลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา จำนวน 80 คน และกลุ่มควบคุม ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการแห่งหนึ่งในจังหวัดสตูล จำนวน 80 คน

ตารางที่ 1 เกณฑ์การคัดเข้า และคัดออก

กลุ่มทดลอง (experimental group)	กลุ่มควบคุม (control group)
เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)	เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)
1. ผู้ปฏิบัติงานในแผนกแปรรูปไม้ยางพาราที่มีความสนใจในการเข้าร่วมโครงการ	1. ผู้ปฏิบัติงานในแผนกโรงเลื่อยไม่มีความสนใจในการเข้าร่วมโครงการ
2. ผู้ปฏิบัติงานสามารถเข้าร่วมได้ตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา	2. ผู้ปฏิบัติงานที่สามารถ ร่วมได้ตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา
3. ผู้ปฏิบัติงานจะต้องทำงานในแผนกแปรรูปไม้ยางพาราตลอดระยะเวลาที่เก็บตัวอย่างพนักงานที่นำสมาร์ตโฟนมาใช้ที่ทำงานได้ทุกวัน	
เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria)	เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria)
1. ผู้ปฏิบัติงานที่ใช้สมาร์ตโฟนไม่ได้ และไม่มีสมาร์ตโฟนเป็นของตนเอง	1. ผู้ปฏิบัติงานที่ไม่สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้
2. ผู้ปฏิบัติงานที่ไม่สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้	

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยด้วยเทคโนโลยีการสื่อสารผ่านสมาร์ตโฟน ในรูปแบบคลิปวิดีโอ สองภาษาได้แก่ภาษาไทย และภาษาเมียนมา ส่งผ่านสมาร์ตโฟน ของกลุ่มตัวอย่างด้วยแอปพลิเคชัน Line และ Facebook messenger ก่อนเข้าทำงานในตอนเช้าในระหว่างวันจันทร์-วันเสาร์ติดต่อกัน เป็นเวลา 12 สัปดาห์

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถามที่นำมาใช้กับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน ส่วนที่ 1 : ข้อมูลส่วนบุคคล เพศ สัญชาติ อายุ ระดับการศึกษา อายุการทำงาน สถานภาพการจ้างรายได้ ตำแหน่ง การประสบอุบัติเหตุจากการทำงาน ช่วงเวลาการใช้สมาร์ตโฟน ใช้สมาร์ตโฟนเพื่อ ค่าใช้จ่าย เหตุผลที่ใช้สมาร์ตโฟน และระบบที่ใช้อยู่จำนวน 13 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับทัศนคติต่อความปลอดภัยในการทำงานจำนวน 15 ข้อ การรับรู้อันตรายจากการทำงานจำนวน 15 ข้อ คะแนนพฤติกรรมป้องกันอันตรายจากการทำงานจำนวน 15 ข้อ เป็นการเก็บข้อมูลในระหว่างการจัดส่งโปรแกรมจะมีการจัดเก็บข้อมูลใน สัปดาห์ที่ 5 สัปดาห์ที่ 9 และภายหลัง สัปดาห์ที่ 12 พร้อมกัน ทั้ง 2 กลุ่ม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. โปรแกรมกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัย ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ทางด้านการบริหารงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยและพฤติกรรมศาสตร์จำนวน 3 ท่าน หาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำไปจัดทำเป็นต้นฉบับของโปรแกรมกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัย

2. แบบสอบถามตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ทางด้านการบริหารงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยและพฤติกรรมศาสตร์จำนวน 3 ท่าน เพื่อหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อความถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Index Objective Congruence: IOC) ข้อคำถามแต่ละข้อ ผู้วิจัยได้แก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญภาษาพม่า เพื่อดำเนินการแปลในแบบสอบถามก่อนนำไปใช้ กับกลุ่มเป้าหมาย (Try Out) ในสถานประกอบการอื่นที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้คะแนนรวมเท่ากับ 0.942 ซึ่งมีความเชื่อมั่นในระดับสูง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ โดยผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างที่เก็บเป็นความลับ ไม่มีการนำเสนอหรือเผยแพร่ก่อนได้รับการลงนามยินยอม โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมดังนี้

ตารางที่ 2 แผนการดำเนินการในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

			week	week	week	week	week	week	week	week	week	week	week		
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
กลุ่ม	E	T	X1	X2	X3	X4	X1	X2	X3	X4	X1	X2	X3	X4	
ทดลอง							E1					E2			E3
กลุ่ม	C	T					C1					C2			C3
ควบคุม															

E และ C หมายถึง การเก็บข้อมูล ครั้งที่ 1 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการอบรม

E1, E2, E3, C1, C2, C3 หมายถึง การเก็บข้อมูล ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 5 ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 9 และครั้งที่ 4 ภายหลังสัปดาห์ที่ 12

T หมายถึง การอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเริ่มดำเนินการตามโปรแกรมกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัย

X1 หมายถึง โปรแกรมกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยเกี่ยวกับขั้นตอนการปฏิบัติงานและการป้องกันอันตรายในกระบวนการเลื่อยไม้ในอุตสาหกรรมการแปรรูปไม้ยางพารา ประกอบด้วยหัวข้อย่อย

- 1.1 นโยบายด้านความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานของสถานประกอบการ
- 1.2 องค์ประกอบในกระบวนการแปรรูปไม้ยางพารา เพื่อความปลอดภัย
- 1.3 ข้อปฏิบัติในการทำงานกับเครื่องจักรและโต๊ะเลื่อย

1.4 ระบบความปลอดภัยของโต๊ะเลื่อย การดุนิรภัย ระบบไฟฟ้า สภาพแวดล้อม

1.5 ความแตกต่างของวัตถุดิบในกระบวนการผลิตที่มีผลต่อความปลอดภัย

1.6 การใช้อุปกรณ์และเครื่องมือในกระบวนการผลิตอย่างปลอดภัย

X2 หมายถึง โปรแกรมกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยเกี่ยวกับขั้นตอนการปฏิบัติงานและการป้องกันอันตรายในกระบวนการเลื่อยไม้ในอุตสาหกรรมการแปรรูปไม้ยางพารา ประกอบด้วยหัวข้อย่อย

1.7 วิธีการตรวจสอบอุปกรณ์ความปลอดภัยของเครื่องจักรประจำวันก่อนทำงานด้วย Check list

1.8 การใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล ในการทำงานกับโต๊ะเลื่อย

1.9 ขั้นตอนวิธีการเลื่อยไม้ที่ถูกต้อง โต๊ะเลื่อย

1.10 ประโยชน์ของการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล PPE

1.11 ผลกระทบจากการเลื่อยไม้กับความปลอดภัย

1.12 การประกวดคำขวัญด้านความปลอดภัย

X3 หมายถึง โปรแกรมกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยเกี่ยวกับอันตรายและความเสี่ยงที่เกิดจากกระบวนการเลื่อยไม้ ในอุตสาหกรรมการแปรรูปไม้ยางพารา ประกอบด้วยหัวข้อย่อย

2.1 สาเหตุของการเกิดอันตรายในการทำงานกระบวนการเลื่อยไม้ 1

2.2 สาเหตุของการเกิดอันตรายในการทำงานกระบวนการเลื่อยไม้ 2

2.3 จุดอันตรายที่เกิดจาก เครื่องจักร โต๊ะเลื่อย

2.4 ผลกระทบเมื่อเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน เครื่องจักร โต๊ะเลื่อย

2.5 ความเสี่ยงที่เกิดจากวัตถุดิบของไม้ยางพารา ไม้แปรรูป ไม้ท่อน ปีกไม้

2.6 อันตรายที่เกิดจากการสัมผัสขี้เลื่อย

X4 หมายถึง โปรแกรมกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยเกี่ยวกับอันตรายและความเสี่ยงที่เกิดจากกระบวนการเลื่อยไม้ ในอุตสาหกรรมการแปรรูปไม้ยางพารา ประกอบด้วยหัวข้อย่อย

2.7 การตรวจสอบอุปกรณ์ความปลอดภัยของเครื่องจักร ประจำวันด้วย Check list

2.8 ผลกระทบจากสภาพการทำงานต่อผู้ปฏิบัติงานในการแปรรูปไม้ยางพารา ที่มีผลต่อสุขภาพ

2.9 ผลกระทบที่เกิดจาก เสียง และความร้อนที่ส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพ

2.10 คำขวัญด้านความปลอดภัยในการทำงาน

2.11 อันตรายที่เกิดจากหลุมของโต๊ะเลื่อย

2.12 ผลกระทบเมื่อเกิดอุบัติเหตุ จากการการทำงานต่อสถานประกอบการ

กลุ่มควบคุมไม่มีการส่งโปรแกรมกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยเพื่อเป็นการกระตุ้นด้านความปลอดภัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analytical statistics) ใช้วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อธิบายข้อมูลทั่วไปและลักษณะของกลุ่มประชากร
2. สถิติเชิงอนุมาน เพื่อทดสอบสมมติฐาน เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test เพื่อหาค่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทดสอบการเปรียบเทียบในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการดำเนินการตามมาตรการด้าน

ความปลอดภัยโดยใช้สถิติ Paired t- test เพื่อหาค่าของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่อิสระต่อกัน การทดสอบกลุ่มตัวอย่าง มีการตรวจสอบการกระจายของข้อมูลแบบปกติ และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันอันตรายจากการทำงานโดยใช้สถิติ Multiple Regression Analysis

จริยธรรมวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ หมายเลขรับรองเลขที่ (WUEC-254-01 (25/8/2563))

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพนักงานแปรรูปไม้ยางพารา

ตารางที่ 4 ข้อมูลส่วนบุคคลของพนักงานแปรรูปไม้ยางพารา

คุณลักษณะ	กลุ่มทดลอง (n = 80)		กลุ่มควบคุม (n = 80)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	66	82.50	68	85.00
หญิง	14	17.50	12	15.00
สัญชาติ				
พม่า	56	70.00	46	57.50
ไทย	24	30.00	34	42.00
อายุ (ปี)				
20 - 25	23	28.75	7	8.75
25 - 30	28	35.00	18	22.50
31 - 35	21	26.25	20	25.00
36 - 40	2	7.50	20	25.00
41 - 45	2	2.50	12	15.00
การศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	3.75	24	30.00
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3)	66	82.50	30	37.50
สภาพการจ้าง				
รายเดือน	1	1.25	1	1.25
ถูกจ้างทดลองงาน	-	-	8	10.00
รายวัน	13	16.25	5	6.25
รายเหมาชิ้นงาน	66	82.50	66	82.50

คุณลักษณะ	กลุ่มทดลอง (n = 80)		กลุ่มควบคุม (n = 80)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้				
น้อยกว่า 10,000 บาท	21	26.25	32	40.00
10,000 - 20,000	40	50.00	40	50.00
20,000 - 30,000 บาท	14	17.50	8	10.00
มากกว่า 30,000 ขึ้นไป	5	6.25	-	-
ตำแหน่ง/ความรับผิดชอบ				
นายม้า	40	50.00	37	46.25
หางม้า	40	50.00	43	53.75
การประสบอุบัติเหตุจากการทำงาน				
ไม่เคย	54	67.50	50	62.50
เคย	26	32.50	30	37.50
ใบเลื่อย	21	26.25	11	13.75
ไม้ท่อน	18	22.50	18	22.50
ปิกไม้	20	25.00	2	2.50
ไม้แปรรูป	17	21.25	1	1.25
ช่วงเวลาที่ใช้สมาร์ทโฟน				
05.00 - 08.00 น.	59	73.75	12	15.00
12.00 - 13.00 น.	3	3.75	5	6.25
16.00 - 20.00 น.	17	21.25	60	75.00
การใช้สมาร์ทโฟน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
โทรออกและรับสาย	70	87.50	62	77.50
Facebook	55	68.75	26	32.50
LINE Application	26	32.50	7	8.75
Google	9	11.25	1	1.25

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย ร้อยละ 82.50 และ 85.00 มีสัญชาติพม่า ร้อยละ 70 และ ร้อยละ 57 ด้านอายุกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 31 - 35 ปี ร้อยละ 35.00 ด้านอายุการทำงาน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 37.50 ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 51.25 ด้านสภาพการทำงานส่วนใหญ่ได้รับการจ้างแบบรายเหมาชิ้นงาน ร้อยละ 82.50 สำหรับรายได้ ทั้ง 2 กลุ่มมีร้อยละ 50.00 มีรายได้มากกว่า 10,001 บาทขึ้นไป สำหรับอุบัติเหตุในการทำงาน กลุ่มทดลอง ร้อยละ 32.50 เคยได้รับอุบัติเหตุจากการทำงาน โดยได้รับสัมผัสใบเลื่อย ร้อยละ 26.25 รองลงมา คือ สัมผัสปิกไม้และไม้ท่อน ร้อยละ 25.00 และ 22.50

จากการศึกษาผลของโปรแกรมกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยผ่านสมาร์ทโฟน ของพนักงานแปรรูปไม้ยางพารา สรุปได้ว่าทัศนคติต่อความปลอดภัยในการทำงาน การรับรู้อันตรายจากการทำงาน และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการทำงาน เป็นมุมมองหรือความรู้สึกที่มีต่อความปลอดภัยในการทำงาน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความเชื่อมั่นในเรื่องของความปลอดภัย จากการเก็บข้อมูลพบว่า เมื่อกลุ่มทดลองได้รับการกระตุ้นเรื่องความปลอดภัยจากโปรแกรมกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยผ่านสมาร์ทโฟนต่อเนื่องทุกวัน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานได้เกิดการรับรู้เรื่องความปลอดภัย ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีทัศนคติต่อความปลอดภัยและมีความระมัดระวังถึงอันตรายและความเสี่ยงที่จะเกิดจากการทำงาน ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการทำงานได้ในที่สุด

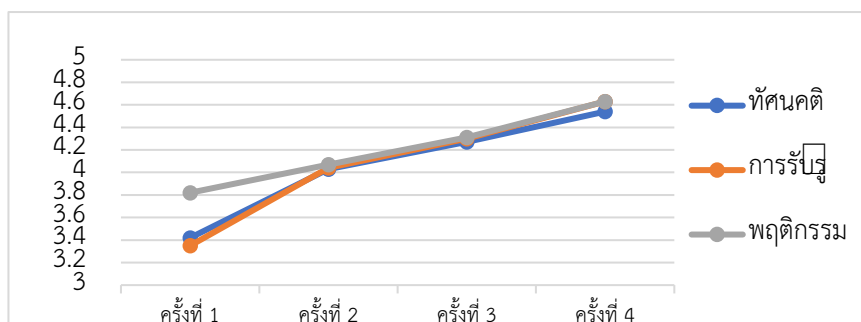
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อความปลอดภัย การรับรู้อันตราย และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการทำงานของพนักงานแปรรูปไม้ยางพาราของกลุ่มทดลอง (n = 80)

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

ประเด็น	การทดสอบ	จำนวนประชากร	$\bar{x}$	S.D.	t-test	p-value
ทัศนคติต่อความปลอดภัยในการทำงาน	ครั้งที่ 1	80	3.42	0.47	21.023	<0.01
	ครั้งที่ 4	80	4.54	0.17		
การรับรู้อันตรายจากการทำงาน	ครั้งที่ 1	80	3.42	0.47	24.653	<0.01
	ครั้งที่ 4	80	4.63	0.17		
พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการทำงาน	ครั้งที่ 1	80	3.82	0.48	15.097	<0.01
	ครั้งที่ 4	80	4.63	0.18		

จากตารางที่ 5 พบว่าระดับคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อความปลอดภัย ครั้งที่ 1 อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.42$, s.d = 0.47) และภายหลังการดำเนินการตามมาตรการด้านความปลอดภัยมีการจัดเก็บคะแนนในครั้งที่ 4 พบว่ามีระดับคะแนนสูงมาก ($\bar{x} = 4.54$, s.d = 0.17) ระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อันตรายจากการทำงาน ครั้งที่ 1 อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.42$, s.d = 0.47) และภายหลังการดำเนินการตามมาตรการด้านความปลอดภัยมีการจัดเก็บคะแนนในครั้งที่ 4 พบว่ามีระดับคะแนนสูงมาก ($\bar{x} = 4.63$, s.d = 0.17) ระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการทำงานครั้งที่ 1 อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.82$, s.d = 0.48) และภายหลังการดำเนินการตามมาตรการด้านความปลอดภัยมีการจัดเก็บคะแนนในครั้งที่ 4 พบว่ามีระดับคะแนนสูงมาก ($\bar{x} = 4.63$, s.d = 0.18) และเมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนระหว่างทัศนคติต่อความปลอดภัย การรับรู้อันตรายจากการทำงานและพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการทำงานพบว่ามีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value < 0.01)

2.1 แผนภูมิแสดงการ เปรียบเทียบระดับคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อความปลอดภัย การรับรู้อันตรายจากการทำงานและพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการทำงาน (กลุ่มทดลอง)



รูปที่ 2 แผนภูมิแสดงการเปรียบเทียบคะแนนเครียดของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการดำเนินการตามมาตรการ

จากรูปที่ 2 พบว่าระดับคะแนนเครียด ทักษะคิดต่อความปลอดภัย การรับรู้อันตรายจากการทำงาน และพฤติกรรมป้องกันอันตรายจากการทำงานมีแนวโน้มที่สูงขึ้นหลังจากได้รับการดำเนินการตามมาตรการด้านความปลอดภัยก่อนและหลังผ่านโปรแกรมกิจกรรม แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมกิจส่งเสริมความปลอดภัยผ่านสมาร์ทโฟนมีผลทำให้พนักงานมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อความปลอดภัย การรับรู้อันตรายจากการทำงาน และพฤติกรรมป้องกันอันตรายจากการทำงาน

3. การเปรียบเทียบคะแนนเครียดทัศนคติต่อความปลอดภัยในการทำงาน ของพนักงานแปรรูปไม้ยางพารา (n = 80)

ตารางที่ 6 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเครียดทัศนคติต่อความปลอดภัยในการทำงานกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การทดสอบ	กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	$\bar{x}$	S.D	t-test	p-value
ครั้งที่ 1	กลุ่มทดลอง	80	3.42	0.47	2.871	0.005*
	กลุ่มควบคุม	80	3.67	0.64		
ครั้งที่ 2	กลุ่มทดลอง	80	4.03	0.31	8.517	<0.01
	กลุ่มควบคุม	80	3.54	0.40		
ครั้งที่ 3	กลุ่มทดลอง	80	4.27	0.13	21.692	<0.01
	กลุ่มควบคุม	80	3.68	0.20		
ครั้งที่ 4	กลุ่มทดลอง	80	4.54	0.17	29.537	<0.01
	กลุ่มควบคุม	80	3.67	0.25		

จากตารางที่ 6 พบว่าระดับทัศนคติต่อความปลอดภัยในการทำงานในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการดำเนินการมาตรการด้านความปลอดภัย พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่และกลุ่มควบคุม มีคะแนนเครียดในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.42$, s.d = 0.47 และ $\bar{x} = 3.67$, s.d = 0.64) เมื่อได้รับมาตรการด้านความปลอดภัยผ่านโปรแกรมกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเครียดมากกว่ากลุ่มควบคุม จากการเก็บข้อมูลในครั้งที่ 4 ($\bar{x} = 4.54$, s.d = 0.13 และ $\bar{x} = 3.68$, s.d = 0.20) เมื่อทำการเปรียบเทียบระดับคะแนนเครียดทัศนคติต่อความปลอดภัยในการทำงานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทุกครั้ง พบว่า มีระดับคะแนนเครียดทัศนคติต่อความปลอดภัยในการทำงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.01) แสดงว่าเมื่อกลุ่มทดลองเมื่อได้รับโปรแกรมกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยทำให้มีทัศนคติต่อความปลอดภัยได้มากขึ้น

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อันตรายจากการทำงานของพนักงานแปรรูปไม้ยางพารา (n = 80)

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อันตรายจากการทำงานกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การทดสอบ	กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	$\bar{x}$	S.D	t-test	p-value
ครั้งที่ 1	กลุ่มทดลอง	80	3.35	0.44	-2.903	0.004*
	กลุ่มควบคุม	80	3.60	0.62		
ครั้งที่ 2	กลุ่มทดลอง	80	4.04	0.29	10.439	<0.01
	กลุ่มควบคุม	80	3.47	0.39		
ครั้งที่ 3	กลุ่มทดลอง	80	4.38	0.16	23.795	<0.01
	กลุ่มควบคุม	80	3.68	0.17		
ครั้งที่ 4	กลุ่มทดลอง	80	4.63	0.17	25.776	<0.01
	กลุ่มควบคุม	80	3.64	0.19		

จากตารางที่ 7 พบว่าการรับรู้อันตรายจากการทำงานของกลุ่มทดลองก่อนและกลุ่มควบคุมก่อนการดำเนินการมาตรการด้านความปลอดภัย กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 3.35$, s.d = 0.44) และ ($\bar{x} = 3.60$, s.d = 0.62) และเมื่อมีการดำเนินการตามมาตรการด้านความปลอดภัยผ่านโปรแกรมกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยมี พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุมจากการเก็บคะแนน ในครั้งที่ 4 ($\bar{x} = 4.63$, s.d = 0.17) และ ($\bar{x} = 3.64$, s.d = 0.19) เมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อันตรายจากการทำงานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อันตรายจากการทำงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.01) แสดงได้ว่า เมื่อได้ดำเนินการตามโปรแกรมผ่านสมาร์ทโฟนทำให้พนักงานได้รับรู้อันตรายจากการทำงานได้มากขึ้น

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการทำงานของพนักงานแปรรูปไม้ยางพารา (n = 80)

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการทำงานกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การทดสอบ	กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	$\bar{x}$	S.D	t-test	p-value
ครั้งที่ 1	กลุ่มทดลอง	80	3.82	0.48	1.198	0.233*
	กลุ่มควบคุม	80	3.70	0.65		
ครั้งที่ 2	กลุ่มทดลอง	80	4.07	0.41	2.703	0.008*
	กลุ่มควบคุม	80	3.90	0.36		
ครั้งที่ 3	กลุ่มทดลอง	80	4.31	0.15	13.776	<0.01
	กลุ่มควบคุม	80	3.84	0.26		
ครั้งที่ 4	กลุ่มทดลอง	80	4.63	0.18	5.776	<0.01
	กลุ่มควบคุม	80	3.79	0.23		

จากตารางที่ 8 พบว่าพฤติกรรมกรรมการป้องกันอันตรายจากการทำงานในกลุ่มทดลองก่อนการมีการดำเนินการตามมาตรการด้านความปลอดภัย ส่วนใหญ่มีระดับคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 3.82$, s.d = 0.48) และ ($\bar{x} = 3.70$, s.d = 0.65) และเมื่อดำเนินการตามมาตรการด้านความปลอดภัยผ่านโปรแกรมกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยมีพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 4.63$, s.d = 0.18) และ ($\bar{x} = 3.79$, s.d = 0.23) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันอันตรายจากการทำงานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันอันตรายจากการทำงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 (p-value < 0.01)

5. การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ (Multiple Regression Analysis)

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ (Multiple Regression Analysis) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันอันตรายจากการทำงานของพนักงานแปรรูปไม้ยางพารา

ตัวแปร	B	SE	t	Sig.	Tolerance	VIF
(Constant)	16.956	5.143	3.297	<0.001	-	-
การรับรู้อันตรายจากการทำงาน	0.584	0.111	5.261	<0.001	0.683	1.465
ทัศนคติต่อความปลอดภัยในการทำงาน	0.213	0.104	2.047	0.044*	0.683	1.465

R = 0.675, R² = 0.456 Adjusted R² = 0.442, F = 32.320

จากตารางที่ 9 พบว่าการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันอันตรายทำงานของพนักงานแปรรูปไม้ยางพารา พบว่า ทัศนคติต่อความปลอดภัยในการทำงาน และการรับรู้อันตรายจากการทำงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันอันตรายจากการทำงานและสามารถทำนายอิทธิพลที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันอันตราย ได้ร้อยละ 44.2 (R² = 0.442) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

การใช้โปรแกรมกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยเป็นการกระตุ้นเพื่อให้พนักงานทุกคน มีทัศนคติต่อความปลอดภัย การรับรู้อันตรายจากการทำงาน ที่ผ่านกระบวนการทำงานทางความคิดอย่างเป็นระบบเพื่อทำให้เกิดพฤติกรรมกรรมการป้องกันอันตรายจากการทำงาน พบว่าระดับคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อความปลอดภัย จากการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการดำเนินการตามโปรแกรมในกลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องพบว่ามี ความสอดคล้องกับงานวิจัยของ Pitrukpong (2561) ก่อนการทดลองพบว่า พนักงานมีระดับทัศนคติด้านความปลอดภัยอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลอง พบว่า พนักงานร้อยละ 95.10 มีระดับทัศนคติด้านความปลอดภัยในการทำงานอยู่ในระดับดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ Odibo (2018) ที่ได้ศึกษาผลของแนวทางปฏิบัติด้านความปลอดภัยระหว่างคนงานโรงเลื่อยในประเทศไนจีเรีย จำนวน 21 แห่งที่ตั้งอยู่ภายในพื้นที่ของรัฐบาลท้องถิ่น 3 แห่งในรัฐเดลต้า พบว่าการมีมาตรการทางด้านความปลอดภัยของคนงานเลื่อยไม้ทำการเก็บผลตัวอย่างก่อน และหลังมี

ระดับคะแนนของทัศนคติต่ออันตรายเพิ่มสูงขึ้น แสดงให้เห็นว่าเมื่อพนักงานได้รับโปรแกรมกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัยผ่านสมาร์ทโฟน ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยน ทัศนคติต่อความปลอดภัยจากการทำงานได้

ระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อันตรายจากการทำงาน และจากการจัดเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองพบว่า ก่อนได้รับการดำเนินการตามมาตรการด้านความปลอดภัยพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อได้รับมาตรการด้านความปลอดภัย ผ่านโปรแกรมกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัย เมื่อทำการเก็บคะแนนในครั้งที่ 4 พบว่า อยู่ในระดับ สูงมาก ทุกข้อคำถาม สอดคล้องกับการศึกษาของ Latlory, Sirsukphan and Karndee (2015) ที่ทำการเปรียบเทียบการรับรู้ ด้านความปลอดภัยก่อนและหลังการจัดโปรแกรมปรับปรุงและพัฒนาการรับรู้ด้านความปลอดภัยพบว่ามีระดับคะแนนสูงขึ้น แสดงให้เห็นถึงผู้ปฏิบัติงานเมื่อได้รับรู้ถึงอันตรายและความเสี่ยงที่เกิดจากการปฏิบัติงานนอกจากอุบัติเหตุแล้วยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานจาก โปรแกรมกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัย ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความระมัดระวังในการปฏิบัติงานให้มีความปลอดภัยมากขึ้น

ระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการทำงาน จากการจัดเก็บข้อมูลก่อนการดำเนินการตามโปรแกรมในกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็น ระดับคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับปานกลางและเมื่อได้มีการดำเนินการผ่านโปรแกรม และเก็บข้อมูลในครั้งที่ 4 พบว่ามีระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมากและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} \leq 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Pitrukpan (2018) ที่ว่าระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความปลอดภัย ก่อนและหลังการส่งโปรแกรมกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยโปรแกรม People Based Safety (PBS) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-Value} = 0.05$) แสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญในเรื่องความปลอดภัยจากการทำงานได้มากขึ้น ทำให้พนักงานเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการทำงานได้มากขึ้น

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ระดับทัศนคติต่อความปลอดภัย การรับรู้อันตรายจากการทำงาน และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการทำงาน โดยทำการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการดำเนินการตามโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจากการเก็บข้อมูลในครั้งที่ 4 พบว่า มีระดับคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อความปลอดภัยในการทำงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.01$) และเมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้อันตรายจากการทำงานจากการเก็บข้อมูลในครั้งที่ 4 พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.01$) และจากการเปรียบเทียบระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการทำงานจากการเก็บข้อมูลในครั้งที่ 4 พบว่ามีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.01$) สรุปได้ว่า กลุ่มทดลองเมื่อได้รับมาตรการด้านความปลอดภัยผ่านโปรแกรมกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยผ่านสมาร์ทโฟน ของพนักงานแปรรูปไม้ยางพารา ทำให้พนักงานมีทัศนคติต่อความปลอดภัย การรับรู้อันตรายจากการทำงานและพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการทำงานเพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องตามสมมุติฐานการวิจัย พบว่าโปรแกรมกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยมีผลต่อทัศนคติต่อความปลอดภัย การรับรู้อันตรายจากการทำงาน และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการทำงานของพนักงานแปรรูปไม้ยางพารา ดังกล่าว

และเมื่อทำการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ Multiple Regression Analysis เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการทำงานของพนักงานแปรรูปไม้ยางพารา พบว่าทัศนคติต่อความปลอดภัยในการทำงานและการรับรู้อันตรายจากการทำงาน มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการทำงานของพนักงานแปรรูปไม้ยางพาราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = .044$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Santree (2017) ที่

ศึกษาทัศนคติในการป้องกันอันตรายกับพฤติกรรมความปลอดภัยมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.232 ($p\text{-value} < 0.05$) และ ปัจจัยการรับรู้อันตรายจากการทำงาน มีผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานแปรรูปไม้ยางพาราอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.01$) และพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ Khammapat and Kamthanoot (2016) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยงด้านความปลอดภัยว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมด้านความปลอดภัยของพนักงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ อยู่ที่ 0.220 หมายความว่าพนักงานมีความรับรู้ความเสี่ยงมาก ก็จะมีพฤติกรรมในการป้องกันอันตรายจากการทำงานมากตามไปด้วย ดังนั้นการรับรู้อันตรายจากการทำงาน และทัศนคติต่อความปลอดภัย สามารถสร้างเสริมให้เกิดขึ้นได้จากโปรแกรมกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยที่ผ่านสมาร์ตโฟนอย่างต่อเนื่องทุกวัน แล้วส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทางความคิด ทำให้พนักงานเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันอันตรายจากการทำงานได้อย่างเป็นระบบได้ในที่สุด การใช้สมาร์ตโฟนในที่ทำงาน สามารถทำให้เกิดประโยชน์ได้หลายรูปแบบ นอกจากจะใช้เพื่อการสื่อสารยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Pitichat (2013) ที่ได้กล่าวถึงถึงการใช้สมาร์ตโฟนในที่ทำงาน การส่งเสริมความเป็นส่วนตัว การเสริมสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนและหัวหน้างาน และการปรับปรุง และการแลกเปลี่ยนความรู้และสร้างความพึงพอใจในการทำงานของพนักงานซึ่งนำไปสู่ประสิทธิภาพที่ดีขึ้นในสถานที่ทำงาน สรุปได้ว่า สมาร์ตโฟนเป็นส่วนหนึ่งในการที่จะช่วยเสริมสร้างให้พนักงานเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงานได้อย่างปลอดภัยในยุคของการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

1. สถานประกอบการควรมีให้ความสำคัญกับความปลอดภัยซึ่งพบว่าการรณรงค์ หรือการกระตุ้นอย่างต่อเนื่องสามารถช่วยลดอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากการทำงาน
2. โปรแกรมกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัย ที่จัดทำเป็น 2 ภาษา และมีภาพและเสียงที่น่าสนใจ สามารถสร้างการเรียนรู้ และการจดจำของผู้ปฏิบัติงานเรื่องความปลอดภัยได้มากกว่า
3. สถานประกอบการควรส่งเสริมในการให้ผู้ปฏิบัติงานในการนำ สมาร์ตโฟน เข้ามาใช้ในที่ทำงานเป็นให้ความสะดวกและยังเป็นการเรียนรู้หรือปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับยุคของเทคโนโลยีอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการเริ่มต้นทำในสถานประกอบการเพียงแห่งเดียว และเป็นสถานประกอบการต้นแบบในการดำเนินการมาตรการด้านความปลอดภัย เข้ามาใช้โดยการผ่านสมาร์ตโฟน ของพนักงานแปรรูปไม้ยางพารา ดังนั้น หากมีการทำวิจัยในครั้งต่อไป ควรนำสถิติการประสบอันตราย ระหว่างแรงงานไทย และ แรงงานต่างชาติเข้ามาศึกษาด้วย
2. การวิจัยครั้งต่อไปควรนำไปร่วมมือกับหน่วยงานในภาครัฐที่มีบทบาทและหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลเรื่องความปลอดภัย เพื่อพัฒนารูปแบบในกระบวนการสื่อสารด้านความปลอดภัยให้มีความหลากหลายรูปแบบ อันจะนำไปสู่มาตรฐานด้านความปลอดภัยอย่างเป็นระบบต่อไป

References

- Abolfotouh Mostafa, A., Bani Mustafa Ala'a, Salam Mohmmoud, Al- Assin, M., Aldebas, B., & Bushnak. (2019). Use of smartphone and perception towards the usefulness and practicality of its medical applications among health care workers in Saudi Arabia. *BMC Public Health Services Research*. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4523-1>.
- Cecil Boston, Rajini Kurup, R., & Saliqa Zaman. (2020). Perception of Sawmill Workers towards Occupational Health and Safety at Linden/Soesdyke Highway, Guyana. *Asian of Advanced Research and Reports*, <https://doi.org/10.9734/ajarr/2020/v9 i130211>.
- Fjeldsoe Brianna, S., Alison, L. , Marshall & Yvette, D. Miller. (2009). Behavior Change Interventions Delivered by Mobile Telephone Short-Message Service. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(2), 165–173. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2008.09.040>.
- Hurling, R., Catt, M., Boni, MD., Fairley, BW., Hurst, T., Murray, P., Richardson, A., Sodhi, JS. (2007). Using internet and mobile phone technology to deliver an automated physical activity program: randomized controlled trial. *Public health information 2007*. doi:10.2196/ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>.
- Mong'are, R., Mburu, C., & Kiiyukia, C. (2017). Assessment of Occupational Safety and Health Status of Sawmilling Industries in Nakuru County, Kenya. *International Journal of Health Sciences*, 5, 2372-5079. doi:10.15640/ijhs.v5n4a9.
- Nioi, A., Wendelboe-Nelson, C., Cowan, S., Cowie, H., Rashid, S., Ritchie, P., Cherrie, J.W. (2018).A randomised control crossover trial of a theory based intervention to improve sun-safe and healthy behaviors in construction workers: study protocol. *BMC Public Health*, 18(1), 259. doi:10.1186/s12889-018-5164-8.
- Odibo, A., Nwaogazie, I., Achalu, E. & Ugbebor, J. (2018). Effects of safety intervention practices among selected Sawmill workers in Sawmills in Delta State, Nigeria. *International Journal of Health, Safety and Environments (IJHSE)*, <https://www.researchgate.net/publication/325089977>.
- Pitichat, T. (2013). Smartphones in the workplace: Changing organizational behavior, transforming the future. *a Journal of Transdisciplinary Writing and Research for Claremont Graduate University*, <http://scholarship.claremont.edu/lux/vol3/iss1/13>.
- Department of Industrial works. (2563). Data factory. [www:Diw.go.th](http://www.Diw.go.th)
- Ministry of Laour. (2562). Retrieved from <https://www.sso.go.th>.
- Pitrukpong, T. (2561). Effect of people based safety (PBS) Program on safety behaviors among maintenance workers in a petrochemica factory, Rayong Province.

- Khammapat, V., Kamthanoot, S. (2016). Risk Perception and Safety Behaviors of Production in Employees in the Food and Drink Industry. *Bangkok Journal of Safety and Health*, : Vol. 9 No.33 July- September 2016 .
- Latlory, S., Sirsukphan, T. and Karndee, A. (2558). Study of Perception with Safety's Behaviors of worker: Case Study at Plastic Products Company in Samutprakarn: Academic conferences and research presentations National and International 6.
- Santree, A. (2557). Knowledge and attitude towards safety behavior in factories. Case Study: Prevention of Dermatitis from Chemical Application BlueScope Steel (Thailand) Co.,Ltd Master of Science (Environmental management) Faculty of Social and Environmental Development National Institute of Development Administration.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาแผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพรพอกเข้าบรรเทาอาการปวดเข่า
สำหรับผู้ป่วยบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลบางแม่นาง จังหวัดนนทบุรี

Received: Feb. 4, 2021

Accepted: Oct. 28, 2021

Published: Nov. 8, 2021

Development of Knee Herb Hydrogel Patches for Relieving
Knee Pain in Patients at Bang Mae Nang Health Promoting
Hospital, Nontaburi Province, Thailand

ปีตมา ทองธรรมชาติ¹ ศุภะลักษณ์ ฟักคำ² อรุณี ยันตรปรกรณ์¹

และ เบญจวรรณ พูนธนานิวัฒน์กุล¹

Patama Thongtammachat¹, Supalak Fakkham², Arunee Yantarapakorn¹,
Benjawan Poonthananiwatkul¹

¹ วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก

² สาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) มีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการบรรเทาอาการปวดเข่าของผู้รับบริการ เพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์แผ่นแปะสมุนไพรไฮโดรเจลสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเข่าสำหรับผู้รับบริการ เพื่อศึกษาประสิทธิผลการบรรเทาอาการปวดเข่าและความพึงพอใจต่อการใช้ผลิตภัณฑ์บรรเทาอาการปวดเข่า กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการที่มีอาการปวดเข่าระดับปฐมภูมิในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบางแม่นาง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 60 คน เป็นกลุ่มทดลองการใช้ผลิตภัณฑ์ยาพอกเข่าจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมการใช้ผลิตภัณฑ์แผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเข่า จำนวน 30 คน ใช้แบบประเมินอาการปวดเข่า (Western Ontario and MacMaster University, WOMAC) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ผลิตภัณฑ์ วิเคราะห์ข้อมูลความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วย Independent Sample t-Test และความแตกต่างภายในกลุ่มด้วย Paired Sample t-Test

ผลการวิจัยพบว่า การบรรเทาอาการปวดเข่าส่วนใหญ่มักใช้การนวดรักษา การประคบด้วยลูกประคบ การใช้ยาพอกเข่า พบปัญหาเรื่องความไม่สะดวกของการใช้งานและความเลอะเทอะ จึงมีการพัฒนายาพอกเข่าในรูปแบบแผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพรซึ่งมีฤทธิ์ในการต้านการอักเสบบรรเทาอาการปวดเข่าในผู้ป่วย ผลการเปรียบเทียบระดับอาการปวดเข่าและองค์การเคลื่อนไหวข้อเข่าระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการใช้ผลิตภัณฑ์ พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผลการเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจหลังการใช้ผลิตภัณฑ์บรรเทาอาการปวดเข่าระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยภาพรวม พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

คำสำคัญ พอกเข่า แผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพร อาการปวดเข่า

Corresponding author : ปีตมา ทองธรรมชาติ E-mail : patama15@gmail.com

Original article

Received: Feb. 4, 2021

Accepted: Oct. 28, 2021

Published: Nov. 8, 2021

Abstract

We conducted a research and development study with the following aims: to analyze the situations and problems in knee pain management of patients, to develop herbal hydrogel patch for knee pain, and to evaluate the effectiveness and users' satisfaction of knee pain relieving hydrogel patches. Our study samples including 60 patients with knee pain in Bang Mae Nang Tambon Health Promotion Hospital, Nontaburi Province, Thailand. Our participants were divided into two groups: thirty volunteers in a control group using knee pain relieving poultice, and 30 other patients in an experimental group using herbal hydrogel patches. We collected data using the Western Ontario and MacMaster University (WOMAC) scale for knee pain and satisfaction assessment form. We analyzed data using the independent sample t-test and paired sample t-test.

We found that that massage, herbal ball compress, and knee poultice were applied by most patients for their knee pain management. But those methods were not convenient and sloppy. Therefore, we developed the knee herbal hydrogel patch to relieve knee pain of patients. We found that the knee pain and knee motion degree among patients in the control and experimental groups before and after using both products were not different at a statistical level of 0.05. However, the patients' satisfaction after using both products in the control and experimental groups in general were different at a statistical level of 0.05.

Keywords : Knee poultice, Herbal hydrogel patch, Knee pain

Corresponding author : Patama Thongtammachat E-mail : patama15@gmail.com

บทนำ

จากสถานการณ์โลกในปัจจุบันโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นภาวะโรคที่สำคัญที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุของประชากรทั่วโลก ซึ่งมีการยืนยันอุบัติการณ์เริ่มพบในประชาชนทั่วไปที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปี ในจำนวนนี้ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ในปีพ.ศ.2562 ที่ผ่านมามีจำนวนสถิติผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมเป็นภาวะที่พบได้บ่อย ในผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มจะสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Nongphimon, 2014) ปัจจุบันประเทศไทยพบประมาณ 1 ใน 3 หรือคิดเป็นร้อยละ 34.5-45.6 ของประชากรทั้งประเทศและส่วนใหญ่จะพบมากในผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปจากสถิติพบว่าในปี พ.ศ.2561 มีจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่า 6 ล้านคน โดยอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม คือ ปวดข้อเข่า มีเสียงดังกรอบแกรบ (crepitation) ในผู้ป่วยบางรายอาจพบข้อเข่าติดขัดและมีข้อเข่าขนาดใหญ่ขึ้นร่วมด้วยโดยอาจไม่พบการอักเสบ บวมร้อน ข้อเข่าเสื่อมสามารถจำแนกเป็น 2 ชนิด ตามลักษณะการเกิด คือชนิดที่หนึ่งความเสื่อมแบบปฐมภูมิ หมายถึง ข้อเข่าเสื่อมที่ไม่ทราบสาเหตุที่เป็นซึ่งเป็นภาวะที่เกิดจากการเสื่อมสภาพ ของผิวกระดูกอ่อนตามวัยซึ่งมีความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่มากขึ้น และน้ำหนักตัว ชนิดที่สองคือความเสื่อมแบบทุติยภูมิ เป็นข้อเข่าเสื่อมที่ทราบสาเหตุ เช่น เคยประสบอุบัติเหตุมีการบาดเจ็บที่ข้อและเส้นเอ็นการบาดเจ็บเรื้อรังที่บริเวณข้อเข่าจากการทำงานหรือเล่นกีฬา (Wirot, 2015)

การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมแบบแพทย์แผนไทย มีทั้งการรักษาทางด้านหัตถเวชร่วมกับการประคบสมุนไพร การพอกยา การทายา และการจ่ายยาตามบัญชียาหลัก (Thai traditional medicine, folk medicine and alternativemedicineinHealthArea, 2018) การให้คำแนะนำการทำกายบริหารเพื่อเป็นการปรับโครงสร้างที่มีปัญหาให้กลับมาเป็นโครงสร้างที่ปกติ เพราะโครงสร้างที่บิดเบี้ยวคือสาเหตุของการกดทับเส้นประสาทอาจส่งผลทำให้เกิดการปวดได้ ซึ่งภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านใช้ปูนแดงในการรักษาอาการปวดเข่าได้อีกด้วย (Daranee, 2011) การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมที่นิยมในปัจจุบันคือการพอกเข่าด้วยสมุนไพร ซึ่งเป็นวิธีบำบัดรักษาโรคของการแพทย์แผนไทย ซึ่งยาพอกเข่านั้นมีทั้งสูตรร้อนและสูตรเย็นซึ่งทั้ง 2 สูตรนี้มีหลักการในการรักษาที่แตกต่างกัน คือ ยาพอกสูตรร้อนสามารถลดอาการปวดได้เนื่องจากความร้อนส่งผลให้ความหนืดของเนื้อเยื่ออ่อนลง การติดแข็งของข้อลดลงทำให้ลดอาการปวดได้โดยอาศัยคุณสมบัติและสรรพคุณของสมุนไพรช่วยลดอาการอักเสบของเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (Wilawan, 2010)

จากประชาชนในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแม่นาง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่ในเขตพื้นที่ประกอบอาชีพเกษตรกร ทำไร่นา จึงทำให้มีอาการปวดเข่าเป็นจำนวนมาก ซึ่งในปี พ.ศ.2562 ที่ผ่านมามีสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยที่มีอาการปวดเข่าจำนวนมากกว่า 65 คน และได้มาทำการรักษาด้วยวิธีการนวด การประคบและการพอกยาสมุนไพร ซึ่งการพอกยาสมุนไพรเป็นวิธีการบำบัดรักษาที่สะดวกและได้รับความพึงพอใจจากผู้มารับบริการเป็นอย่างดี แต่การพอกยาในรูปแบบเดิมรูปแบบนี้มีวิธีการทำโดยการนำสมุนไพรที่ใช้ในสูตรมาต้มในเหล้าขาว 35 หรือ 40 ดีกรีแล้ว หลังจากนั้นก็นำพอกน้ำยาพอกเข่าที่ใช้ในสูตรของแต่ละคนมาผสมกับสมุนไพรที่บดละเอียด ในอัตราผงสมุนไพร 70 กรัมต่อน้ำยา 1 ช้อนโต๊ะ แล้วผสมคลุกเคล้าให้เข้ากัน จนตัวยานั้นเป็นเนื้อเดียวกันแล้วนำไปพอกที่เข่าของผู้ป่วย ซึ่งมีข้อเสียในการพอกคือขณะพอกยาผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวและทำกิจกรรมอื่นได้ตามปกติเพราะจะทำให้ยาที่พอกอยู่ที่เข่าหลุดลอกออกและเลอะเทอะ บางครั้งอาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายในการรอให้สมุนไพรออกฤทธิ์และเสร็จสิ้นกระบวนการพอกตามเวลาที่กำหนดไว้

ปัจจุบันมีการนำไฮโดรเจลไปประยุกต์ใช้ในทางการแพทย์อย่างกว้างขวาง เนื่องจากสามารถใช้ในการดูดซับของเหลวและสามารถบรรจุสารหรือยาได้ ไฮโดรเจลเป็นวัสดุพอลิเมอร์ที่มีโครงสร้างแบบhydrophilic ซึ่งมีความชอบน้ำสามารถซึมซับน้ำได้ถึง 600เท่า ไฮโดรเจลได้มาจากการสังเคราะห์พอลิเมอร์ เช่น พอลิอะคริลาไมด์(Polyacrylamide) พอลิเมทาคริลิกแอซิด (Polymethacrylic acid) พอลิเอทิลีนออกไซด์(Polyacryethylene oxide)หรือ สังเคราะห์จากพอลิเมอร์ธรรมชาติ (Natural polymer) เช่น เซลลูโลส แป้ง ไคโตซาน โปรตีน นำมาผลิตเป็นผลิตภัณฑ์ อาทิเช่น แผ่นปิดบาดแผล แผ่นแปะบรรเทาอาการปวดหลัง แผ่นแปะลดไข้สำหรับเด็ก เป็นต้น (Suphanit , 2017)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและมีความสนใจในการพัฒนาแผ่นแปะไฮโดรเจลพอกเข้าเพื่อลดอาการปวดเข้าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อความสะดวกในการใช้งานและสามารถบรรเทาอาการปวดเข้าและมีความทันสมัยอีกทั้งยังมีการทดสอบฤทธิ์ในการต้านการอักเสบของตำรับยาเพื่อเป็นการยืนยันคุณสมบัติของตัวยา ดังนั้นการพัฒนาแผ่นแปะไฮโดรเจลพอกเข้าอาจเป็นอีกหนึ่งทางเลือกสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปวดเข้าและโรคข้อเข่าเสื่อมใช้บรรเทาอาการปวดเข้ารวมทั้งอาการบวม แดง ร้อน ได้อีกด้วย

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการบรรเทาอาการปวดเข้าของผู้รับบริการ
2. เพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์แผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเข้าสำหรับผู้รับบริการ
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลการบรรเทาอาการปวดเข้า
4. เพื่อเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองระหว่างการใช้ยาพอกเข้าและยาพอกเข้าในรูปแบบแผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพร

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาเรื่องนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา(Research and Development : R&D) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบางแม่นาง จังหวัดนนทบุรี การวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการบรรเทาอาการปวดเข้าของผู้รับบริการ ระยะที่ 2 เพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์แผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเข้าสำหรับผู้รับบริการ และระยะที่ 3 เพื่อศึกษาประสิทธิผลการบรรเทาอาการปวดเข้าและความพึงพอใจต่อการใช้ผลิตภัณฑ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1. ประชากรเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ประกอบด้วย 1) ผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยที่มีใบประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบางแม่นาง จังหวัดนนทบุรี

ระยะที่ 3. ประชากรเพื่อศึกษาประสิทธิผลการบรรเทาอาการปวดเข้าและความพึงพอใจต่อการใช้ผลิตภัณฑ์ ประกอบด้วยผู้รับบริการที่มีอาการปวดเข้า เป็นกลุ่มผู้ที่มารับการรักษาอาการปวดเข้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบางแม่นาง จังหวัดนนทบุรี ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2563 – มกราคม 2564

กลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive) ประกอบด้วยผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยที่มีใบประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ของวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก

จำนวน 6 คน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบางแม่นาง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 6 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 12 คน

ระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการศึกษาประสิทธิผลเป็นผู้ป่วยมีอาการปวดเข่า จำนวน 60 คน

โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมผลิตภัณฑ์ยาพอกเข่าจำนวน 30 คน คนกลุ่มทดลองที่ใช้ผลิตภัณฑ์แผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเข่าจำนวน 30 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 60 มีเกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษาและเกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออกโดยเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นผู้ที่ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิที่มีความเจ็บปวดอยู่ระดับปานกลาง (ทำแบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม Oxford Knee Score มีคะแนนในช่วง 20 – 29 คะแนน)
 - 2) เข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ และลงนามในเอกสารยินยอม โดยได้รับการบอกกล่าวอย่างเต็มใจ
- การใช้คุณสมบัติเป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดระดับความเจ็บปวดอยู่ระดับปานกลาง (ทำแบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม Oxford Knee Score มีคะแนนในช่วง 20 – 29 คะแนน) จากนั้นทำการสุ่มโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีจับฉลาก คนจับฉลากที่ได้หมายเลข (เลขคี่) จะเข้ากลุ่มที่ใช้ผลิตภัณฑ์ตำรับยาพอกเข่าเป็นกลุ่มควบคุม และหมายเลข (คู่) จะเข้ากลุ่มที่ใช้ผลิตภัณฑ์ยาพอกเข่าในรูปแบบแผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเข่าเป็นกลุ่มทดลอง จับฉลากเช่นนี้จนครบกลุ่มละ 30 คน ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 คน ซึ่งอ้างอิงจากค่า t-test ของระดับอาการปวดเข่าและองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่าที่ไม่แตกต่างกัน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

- 1). เป็นผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดซึ่งอยู่ในช่วงระยะพักฟื้น โดยวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าทำการเข้าร่วมวิจัยไม่ได้
- 2). มีอาการแพ้สมุนไพรเกิดขึ้นขณะทำการศึกษา
- 3). ผู้ป่วยที่รับประทานอาหารเสริมต่างๆ เช่น อาหารเสริมบำรุงข้อเข่าที่รับประทานอย่างน้อย 2 สัปดาห์
- 4). ผู้เข้าร่วมวิจัยขอถอนตัวออกจากวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ระยะที่ 1 เก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group) โดยสร้างแนวคำถามการสนทนากลุ่มโดยลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ซึ่งนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญทำการตรวจสอบความถูกต้องตามโครงสร้างและเนื้อหา จากนั้นนำมาแก้ไขปรับปรุงและนำไปทดสอบ

ระยะที่ 2 การพัฒนาผลิตภัณฑ์แผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพรแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่

2.1 ทดสอบฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระของสารสกัดตำรับยาพอกเข่าด้วยวิธี Nitric Oxide

การศึกษานี้เป็นการทดสอบฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระด้วยวิธี Nitric Oxide สกัดโดยเตรียมสารสกัดตำรับยาพอกเข่าด้วยเอทานอล 95% ที่ความเข้มข้นที่ 50-1000 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร ทำปฏิกิริยากับสาร Nitric Oxide วัดค่าดูดกลืนแสงที่ 517 นาโนเมตร

2.2. ขั้นตอนพัฒนาผลิตภัณฑ์แผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพร

1. แผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพรเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีลักษณะเป็นแผ่นขนาดปริมาณ 100 g. ซึ่งประกอบ

ไปด้วยHPMC 1g ,เจลาติน 7 g, กลีเซอริน 10 ml, สารสกัดตำรับยาพอกเข้า 0.5 g, สารลดแรงตึงผิว (Tween 80) 1.25 ml, เกล็ดสะระแห่น (Menthol) 1 g, น้ำมันระกำ(Methyl Salicylate) 1 ml, สารกันเสีย (paraben con.) 2 g, สารปรับค่าความเป็นกรด-ด่าง (Triethanolamine) 4 หยด และน้ำกลั่น 72.25 ml

2. วิธีการใช้ ทำความสะอาดบริเวณเข้า ลอกแผ่นพลาสติกออกจากแผ่นไฮโดรเจล นำแผ่นแปะไฮโดรเจลแปะบนเข้าข้างที่ปวด จากนั้นลอกแผ่นกระดาษออกจากพลาสติกแล้วนำแผ่นพลาสติกที่ยึดแปะทับบนแผ่นไฮโดรเจล แล้วทำการแปะทิ้งไว้ 30 นาที จะช่วยบรรเทาอาการชามือลง

ระยะที่ 3 แบบประเมินคุณภาพผลิตภัณฑ์แผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพร แบบประเมินอาการปวดเข้า (Western Ontario and MacMaster University,WOMAC)ฉบับไทย (Thai Royal College of Orthopaedic Sureons of Thailand,2010) และองศาการเคลื่อนไหวข้อเข้าใช้เครื่องมือ Goniometer วัดองศา ซึ่งมีการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ผู้วิจัยได้นำผลมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและวัตถุประสงค์(Index of Oblective Congruence : IOC) ได้มากกว่า 0.5 และแบบประเมินความพึงพอใจแบ่งเป็น 5 ระดับ ซึ่งนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ด้านเภสัช และ ด้านการพัฒนาดัชนีผลิตภัณฑ์ ทำการตรวจสอบความถูกต้องตามโครงสร้างและเนื้อหา จากนั้นนำมาแก้ไขปรับปรุง และนำไปทดสอบ (Try out)กับผู้มีรับบริการที่มีลักษณะอาการคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาช (Alpha Crobach's Coefficient) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความพึงพอใจเท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ของปัญหาการรักษาอาการปวดเข้า

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาดัชนีผลิตภัณฑ์แผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพรพอกเข้าบรรเทาอาการปวดเข้า

ขั้นตอนที่ 3 การนำผลิตภัณฑ์ยาพอกเข้าบรรเทาอาการปวดเข้าในกลุ่มควบคุมและผลิตภัณฑ์แผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพรพอกเข้าบรรเทาอาการปวดเข้าไปทดลอง โดยทั้งสองกลุ่มดำเนินการดังนี้ 1) อธิบายวิธีการรักษา 2) ทำแบบประเมินอาการปวดเข้าและวัดองศาการเคลื่อนไหวข้อเข้าก่อนการรักษา 3) รักษาอาการปวดเข้าในกลุ่มควบคุมด้วยการพอกเข้าและแปะแผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพรพอกเข้ารักษาอาการปวดเข้าในกลุ่มทดลองวันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ติดต่อกัน 3 วัน 4) ทำแบบประเมินอาการปวดเข้าและวัดองศาการเคลื่อนไหวข้อเข้าหลังการใช้ผลิตภัณฑ์ยาพอกเข้าและแผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพร และ 5) ทำแบบประเมินความพึงพอใจหลังการใช้ผลิตภัณฑ์พอกเข้าและแผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพร

ขั้นตอนที่ 4 วิเคราะห์ผลการประเมินระดับอาการปวดเข้าและองศาการเคลื่อนไหวข้อเข้าหลังการใช้ผลิตภัณฑ์ยาพอกเข้าและแผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพร และประเมินความพึงพอใจ

ขั้นตอนที่ 5 สรุปและรายงานผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแนวคำถามสนทนากลุ่ม และการพัฒนาดัชนี โดยการใช้วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

2. เปรียบเทียบระดับอาการปวดเข่าและองศาการเคลื่อนไหวข้อเข่าในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองของผู้รับบริการ ระหว่างก่อนและหลังการใช้ผลิตภัณฑ์ โดยทดสอบค่าที (Paired sample t-test)
3. เปรียบเทียบระดับอาการปวดเข่าและองศาการเคลื่อนไหวข้อเข่าของผู้รับบริการ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการใช้ผลิตภัณฑ์ โดยทดสอบค่าที (Independent t-test)
4. เปรียบเทียบระดับความพึงพอใจหลังการใช้ผลิตภัณฑ์บรรเทาอาการปวดเข่าระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยทดสอบ Independent t-test

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยจะดำเนินการเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก ได้เลขจริยธรรมหมายเลข Kmph-63010017 ลงวันที่ 1 กรกฎาคม 2563

ผลการวิจัย

ขั้นวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาของการบรรเทาอาการชามือ

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาพบว่า ผู้ที่มีอาการปวดเข่าโดยส่วนใหญ่จะมักใช้การบรรเทาอาการปวดเข่าด้วย การนวดรักษา การประคบสมุนไพร การทาน้ำมันไหล การรับประทานยาพาราเซตามอล และการพอกเข่าเป็นต้น และพบว่าการใช้การบรรเทาอาการปวดเข่าด้วยการพอกเข่า เป็นวิธีที่ได้รับความนิยมแต่ยังพบปัญหา คือความไม่สะดวกต่อการใช้งาน ความเลอะเทอะหลังการใช้ ทุกคนจึงต้องการรูปแบบและลักษณะของยาพอกเข่าในรูปแบบแผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพรที่สามารถใช้งานได้ง่ายและสะดวก ร่วมกับการทำกิจวัตรประจำวันได้ โดยต้องการไม่เหนียวเหนอะหนะ สามารถบรรเทาอาการปวดเข่าได้ด้วยตนเอง มีขนาดที่เหมาะสมต่อการพกพา ไม่ทำให้ผู้ใช้เกิดการระคายเคือง

ขั้นการพัฒนาผลิตภัณฑ์แผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพรพอกเข่าบรรเทาอาการปวดเข่า

1. ทดสอบฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระของสารสกัดตำรับยาพอกเข่าด้วยวิธี Nitric Oxide การศึกษาครั้งนี้เป็นการทดสอบฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระด้วยวิธี Nitric Oxide สกัดโดยเตรียมสารสกัดตำรับยาพอกเข่าด้วยเอทานอล 95% ที่ความเข้มข้นที่ 50-1000 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร ทำปฏิกิริยากับสาร Nitric Oxide วัดค่าดูดกลืนแสงที่ 517 นาโนเมตร พบว่าสารสกัดตำรับยาพอกเข่าที่สกัดด้วยตัวทำละลาย 95% สามารถดักจับอนุมูลอิสระชนิดไนตริกออกไซด์ได้มีค่า IC_{50} เท่ากับ 153.35 ± 1.54 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร ส่วนมาตรฐาน Ascorbic acid มีค่า IC_{50} เท่ากับ 3.34 ± 0.33 จึงนำไปพัฒนาผลิตภัณฑ์แผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพรพอกเข่าต่อไป

2. แผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพรพอกเข่าบรรเทาอาการปวดเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม สูตรตำรับยาพอกเข่าของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแม่นาง จังหวัดนนทบุรี ในผงยา 100 กรัม ประกอบด้วย ขมิ้น ไพล มะกรูด เถวัลย์เปรียง เมล็ดพริกไทยดำ พื้ทะเลลายโจร หนังกิ่งละ 16.6 กรัม โดยมีลักษณะทำจากพลาสติกใส ยึดขนาด 10x13 cm ตัวยาถูกกักเก็บอยู่ที่แผ่นไฮโดรเจล ซึ่งตัวยานี้ในตำรับจะถูกนำมาสกัดโดยวิธีการแยกเอาตัวทำละลายออกจากสารสกัดด้วยเอทานอล 95 % จากนั้นนำมาแช่หมักที่อุณหภูมิห้อง เป็นเวลา 3 วัน (3 ชั่วโมง) นำมาระเหยตัวทำละลายออกด้วยเครื่องระเหยแบบหมุน (Rotary evaporation) จากนั้นนำมาสร้างเป็นแผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพรโดยมีส่วนประกอบ คือ HPMC 1g , เจลาติน 7 g, กลีเซอริน 10 ml, สารสกัดตำรับยาพอกเข่า 0.5 g,

สารลดแรงตึงผิว (Tween 80) 1.25 ml, เกล็ดสะระแห่น (Menthol) 1 g, น้ำมันระกำ (Methyl Salicylate) 1 ml, สารกันเสีย (paraben concentrate) 2 g, สารปรับค่าความเป็นกรด-ด่าง (Triethanolamine) 4 หยด และน้ำกลั่น 72.25 ml จากนั้นนำแผ่นแปะไฮโดรเจลมาใช้ในการรักษาอาการปวดเข่า โดยการแปะแผ่นแปะลงบริเวณเข่าข้างที่ปวด ทำวันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30 นาทีแล้วจึงลอกออก ทำติดต่อกัน 3 วัน

3. บรรจุภัณฑ์ทำจากถุงกระดาษกราฟที่สีน้ำตาลภายในถุงมีฟรอยด์เพื่อป้องกันแสงแดด ขนาด กว้าง 14 เซนติเมตร ยาว 24 เซนติเมตร ประกอบไปด้วยชื่อผลิตภัณฑ์ ส่วนประกอบของสมุนไพร สรรพคุณของสมุนไพรแต่ละชนิด วิธีการใช้ ข้อควรระวัง และการเก็บรักษาบรรจุแผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเข่า 3 ชิ้น น้ำหนักสุทธิ 100 กรัม

4. ออกแบบคู่มือการใช้งานเป็นฉลากติดด้านหน้าและด้านหลังบรรจุภัณฑ์โดยอธิบายชื่อผลิตภัณฑ์ ส่วนประกอบของสมุนไพร สรรพคุณ วิธีการใช้ ข้อควรระวัง การเก็บรักษา และวันเดือนปีที่ผลิต/หมดอายุ

ระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิภาพการบรรเทาอาการปวดเข่าและความพึงพอใจต่อการใช้ผลิตภัณฑ์

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบระดับอาการปวดเข่าก่อนและหลังการพอกเข้าด้วยตำรับยาพอกและยาพอกในรูปแบบแผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพร

กลุ่มตัวอย่าง(n)	ก่อน		หลัง		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
กลุ่มควบคุม (30)	6.10	3.26	3.63	2.68	10.56	< 0.01
กลุ่มทดลอง (30)	7.83	3.27	4.36	2.97	11.93	< 0.01

*p-value $\leq$ 0.01

จากตารางที่ 1 พบว่า ระดับอาการปวดเข่าของกลุ่มควบคุมในการใช้ผลิตภัณฑ์ยาพอกเข้า ค่าเฉลี่ยระดับอาการปวดก่อนการใช้ผลิตภัณฑ์ยาพอกเข้าครั้งที่ 1 และหลังการใช้ผลิตภัณฑ์ยาพอกเข้าครั้งที่ 3 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนการใช้ผลิตภัณฑ์ยาพอกเข้าครั้งที่ 1 พบว่า ระดับอาการปวด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.10 หลังใช้ผลิตภัณฑ์ยาพอกเข้าครั้งที่ 3 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.63

ในกลุ่มทดลอง พบว่าองค์การเคลื่อนไหวในการใช้ยาพอกในรูปแบบแผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพร ค่าเฉลี่ยระดับอาการปวดก่อนการใช้ผลิตภัณฑ์ยาพอกในรูปแบบแผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพร ครั้งที่ 1 และการใช้ผลิตภัณฑ์ยาพอกในรูปแบบแผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพร ครั้งที่ 3 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนการใช้ผลิตภัณฑ์ยาพอกเข้าครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.83 หลังใช้ผลิตภัณฑ์ยาพอกเข้าครั้งที่ 3 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.36

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบองค์การเคลื่อนไหวข้อเข่าก่อนและหลังการพอกเข้าด้วยตำรับยาพอก และยาพอกในรูปแบบแผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพร

กลุ่มตัวอย่าง (n)	ก่อน		หลัง		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
กลุ่มควบคุม (30)	110.07	16.99	121.77	17.36	-14.632	< 0.01
กลุ่มทดลอง (30)	95.40	24.40	115.10	21.52	-7.941	< 0.01

*p-value $\leq$ 0.05

จากตารางที่ 2 พบว่า งบค่าการเคลื่อนไหวของกลุ่มควบคุมในการใช้ผลิตภัณฑ์ยาพอกเข้า ค่าเฉลี่ยของงบค่าการเคลื่อนไหวก่อนการใช้ผลิตภัณฑ์ยาพอกเข้าครั้งที่ 1 และหลังการใช้ผลิตภัณฑ์ยาพอกเข้าครั้งที่ 3 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนการใช้ผลิตภัณฑ์ยาพอกเข้าครั้งที่ 1 พบว่าค่าเฉลี่ยเท่ากับ 110.07 หลังใช้ผลิตภัณฑ์ยาพอกเข้าครั้งที่ 3 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 121.77

ในกลุ่มทดลอง พบว่างบค่าการเคลื่อนไหวในการใช้ยาพอกในรูปแบบแผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพร ค่าเฉลี่ยของงบค่าการเคลื่อนไหวก่อนการใช้ผลิตภัณฑ์ยาพอกในรูปแบบแผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพร ครั้งที่ 1 และการใช้ผลิตภัณฑ์ยาพอกในรูปแบบแผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพร ครั้งที่ 3 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนการใช้ผลิตภัณฑ์ยาพอกเข้าครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 95.40 หลังใช้ผลิตภัณฑ์ยาพอกเข้าครั้งที่ 3 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 115.10

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบระดับอาการปวดเข้าและงบค่าการเคลื่อนไหวข้อเข้าหลังจากการพอกเข้าของผู้มารับบริการระหว่างการใช้อย่างพอกเข้าและยาพอกเข้าในรูปแบบแผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพร

	กลุ่มควบคุม(n=30)		กลุ่มทดลอง(n=30)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
อาการปวดเข้า	3.63	2.68	4.36	2.97	.985	.392
งบค่าการเคลื่อนไหวข้อเข้า	121.77	17.36	115.10	21.52	.208	.192

* p-value $\leq$ 0.05

จากตารางที่ 3 พบว่า อาการปวดเข้าและงบค่าการเคลื่อนไหวของกลุ่มตัวอย่างนี้ อาการปวดเข้าของผู้มารับบริการโรคข้อเข้าเสื่อม หลังจากการได้รับการพอกเข้าและหลังการใช้ผลิตภัณฑ์พอกเข้าในรูปแบบแผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพร ค่าเฉลี่ยระดับอาการปวดเข้าของการใช้ผลิตภัณฑ์ยาพอกและการใช้ผลิตภัณฑ์พอกเข้าในรูปแบบแผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพร ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยการใช้ผลิตภัณฑ์ยาพอกมีค่าเฉลี่ยระดับอาการปวดเท่ากับ 3.63 และการใช้ผลิตภัณฑ์พอกเข้าในรูปแบบแผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพรเข้า มีค่าเฉลี่ยระดับอาการปวดเท่ากับ 4.36

งบค่าการเคลื่อนไหวข้อเข้าของผู้มารับบริการโรคข้อเข้าเสื่อม หลังจากการได้รับการพอกเข้าและหลังการใช้ผลิตภัณฑ์พอกเข้าในรูปแบบแผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพร ค่าเฉลี่ยของงบค่าการเคลื่อนไหวข้อเข้าของการใช้ยาพอกและการใช้ผลิตภัณฑ์พอกเข้าในรูปแบบแผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพร ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยการใช้ยาพอกเข้า มีค่าเฉลี่ยของงบค่าการเคลื่อนไหวข้อเข้าเท่ากับ 121.77 และการใช้ผลิตภัณฑ์พอกเข้าในรูปแบบแผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพรเข้า มีค่าเฉลี่ยของงบค่าการเคลื่อนไหวข้อเข้า เท่ากับ 115.10

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบ ระดับความพึงพอใจของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองระหว่างการใช้ยาพอกเข้าและยาพอกเข้าในรูปแบบแผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพร หลังจากการพอกเข้าจำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

รายการ	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1.ด้านลักษณะทั่วไป	4.24	0.66	4.78	0.34	4.05	< 0.01
1.1ตำรับยาพอกเข้า						
1.2 คุณสมบัติของตำรับ						
1.3 บรรจุภัณฑ์						
1.4คู่มือการใช้งาน						
2.ด้านการใช้งานผลิตภัณฑ์	3.62	0.58	4.83	0.32	9.99	< 0.01
2.1ผลิตภัณฑ์มีความยืดเกาะผิวที่ดี						
2.2ยาพอกเข้าสามารถเก็บรักษาในอุณหภูมิปกติได้						
2.3การใช้ยาพอกเข้าไม่เป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหว						
3. ด้านการนำผลิตภัณฑ์ไปใช้ประโยชน์	4.70	0.55	4.73	0.39	0.27	0.79
3.1สามารถนำไปใช้บรรเทาอาการปวดเข้าสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ได้จริง						
3.2สามารถลดอาการ บวม แดง ร้อนบริเวณข้อเข่าได้จริง						
4.ด้านคุณสมบัติทางเคมี	4.56	0.55	4.82	0.35	1.96	0.05
4.1สีของตำรับยามีความเหมาะสม						
4.2กลิ่นของตำรับยามีความเหมาะสม						
4.3ตำรับยามีความปลอดภัยไม่ระคายเคืองต่อผิว						
รวม	4.24	0.50	4.80	0.29	5.16	< 0.01

* p-value $\leq$ 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่า ระดับความพึงพอใจหลังการใช้ผลิตภัณฑ์ของกลุ่มตัวอย่าง หลังการได้รับการพอกเข้า และหลังการใช้ผลิตภัณฑ์พอกเข้าในรูปแบบแผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพรโดยภาพรวม พบว่า ระดับความพึงพอใจหลังการใช้ผลิตภัณฑ์ของกลุ่มตัวอย่าง หลังการได้รับการพอกเข้าและหลังการใช้ผลิตภัณฑ์พอกเข้าในรูปแบบแผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพรโดยภาพรวมพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจของการใช้ผลิตภัณฑ์ยาพอกและการใช้ผลิตภัณฑ์พอกเข้าในรูปแบบแผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยการใช้ผลิตภัณฑ์ยา

พอกเข้า มีค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.24$, S.D.= 0.05) และหลังการใช้ผลิตภัณฑ์พอกเข้าในรูปแบบแผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพรเข้า มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}=4.80$, S.D.= 5.16)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1) ผู้มีอาการปวดเข้าโดยส่วนใหญ่จะมักใช้การบรรเทาอาการปวดเข้าด้วย การนวดรักษา การประคบสมุนไพร การทาน้ำมันไพล การรับประทานยาแก้ปวด และการพอกเข้าเป็นต้น และพบว่าการใช้การบรรเทาอาการปวดเข้าด้วยการพอกเข้า เป็นวิธีที่ได้รับความนิยมแต่ยังพบปัญหา คือความไม่สะดวกต่อการใช้งาน ความเลอะเทอะหลังการใช้ ทุกคนจึงต้องการรูปแบบและลักษณะของยาพอกเข้าในรูปแบบแผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพรที่สามารถใช้งานได้ง่ายและสะดวก ร่วมกับการทำกิจวัตรประจำวันได้ โดยต้องการไม่เหนียวเหนอะหนะ (ปวีณา ตั้งเลิศวิชา , 2555) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนาแผ่นแปะผิวหนังที่สามารถเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิสำหรับบรรเทาอาการปวดเข้าเพื่อพัฒนาแผ่นแปะผิวหนังที่สามารถเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิสำหรับบรรเทาอาการปวดเข้า โดยใช้กลไกของการเกิดปฏิกิริยาคายและดูดความร้อน เพื่อให้เกิดการปลดปล่อยอุณหภูมิร้อนและเย็น และได้แผ่นแปะที่สะดวกต่อการใช้งาน

2) การพัฒนาผลิตภัณฑ์ผลิตภัณฑ์แก้ปวดเข้า จะได้แผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเข้าที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ โดยแผ่นแปะมีการออกฤทธิ์ที่บริเวณผิวหนังทันทีที่แปะ มีความสะดวกต่อการใช้งาน ไม่เหนียวเหนอะหนะ ผู้มารับบริการสามารถนำกลับไปใช้เองที่บ้านได้ (เถียน บัวตุ้ม และคณะ , 2549) กล่าวว่า แผ่นแปะผิวหนังจัดเป็นรูปแบบการนำส่งยาสู่ผิวหนังรูปแบบหนึ่งซึ่งช่วยให้ยาออกฤทธิ์นาน โดยออกฤทธิ์เฉพาะที่หรือออกฤทธิ์ทั่วร่างกาย นอกจากนี้ยังมีสรรพคุณสามารถบรรเทาอาการปวดเข้าได้จริง สะดวกต่อการใช้งานไม่เลอะเทอะและไม่พบรายงานอาการไม่พึงประสงค์หรืออาการแพ้หลังจากการใช้ผลิตภัณฑ์ยาพอกเข้าในรูปแบบแผ่นแปะและสามารถนำกลับไปใช้เองได้ที่บ้าน และ (แก่นเกื้อ นาวาบุญนิยม ,2560) ศึกษาผลการพอกสมุนไพรฤทธิ์เย็นต่ออาการปวดเข้าของกลุ่มผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาล ตำบลดอนตาล อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหารโดยทำการพอกเข้าด้วยสมุนไพรสดฤทธิ์เย็น 6 ชนิด ต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง พบว่าหลังการพอกสมุนไพรฤทธิ์เย็นเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ระดับอาการเจ็บปวดข้อเข้า อาการ ข้อเข้าติดแข็ง และความสามารถในการทำหน้าที่และการเคลื่อนไหวข้อเข้า มีความแตกต่างจากก่อน การพอกเข้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสรุป การพอกเข้าด้วยสมุนไพรฤทธิ์เย็นสามารถเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการบำบัดและบรรเทาอาการปวดเข้าในผู้สูงอายุได้

3) ประสิทธิภาพการใช้ผลิตภัณฑ์แผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเข้า โดยการแปะบนเข้าข้างที่ปวด ทำวันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ติดต่อกัน 3 วัน มีค่าเฉลี่ยของระดับอาการปวดและองศาการเคลื่อนไหวข้อเข้าก่อนและหลังการใช้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าการใช้แผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพรประกอบไปด้วยสมุนไพร ได้แก่ ขมิ้น ไพล เมล็ดพริกไทยดำ ผิวมะกรูด ฟ้าทะลายโจร และเถาว์วัลย์เปรียง ช่วยลดระดับอาการปวดเข้าและเพิ่มองศาการเคลื่อนไหวข้อเข้าได้ (มัทธิดา แบนจันทร์ และคณะ , 2561) กล่าวว่า การศึกษาการพัฒนาพอกเข้าในรูปแบบแผ่นแปะสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข้าเสื่อมที่มารับบริการโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี ก่อนและหลังการใช้ผลิตภัณฑ์ยาพอกเข้าในรูปแบบแผ่นแปะ พบว่าระดับอาการปวดเข้าก่อนและหลังการใช้ยาพอกเข้าในรูปแบบแผ่นแปะแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการเปรียบเทียบระดับอาการปวดเข้าและองศาการเคลื่อนไหวข้อเข้า ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการใช้ผลิตภัณฑ์บรรเทาอาการปวดเข้า พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากตำรับยาพอกเข้าสูตรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแม่นางได้นำมาทดสอบใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่

เป็นกลุ่มควบคุม จะใช้ยาพอกเข้าในรูปแบบเดิมและกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองจะใช้ยาพอกเข้าในรูปแบบแผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพร ซึ่งสมุนไพรที่นำมาใช้เป็นสมุนไพรชนิดเดียวกันมีสรรพคุณและการออกฤทธิ์เหมือนกันต่างกันที่รูปแบบการใช้งานแสดงว่าผลิตภัณฑ์ยาพอกเข้าในรูปแบบแผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพรสามารถนำไปใช้แทนผลิตภัณฑ์ยาพอกเข้าในรูปแบบเดิมได้เพื่อความสะดวกต่อการใช้งานที่สำคัญผู้มารับบริการสามารถนำกลับไปใช้งานได้ที่บ้าน และ (เจษฎา อุดมพิทยาสรรพ์, 2561) กล่าวว่า การศึกษาการเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการพอกเข้าด้วยตำรับยาพอกสูตรที่ 1 กับยาพอกสูตรที่ 2 ต่ออาการปวดเข่า ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลบางใหญ่ อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี พบว่า ระดับความพึงพอใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการใช้ผลิตภัณฑ์บรรเทาอาการปวดเข่า มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยระดับความพึงพอใจของกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยหลังการใช้เท่ากับ 4.24 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยหลังการใช้เท่ากับ 4.80 เนื่องจากยาพอกเข้าในรูปแบบแผ่นแปะไฮโดรเจลมีความสะดวกต่อการใช้งาน สามารถบรรเทาอาการปวดเข่าได้ ไม่เหนียวเหนอะหนะ ไม่ระคายเคืองต่อผิวหนัง อีกทั้งผู้มารับบริการสามารถนำกลับไปใช้เองได้ที่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์ที่สามารถลดอาการปวดเข่าในรูปแบบที่หลากหลายและมีความเหมาะสมกับตำแหน่งของระบบโครงสร้างของเข่าให้มีขนาดที่ใหญ่คลุมเข่าได้
2. ควรพัฒนาแผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพรให้สามารถใช้ได้ในระยะเวลายาวนานขึ้น โดยยังให้คงรูปของผลิตภัณฑ์นั้นอยู่
3. ควรมีการทดสอบฤทธิ์การปลดปล่อยของแผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพรเพื่อดูสมุนไพรสามารถออกฤทธิ์ผ่านแผ่นแปะไฮโดรเจลได้หรือไม่

References

- Thai traditional medicine, folk medicine and alternative medicine in the 3 rd Health Area. (2018). *Thai Traditional Medicine Practice Guidelines*. Retrieved 1, 2020, from http://www.ppho.go.th/webppho/dl_strat/F20181018140227.pdf. (in Thai)
- Kaenkua Navabunniyom. (2017). *Effect of cold herbal paste on knee pain among elderly people in Don Tan Municipality, Don Tan District, Mukdahan Province*. (Thesis Master of Public Health). Surin: Surin Rajabhat University. (in Thai)
- National Committee on Medicine. (2006). List of Medicinal Herbs 2006. Bangkok: Printing house.Jetsada Udompittayasan, Winai Sowan, Warayut Katawong, Natsuda Kaewwises, and Isara Siramaneerat. (2019). A Comparative Study on the Effectiveness of Knee Wraps with a Knee Poultice Formula. No. 1 with knee mask formula 2 on knee pain and knee mobility in patients with osteoarthritis of Bang Yai Hospital, Bang Yai District, Nonthaburi Province. *University Journal Narathiwat Ratchanakarin*, 11(1), 64-72. (in Thai)
- Darane Onchomchan. (2011). Propose the use of Thai wisdom. Alternative treatment for osteoarthritis of the knee by reducing drug dependence: *village doctor*, 2011 (384), 384-006. (in Thai)
- Thuen Buatum, Somrutai Jitphakdeebody and Amrawadee Zhangwang. (2006). *Development study of cosmetic dermal patch from pectin*. Songkhla:Prince of Songkla University. (in Thai)
- Nongphimon Nimitanan. (2014). Epidemiological situation and risk assessment of osteoarthritis in Thai people. *Journal of Army Nursing*, 15 (3), 185-194. (in Thai)
- Paweena Tanglertwittha. (2012). *Development of a temperature-changing skin patch for relief of bruises*. (Doctor of Fine Arts Thesis). Bangkok:Chulalongkorn University.
- Mithila Panchan and Kewelin Ritmontri. (2018). Development of a knee mask in the form of a patch for osteoarthritis patients receiving services. The 17th Patriarch Hospital. Nonthaburi: College of Medical Technology and Public Health Kanchanaphisek. (in Thai)
- Wirot Kawinwongkowitz. (2015). Osteoarthritis of the knee. Retrieved June 1, 2020, from <https://www.rama.mahidol.ac.th/atrama/issue021/health-station>. (in Thai)
- Wilawan Sairojrun. (2010). *Research items on Effects of hot and cold compresses on pain relief during labor*. Bangkok: Srinakharinwirot University. (in Thai)
- Suphanit Jungyampin. (2017). *Development of gelatin mixed with shellac for use as transdermal galic acid patch*. (Master of Engineering Thesis). Bangkok: Rajamangala University of Technology Thanyaburi. (in Thai)
- The Royal College of Orthopedic Surgeons of Thailand. (2010). WOMACVA 3.01 Index for Thailand. copyright©2006 Nicholas Bellamy.All Reserved. Accessible from http://www.rcostregistration-master.com/rost_conten.php?slug=announce

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: Feb. 20,2021

Accepted: Oct. 20,2021

Published: Nov. 15,2021

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ในจังหวัดปัตตานี
Factors Affecting to Perception of Risk for Pregnant Women in
Pattani Province

โซฟียะห์ เกะรา¹, นูริน ดือเร๊ะ^{1*}, รัชณี เทียมแก้ว²

¹ สาขาวิชาคณิตศาสตร์และวิทยาการคอมพิวเตอร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ² กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดปัตตานี
Sofeeyah Kehra¹, Nurin Dureh^{1*}, Ratchanee TeamKaew²

¹ Department of Mathematics and Computer Sciences, Faculty of Science and
Technology, Prince of Songkla University ² Health Promotion Subdivision, Provincial
Public Health, Pattani Province

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์และปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ในจังหวัดปัตตานี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลทั้งหมด 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลยะรัง โรงพยาบาลยะหริ่ง โรงพยาบาลหนองจิก โรงพยาบาลโคกโพธิ์ โรงพยาบาลปัตตานี และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสายบุรี จำนวนทั้งหมด 210 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ จำนวน ร้อยละ การทดสอบความสัมพันธ์รายคู่โดยใช้ไคสแควร์ (Chi-squared test) และสร้างตัวแบบโดยใช้สมการ การถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple Logistic Regression)

ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่ทราบถึงภาวะเสี่ยงของตนเอง ร้อยละ 52.38 และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่ไม่ทราบถึงภาวะเสี่ยงของตนเองร้อยละ 47.62 จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple Logistic Regression) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ในจังหวัดปัตตานี ได้แก่ กลุ่มอายุของมารดา และจำนวนครั้งการตั้งครรภ์ โดยพบว่า กลุ่มมารดาที่มีอายุมากกว่า 35 ปี มีโอกาสที่จะมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของตนเองได้มากกว่ากลุ่มมารดาที่มีอายุน้อยกว่า และมารดาที่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ตั้งแต่ครั้งที่ 4 ขึ้นไป มีโอกาสที่จะรับรู้ภาวะเสี่ยงสูงกว่ามารดาที่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์น้อยกว่า ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

คำสำคัญ: ภาวะครรภ์เสี่ยง, สาเหตุการเสียชีวิต, การรับรู้ภาวะเสี่ยง

*Corresponding author's นูริน ดือเร๊ะ E-mail: dnurin@gmail.com

Original article

Abstract

Received: Feb. 20,2021

Accepted: Oct. 20,2021

Published: Nov. 15,2021

This study aims to identify the perception of risk for pregnant woman, and to investigate the association between factors and the risk perception for pregnant woman in Pattani province. The sample in this study were 210 pregnant woman who were at risk, and visited the antenatal care unit in these 6 hospitals namely: Yarang hospital, Yaring hospital, Nong Chik hospital, Khok pho hospital, Pattani hospital and Saiburi hospital. The data was collected using questionnaires. The descriptive statistics (frequency, percentage), chi-square test, and multiple logistic regression were used for statistical analysis. The results found that the pregnant woman who perceived their risk were 52.38 percent, while 47.62 percent felt otherwise.

The multiple logistic regression model revealed that the factors which affected risk perception for the pregnant woman in Pattani province included age of women and parity (the number of pregnancy). The mothers with age older than 35 years old were more likely to perceive their risk than younger mothers. The mothers with their fourth or higher pregnancy were more likely to perceive their risk than the mother with a lower number of pregnancy ($p<0.05$).

Keywords: Pregnancy risk, Cause of death, Risk perception

*Corresponding author's Nurin Dureh E-mail: dnurin@gmail.com

บทนำ

เนื่องจากอัตราการตายของมารดา เป็นหนึ่งในเครื่องมือที่บ่งชี้ด้านสุขภาพอนามัยที่สำคัญของประชาชนและถูกใช้เป็นตัวชี้วัดสำคัญของงานอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งในประเทศไทยอัตราส่วนการตายของมารดาได้มีการนำไปใช้เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดหลักทางด้านสาธารณสุข จากรายงานโดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี 2561 อัตราตายของมารดาทั่วประเทศ มีอัตราเป็น 19.9 ต่อแสนการเกิดมีชีวิต (Bureau of Policy and Strategy, 2018)

ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้พบว่า อัตราการตายสูงกว่าเป้าหมายระดับประเทศประมาณ 3 เท่า ผลการดำเนินงานต่ำกว่าเป้าหมายในเกือบทุกตัวชี้วัด จากรายงานโดยเขตบริการสุขภาพที่ 12 ได้รายงานไว้ว่า อัตราตายมารดาปี 2562 ในพื้นที่รับผิดชอบได้แก่ จังหวัดตรัง, พัทลุง, สงขลา, สตูล, ปัตตานี, ยะลา และ นราธิวาส มีอัตราตายมารดาเท่ากับ 32.8, 25.1, 5.7, 81.3, 83.9, 47.9 และ 50.25 ตามลำดับ (Regional Health Promotion Center 12 Yala, 2019) จากอัตราตายมารดานี้ พบว่ามีสาเหตุการตายโดยตรง คิดเป็นร้อยละ 46.5 อันเกิดจาก ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ, ภาวะตกเลือดหลังคลอด, ภาวะความดันโลหิตสูงในระยะตั้งครรภ์, ตกเลือดและติดเชื้อร่วมด้วย, ตั้งครรภ์นอกมดลูก และ ภาวะครรภ์เป็นพิษ และในส่วนของสาเหตุการตายโดยอ้อมพบว่ามีจำนวนคิดเป็นร้อยละ 35.7 ซึ่งเกิดจากการมีโรคทางอายุรกรรม, ไข้เลือดออก และ ภาวะเลือดคั่งในสมอง (Phattanaphisansak, 2018; Regional Health Promotion Center 12 Yala, 2019) มีเพียงน้อยรายที่น่าจะเป็นเหตุสุวิสัย ซึ่งเกิดจากวิถีชีวิต ความเชื่อ ศาสนา และวัฒนธรรมที่เป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานปฏิบัติของหญิงตั้งครรภ์แต่ยังไม่ได้เห็นความสำคัญว่าเป็นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมสุขภาพ (Puteh, Raksamat, & Siramaneerat, 2018; Leangpunsakul, Sornboot, & Sithisarankul, 2015) ซึ่งเมื่อพิจารณาเหตุปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตของมารดา จะพบว่า เหตุเหล่านั้นคือปัจจัยเสี่ยงในการตั้งครรภ์ที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์และการคลอด ส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตของมารดาเพิ่มขึ้น ซึ่งมีรายงานผลจากหลายการศึกษาว่า ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เหล่านี้อาจจะมาจากปัจจัยทางด้านประวัติส่วนบุคคลของมารดา เช่น อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา ที่อยู่อาศัย และรวมถึงสิทธิการรักษา หรือปัจจัยเสี่ยงด้านประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน ได้แก่ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์และการคลอด, จำนวนครั้งการฝากครรภ์ (เกณฑ์มาตรฐาน 4 ครั้ง) ปัจจัยเสี่ยงด้านการดูแลครรภ์ ได้แก่ ภาวะโรคเลือดจาง นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยเสี่ยงด้านความเจ็บป่วย/ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการตั้งครรภ์ เป็นอีกหนึ่งสาเหตุที่ส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตของมารดาหรือทารกในครรภ์ ดังการศึกษาของ Tangtongpet (2007) ที่พบว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ, เบาหวานขณะตั้งครรภ์ หรือภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมอื่น เป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องได้รับการดูแลระหว่างฝากครรภ์เป็นพิเศษ ดังนั้น การรับรู้สภาวะอาการของหญิงตั้งครรภ์จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นจะต้องมีการเฝ้าระวังและให้ความรู้ เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันหรือลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาหรือทารกในครรภ์

การศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ จากหลากหลายการศึกษา ได้ระบุไว้ว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์มีความแตกต่างกันในหลายปัจจัย เช่น กลุ่มอายุ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยหรือในกลุ่มแม่วัยรุ่นจะมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงที่น้อยและรวมถึงความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเองก็มีน้อย ไม่สามารถทำตามคำแนะนำของแพทย์ได้อย่างสม่ำเสมอ (Polprasarn, Chareonsanti, & Sriarporn., (2019); Sanmongkol, 2016) แต่ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีสภาวะการมีโรคประจำตัว จะมีคะแนนการรับรู้ภาวะเสี่ยงค่อนข้างสูง ทำให้พวกเขาสามารถที่จะปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ดี (Jittrapirom, Chareonsanti, & Sriarporn, 2014) นอกจากนี้จากการศึกษาโดย (Kaewpoung, Deoisres, & Suppaseemanont, 2018) ได้ระบุไว้ว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ของสตรีมีครรภ์มากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Janz, & Becker, 1984 อ้างถึงใน Kaewpoung et al, 2018) ที่อธิบายว่าการรับรู้

ของบุคคลจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ และการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย บุคคลนั้นจะต้องเชื่อว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และโรคนั้นมีความรุนแรงต่อชีวิตและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น การศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์จึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจ โดยเฉพาะในเขตพื้นที่ที่มีอัตราการตายมารดาสูง เพราะจะนำมาซึ่งข้อมูลในการส่งเสริมหรือจัดแนวทางที่จะทำให้อายุครรภ์ได้ตระหนักถึงภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งอันจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ลดอัตราการตายชีวิตที่เกิดขึ้นอยู่ในปัจจุบันได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ในจังหวัดปัตตานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ในจังหวัดปัตตานี

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ผ่านการคัดกรองภาวะเสี่ยงในขณะตั้งครรภ์จากโรงพยาบาลที่มาฝากครรภ์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีกำหนดคลอดในเดือน มกราคม – เมษายน 2563 ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลทั้งหมด 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลยะรัง โรงพยาบาลยะหริ่ง โรงพยาบาลหนองจิก โรงพยาบาลโคกโพธิ์ โรงพยาบาลปัตตานี และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสายบุรี จังหวัดปัตตานี ในการกำหนดขนาดตัวอย่างคำนวณด้วยสูตร การประมาณสัดส่วนสำหรับ 2 กลุ่มประชากร ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ $\pm 10\%$ (Khaimook, 2003) โดยสัดส่วนของคนที่รับรู้ภาวะเสี่ยงในกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 มีค่าเท่ากับ 0.6 และ 0.8 ตามลำดับ ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำเป็น 176 ตัวอย่าง ทั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามจำนวนทั้งสิ้น 210 คน เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายหรือแบบสอบถามไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ซึ่งจะอาจจะส่งผลต่อในขั้นของการวิเคราะห์ข้อมูล การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งมีหลักเกณฑ์พิจารณา ดังนี้ คือ เป็นหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงที่มีกำหนดคลอดในเดือนมกราคม – เมษายน 2563 และเข้าใช้บริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลที่ได้ระบุไว้แล้วในตอนต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามแบบมีโครงสร้างที่สร้างขึ้นเอง โดยอาศัยข้อมูลพื้นฐานจากแนวทางการดูแลผู้ป่วยทางสูติกรรม จังหวัดปัตตานี (Maternal and Child Health Service Network, 2019) และปรับปรุงเพิ่มเติมเพื่อให้สอดคล้องกับข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุมารดา อายุครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งในการฝากครรภ์ปัจจุบัน ภูมิภาค อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะหรืออาการต่างๆ โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามระบุคำตอบ 1 จาก 3 ตัวเลือก คือ มี, ไม่มี, และไม่ทราบ ซึ่งแบ่งออกเป็นสองส่วนย่อยคือ ส่วนของประวัติการตั้งครรภ์ จำนวน 4 ข้อ และส่วนของสภาวะการตั้งครรภ์ปัจจุบัน จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 3 ช่องทาง/วิธีการของการรับรู้ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วยข้อคำถามที่ให้ผู้ตอบแบบสอบถาม ประเมินตนเองว่า ตนเองทราบหรือไม่ว่ามีภาวะ

เสี่ยง (ทราบ, ไม่ทราบ) ท่านมีภาวะเสี่ยงอะไร ทราบภาวะเสี่ยงได้อย่างไร ปฏิบัติตัวอย่างไรเพื่อลด/ป้องกันภาวะเสี่ยง การรับรู้ภาวะเสี่ยงของท่านมีผลต่อความปลอดภัยในขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดหรือไม่ เป็นต้น

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านในการตรวจสอบความเหมาะสมและความตรงเชิงเนื้อหา และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกันกลุ่มตัวอย่างจากหน่วยบริการสุขภาพอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ในโรงพยาบาลที่ระบุไว้ในพื้นที่ที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 30 ราย จากนั้นคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.8

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ มีขั้นตอนโดยสรุป ดังนี้

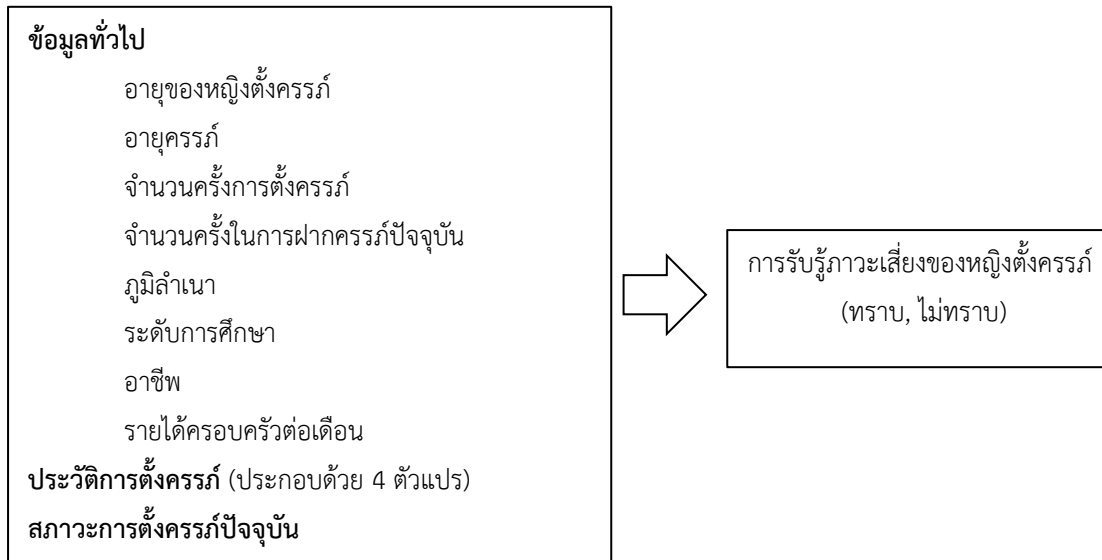
- 1) ประชุมทีมงาน/ผู้เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนในการเก็บข้อมูล
- 2) ทำหนังสือแจ้งโรงพยาบาลที่จะลงเก็บข้อมูล ได้แก่ โรงพยาบาลปัตตานี โรงพยาบาลยะรัง โรงพยาบาลยะหริ่ง โรงพยาบาลหนองจิก โรงพยาบาลโคกโพธิ์ และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสายบุรี
- 3) ประสานงานหัวหน้าแผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลเป้าหมาย
- 4) ลงเก็บข้อมูลตามแผนที่วางไว้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โดยการศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลปัตตานี ด้วยหมายเลขรับรอง 008/2563 ลงวันที่ 18 มีนาคม 2563 โดยผู้วิจัยในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะทำการแนะนำตัว พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูลและรวมทั้งขอความร่วมมือ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจในการให้ข้อมูลด้วยตนเอง หากต้องการสิ้นสุดการให้ข้อมูล สามารถกระทำได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบ และข้อมูลที่ได้ถือเป็นความลับ การวิเคราะห์ข้อมูลและการเผยแพร่ข้อมูล ผู้วิจัยทำเพื่อประโยชน์ทางวิชาการโดยเผยแพร่ในภาพรวมเท่านั้นไม่มีการระบุชื่อหรือแหล่งที่มาของข้อมูล

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ดังนั้น ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาจึงประกอบด้วยตัวแปรตาม คือ การรับรู้ภาวะเสี่ยงในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ซึ่งเป็นข้อมูลประเภทกลุ่มที่มีสองกลุ่ม คือ ทราบและไม่ทราบ และชุดของตัวแปรอิสระ อันประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล และสภาวะการตั้งครรภ์ ดังแสดงไว้ในแผนภาพที่ 1



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ใช้สถิติพื้นฐาน เช่น ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ ร้อยละ สำหรับการวิเคราะห์พรรณนาเพื่อดูข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างและใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test) หรือการทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher Exact Test) เพื่อดูความสัมพันธ์รายคู่ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม

หลังจากนั้น จะทำการสร้างตัวแบบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ และการรับรู้ภาวะเสี่ยงโดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple Logistic Regression) ซึ่งมีรูปแบบสมการ ดังนี้

$$\text{logit}(p_i) = \beta_0 + \sum_{j=1}^k \beta_j x_{ij} \quad (1)$$

เมื่อ p_i แทน ความน่าจะเป็นของการเกิดเหตุการณ์ที่สนใจ, β_0 แทน ค่าคงที่, β_j แทน ค่าสัมประสิทธิ์สมการถดถอย และ x_{ij} แทน ตัวแปรอิสระ (Vanichbuncha, 2006)

ในการวิเคราะห์โดยใช้สมการถดถอยโลจิสติกพหุคูณ ใช้หลักการคัดเลือกตัวแปรอิสระเข้าสู่สมการด้วยวิธีเลือกแบบถอยหลัง (Backward selection) ซึ่งเป็นวิธีที่นำตัวแปรอิสระทั้งหมดเข้าสมการพร้อมกันก่อนจากนั้นพิจารณาตัวแปรอิสระที่อธิบายความผันแปรของตัวแปรตามได้น้อยที่สุดออกจากสมการก่อน โดยพิจารณาจากค่า p-value จาก Wald's test ที่มากกว่า 0.05 ขึ้นไป ทำเช่นนี้ไปเรื่อยๆ จนกระทั่งเหลือตัวแปรอิสระที่สามารถอธิบายความผันแปรของตัวแปรตามได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อได้ตัวแบบที่เหมาะสมแล้ว การอธิบายความหมายของตัวแบบ สามารถอธิบายได้โดยใช้ค่าสถิติ Odds Ratios (OR) โดยกรณีที่ตัวแบบมีหลายตัวแปร เราสามารถอธิบายได้จากค่า Adjusted Odds Ratio (OR_{adj}) แทน Crude Odds Ratios เนื่องจากการปรับอิทธิพลของตัวแปรอิสระแต่ละตัวที่อยู่ในตัวแบบ โดยกรณีค่า OR_{adj} มีค่ามากกว่า 1 จะอธิบายได้ว่ากลุ่มของตัวแปรหรือปัจจัยนั้นมีโอกาสที่จะมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มที่เป็นกลุ่มอ้างอิง เป็นต้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะการรับรู้ที่ตนเองอยู่ในภาวะเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 52.38 และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ทราบว่าตนเองอยู่ในกลุ่มเสี่ยง มีอยู่ร้อยละ 47.62 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ตารางที่ 1) โดยในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 52.10 มีอายุครรภ์ที่อยู่ในไตรมาสที่ 3 จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 47.6 มีจำนวนครั้งการตั้งครรภ์ 1-3 ครั้ง จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 56.7 มีจำนวนครั้งในการฝากครรภ์ปัจจุบัน 1-3 ครั้ง จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 56.8 มีภูมิลำเนาเขตพื้นที่ 3 (อำเภอปะนาเระ อำเภอสายบุรี อำเภอไม้แก่น อำเภอกะป้อ และอำเภอยะหริ่ง) จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 63.5 มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 49.1 มีอาชีพแม่บ้าน จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 53.0 รายได้ครอบครัวต่อเดือน ต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 61.8

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของการรับรู้ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง (n=210)

ตัวแปรตาม	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ภาวะเสี่ยง		
ทราบ	110	52.38
ไม่ทราบ	100	47.62

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายคู่ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า มีตัวแปรอายุของมารดา จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ ภูมิลำเนา และรายได้ครอบครัวเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (ตารางที่ 2) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับประวัติการตั้งครรภ์และสถานะการตั้งครรภ์ปัจจุบันกับการรับรู้ภาวะเสี่ยง ดังรายละเอียดที่แสดงในตารางที่ 3 และ ตารางที่ 4 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์รายคู่ระหว่างตัวแปรอิสระและการรับรู้ภาวะเสี่ยง

ตัวแปรอิสระ	การรับรู้ภาวะเสี่ยง		χ^2	P-value
	ไม่ทราบ (100)	ทราบ (110)		
กลุ่มอายุ			15.15	< 0.001***
10-20 ปี	14 (14.0)	2 (1.8)		
21-35 ปี	72 (72.0)	77 (70.0)		
36 ปีขึ้นไป	14 (14.0)	31 (28.2)		
อายุครรภ์			0.04	0.968
ไตรมาสที่ 1	7 (7.0)	7 (6.4)		
ไตรมาสที่ 2	43 (43.0)	48 (43.6)		
ไตรมาสที่ 3	50 (50.0)	55 (50.0)		

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์รายคู่ระหว่างตัวแปรอิสระและการรับรู้ภาวะเสี่ยง (ต่อ)

ตัวแปรอิสระ	การรับรู้ภาวะเสี่ยง		χ^2	P-value
	ไม่ทราบ (100)	ทราบ (110)		
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์			13.07	<0.001***
1-3 ครั้ง	79 (79.0)	61 (55.5)		
4 ครั้งขึ้นไป	21 (21.0)	49 (44.5)		
เคยมีประวัติภาวะตกเลือดหลังคลอด (PPH) ในครรภ์ก่อน			2.61	0.106
มี	3 (3.0)	9 (8.2)		
ไม่มี	97 (97.0)	101 (91.8)		
เคยเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในครรภ์ก่อน			0	0.962
มี	8 (8.0)	9 (8.2)		
ไม่มี	92 (92.0)	101 (91.8)		
จำนวนครั้งในการฝากครรภ์ปัจจุบัน			4.75	0.093
1-3 ครั้ง	46 (46.0)	35 (31.8)		
4-5 ครั้ง	25 (25.0)	31 (28.2)		
6 ครั้งขึ้นไป	29 (29.0)	44 (40.0)		
ภูมิลาเนา			9.40	0.024*
เขตพื้นที่ 1 (ทิศเหนือ)	15 (15.0)	21 (19.1)		
เขตพื้นที่ 2 (ทิศตะวันออก)	27 (27.0)	43 (39.1)		
เขตพื้นที่ 3 (ทิศตะวันตก)	40 (40.0)	23 (20.9)		
เขตพื้นที่ 4 (ทิศใต้)	18 (18.0)	23 (20.9)		
ระดับการศึกษา			0.54	0.461
ต่ำกว่าปริญญาตรี	78 (78.0)	81 (73.6)		
ปริญญาตรีขึ้นไป	22 (22.0)	29 (26.4)		

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์รายคู่ระหว่างตัวแปรอิสระและการรับรู้ภาวะเสี่ยง (ต่อ)

ตัวแปรอิสระ	การรับรู้ภาวะเสี่ยง		χ^2	P-value
	ไม่ทราบ (100)	ทราบ (110)		
อาชีพ			3.21	0.668
รับจ้างทั่วไป	16 (16.0)	22 (20.0)		
ข้าราชการ	5 (5.0)	5 (4.5)		
แม่บ้าน	53 (53.0)	47 (42.7)		
ลูกจ้างประจำ	12 (12.0)	16 (14.5)		
ค้าขาย	7 (7.0)	7 (6.4)		
อื่น ๆ	7 (7.0)	13 (11.8)		
รายได้ครอบครัวต่อเดือน			8.77	0.033*
ต่ำกว่า 5,000 บาท	42 (42.0)	26 (23.6)		
5,001 – 7,000 บาท	27 (27.0)	40 (36.4)		
7,001 – 10,000 บาท	16 (16.0)	27 (24.5)		
มากกว่า 10,000 บาท	15 (15.0)	17 (15.5)		

*(p < 0.05), **(p < .01), ***(p < .001)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์รายคู่ระหว่างประวัติการตั้งครรภ์และการรับรู้ภาวะเสี่ยง

ตัวแปรอิสระ	การรับรู้ภาวะเสี่ยง		ค่าสถิติ	P-value
	ไม่ทราบ (100)	ทราบ (110)		
เคยรับการรักษา หรือได้รับการวินิจฉัยหรือสงสัยว่าเป็นโรคหัวใจก่อนการตั้งครรภ์			Fisher's exact test	1.000
มี	1 (1.0)	2 (1.8)		
ไม่มี	99 (99.0)	108 (98.2)		
เคยมีประวัติการรักษาความดันโลหิตสูงก่อนตั้งครรภ์			Fisher's exact test	0.215
มี	1 (1.0)	5 (4.5)		
ไม่มี	99 (99.0)	105 (95.5)		
เคยคลอดบุตรน้ำหนัก ≥ 4000 กรัม			$\chi^2 = 0.04$	0.832
มี	9 (9.0)	9 (8.2)		
ไม่มี	91 (91.0)	101 (91.8)		

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์รายคู่ระหว่างประวัติการตั้งครรภ์และการรับรู้ภาวะเสี่ยง (ต่อ)

ตัวแปรอิสระ	การรับรู้ภาวะเสี่ยง		ค่าสถิติ	P-value
	ไม่ทราบ (100)	ทราบ (100)		
เคยมีทารกเสียชีวิต	5 (5.0)	12 (10.9)	$\chi^2 = 2.46$	0.117
ในครรภ์ / พิการ	95 (95.0)	98 (89.1)		
ตั้งแต่กำเนิด				
มี				
ไม่มี				

*(p < 0.05), ** (p < .01), *** (p < .001)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์รายคู่ระหว่างสถานะการตั้งครรภ์ปัจจุบันและการรับรู้ภาวะเสี่ยง

ตัวแปรอิสระ	การรับรู้ภาวะเสี่ยง		ค่าสถิติ	P-value
	ไม่ทราบ (100)	ทราบ (110)		
มีภาวะโลหิตจาง (ค่าฮีมาโตคริต : (Hct $\leq$ 33%)			$\chi^2 = 0.02$	0.898
มี	31 (31.0)	35 (31.8)		
ไม่มี	69 (69.0)	75 (68.2)		
มีความดันโลหิตสูง			$\chi^2 = 1.58$	0.209
มี	4 (4.0)	9 (8.2)		
ไม่มี	96 (96.0)	101 (91.8)		
มีการตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ			$\chi^2 = 0.44$	0.505
มี	9 (9.0)	13 (11.8)		
ไม่มี	91 (91.0)	97 (88.2)		
มีความดันตัวบน Systolic $\geq$ 140 mm.Hg (วัดสองครั้งห่างกัน 15-20 นาที)			Fisher's exact test	0.122
มี	1 (1.0)	6 (5.5)		
ไม่มี	99 (99.0)	104 (94.5)		
มีความดันตัวล่าง Diastolic $\geq$ 90 mm.Hg (วัดสองครั้งห่างกัน 15-20 นาที)			$\chi^2 = 1.32$	0.250
มี	5 (5.0)	10 (9.1)		
ไม่มี	95 (95.0)	100 (90.9)		

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์รายคู่ระหว่างสภาวะการตั้งครรภ์ปัจจุบันและการรับรู้ภาวะเสี่ยง (ต่อ)

ตัวแปรอิสระ	การรับรู้ภาวะเสี่ยง		ค่าสถิติ	P-value
	ไม่ทราบ(100)	ทราบ (100)		
รกเกาะต่ำ			$\chi^2=0.66$	0.416
มี	10 (10.0)	15 (13.6)		
ไม่มี	90 (90.0)	95 (86.4)		
ทำเด็กผิดปกติ หรือ ครรภ์แฝด			Fisher's exact test	0.449
มี	2 (2.0)	5 (4.5)		
ไม่มี	98 (98.0)	105 (95.5)		
มีอาการเหนื่อยง่าย			$\chi^2=0.06$	0.802
มี	51 (51.0)	58 (52.7)		
ไม่มี	49 (49.0)	52 (47.3)		
มีอัตราการหายใจ (RR) > 24 ครั้งต่อนาที			$\chi^2=0.97$	0.324
มี	7 (7.0)	12 (10.9)		
ไม่มี	93 (93.0)	98 (89.1)		
มีอาการใจสั่น			$\chi^2=2.35$	0.125
มี	16 (16.0)	27 (24.5)		
ไม่มี	84 (84.0)	83 (75.5)		
ชีพจรเต้นเร็ว ≥ 110 ครั้งต่อนาที			$\chi^2=0.22$	0.640
มี	13 (13.0)	12 (10.9)		
ไม่มี	87 (87.0)	98 (89.1)		
มีเหงื่อออกมาก			$\chi^2=0.09$	0.770
มี	16 (16.0)	16 (14.5)		
ไม่มี	8 (84.0)	94 (85.5)		
มีพฤติกรรมทานบอยแต่น้ำหนักขึ้นน้อย			$\chi^2=1.45$	0.228
มี	26 (26.0)	37 (33.6)		
ไม่มี	74 (74.0)	73 (66.4)		
นอนราบไม่ได้ หนุนหมอน 2 ใบขึ้นไป			$\chi^2=2.75$	0.097
มี	38 (38.0)	30 (27.3)		
ไม่มี	62 (62.0)	80 (72.7)		

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์รายคู่ระหว่างสภาวะการตั้งครรภ์ปัจจุบันและการรับรู้ภาวะเสี่ยง (ต่อ)

ตัวแปรอิสระ	การรับรู้ภาวะเสี่ยง		ค่าสถิติ	P-value
	ไม่ทราบ(100)	ทราบ(100)		
คอโต มีก้อนที่คอ ต่อมไทรอยด์โต			Fisher's	1.000
ผิดปกติ	1 (1.0)	2 (1.8)	exact test	
มี	99 (99.0)	108 (98.2)		
ไม่มี				
มีอาการคลื่นไส้อาเจียนมากกว่า			$\chi^2=0.21$	0.645
ปกติ	11 (11.0)	10 (9.1)		
มี	89 (89.0)	100 (90.9)		
ไม่มี				

*(p < 0.05), **(p < .01), ***(p < .001)

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระต่างๆ กับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์โดยใช้ตัวแบบสมการถดถอยโลจิสติกพหุคูณ พบว่า มีเพียงกลุ่มอายุและจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์เท่านั้นที่มีส่งผลต่อภาวะการรับรู้ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งจากตัวแบบนี้ สามารถอธิบายได้ว่า หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงที่มีอายุอยู่ในช่วง 21-35 ปี และ 36 ปีขึ้นไป มีโอกาสที่จะรับรู้ภาวะเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีอยู่ประมาณ 6.17 และ 8.32 เท่า ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาตัวแปรจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์จะพบว่า หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงที่มีจำนวนครั้งการตั้งครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไป มีโอกาสที่จะรับรู้ภาวะเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีจำนวนครั้งการตั้งครรภ์ 1-3 ครั้งประมาณ 2.42 เท่า ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ตัวแบบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและการรับรู้ภาวะเสี่ยงโดยใช้ตัวแบบการถดถอยโลจิสติก

ตัวแปรอิสระ	b	SE	OR (95%CI)	OR _{adj} (95%CI)	P-value
กลุ่มอายุ					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	Ref.		Ref.	Ref.	
21-35 ปี	1.82	0.78	7.59 (1.67,34.58)	6.17 (1.34,28.36)	0.019
36 ปีขึ้นไป	2.16	0.86	15.5 (3.1,77.58)	8.32 (1.55,44.67)	0.012
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์					
1-3 ครั้ง	Ref.		Ref.	Ref.	
4 ครั้งขึ้นไป	0.82	0.35	3.17 (1.71,5.89)	2.42 (1.22,4.81)	0.012

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ ได้แสดงให้เห็นว่า ในกลุ่มของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง มีจำนวนไม่น้อยที่ยังไม่ทราบว่าเป็นตนเองอยู่ในภาวะเสี่ยง ซึ่งจากผลการศึกษาจะพบว่ามีถึงร้อยละ 46.7 นับว่าเป็นจำนวนที่ค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จากวัตถุประสงค์หลักของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ เพื่อศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง เพื่อผลที่ได้จะสามารถเป็นข้อมูลในการคัดกรองและเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงดังกล่าว ไม่ให้เกิดอันตรายหรือเกิดภาวะมารดาและทารกเสียชีวิตในขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอดให้ลดน้อยลง เนื่องจากการรับรู้ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์จะส่งผลต่อพฤติกรรมในการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์และขณะตั้งครรภ์ และนอกจากนี้ยังพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงจะมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่ำ และหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพทั้งก่อนและขณะตั้งครรภ์ดีกว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่ำอีกด้วย (Kaewpoung et al., 2018) จากผลการศึกษาในครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า มาตรการการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง การให้ความรู้ สร้างความตระหนักถึงผลที่อาจจะได้รับการเป็น ผู้มีภาวะเสี่ยงจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการดำเนินการอย่างเร่งด่วนและทั่วถึง เพราะอาจจะทำให้ลดโอกาสที่เกิดการเสียชีวิตของมารดาและทารกในระหว่างคลอดได้

อายุของมารดามีผลต่อการรับรู้ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ โดยพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากขึ้นมีแนวโน้มที่จะมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของตนเองมากกว่าเมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า อันเนื่องมาจากอายุมารดาที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้เกิดภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ระหว่างการตั้งครรภ์และรวมถึงการเสียชีวิตของมารดา สอดคล้องกับหลักฐานการศึกษาและข้อมูลรายงานจากหน่วยงานสาธารณสุขที่ได้รายงานไว้ว่า ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์อันก่อให้เกิดการตายในมารดานั้น มาจากโรคที่สามารถจัดหาแนวทางการป้องกันได้ อาทิเช่น ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะติดเชื้อ ภาวะตกเลือด และภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือดที่ปอด เป็นต้น ซึ่งภาวะเหล่านี้ อาจจะมีความสัมพันธ์กับอายุของหญิงตั้งครรภ์แรก โดยจากรายงานพบว่าในปี พ.ศ. 2558 ร้อยละ 60 ของมารดาที่เสียชีวิต มีอายุมากกว่า 30 ปี (Institute for Population and Social Research, 2017) นอกจากนี้ จากบทความของ Pangsuan and Srisuphandit (2017) ระบุว่า อายุที่เพิ่มขึ้นของหญิงมีครรภ์ส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกในครรภ์ โดยจะเพิ่มความเสี่ยงในการแท้งบุตรโดยเฉพาะในช่วงอายุครรภ์ 6-14 สัปดาห์ อายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการตั้งครรภ์นอกมดลูกกล่าวคือ หญิงตั้งครรภ์อายุ 35 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงที่จะตั้งครรภ์นอกมดลูกประมาณ 4-8 เท่าเมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์อายุน้อย และมีความชุกของการตั้งครรภ์แฝดเพิ่มขึ้นอีกด้วย ดังนั้น จึงเห็นได้ว่า อายุของหญิงตั้งครรภ์มีผลต่อภาวะเสี่ยง และหญิงที่มีภาวะเสี่ยงมักจะมีความตระหนักในภาวะสุขภาพของตนเองมากกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (Polprasarn, et al., 2019; Sanmongkol, 2016; Jittrapirom, et al., 2014)

จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ พบว่า มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหญิงตั้งครรภ์ที่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป มีโอกาสที่จะรับรู้ภาวะเสี่ยงมากกว่ากลุ่มที่มีจำนวนการตั้งครรภ์น้อยกว่า ทั้งนี้ เนื่องจาก หญิงตั้งครรภ์ที่ตั้งครรภ์ครั้งแรก มักจะมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดปัญหาแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ โดยเฉพาะปัญหาที่เกี่ยวข้องกับน้ำหนักทารกแรกเกิดที่อาจจะมีค่าน้อยกว่า 2,500 กรัม ทั้งนี้ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวอาจจะมีปัจจัยอื่นร่วมด้วย อาทิเช่น อายุของมารดาที่น้อยกว่า 20 ปี และอายุครรภ์เมื่อคลอดน้อยกว่า 37 สัปดาห์ (Sriautharawong, 2019)

ปัจจัยที่ศึกษาในงานวิจัยนี้บางปัจจัยพบว่าไม่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้แก่ จำนวนครั้งในการฝากครรภ์ปัจจุบัน ภูมิภาค ฐานะการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน

ประวัติการตั้งครรภ์ สถานะการตั้งครรภ์ปัจจุบัน ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากในจังหวัดปัตตานี มีสถานบริการสาธารณสุขเพื่อรองรับในการให้บริการประชาชนครอบคลุมในทุกอำเภอและทุกตำบล ในส่วนของการสูติกรรมที่พบว่ามียุติการตายของมารดาสูงขึ้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในการกำหนดให้อัตราการคุมกำเนิดในมารดากลุ่มเสี่ยง เป็นตัวชี้วัดสำคัญ และมีการติดตามผ่านทาง MCH Board ทุกเดือน และมีแผนที่จะพัฒนาเพิ่ม คือ พัฒนา Program Pattani High Risk Pregnancy ให้ครอบคลุมทุกระบวนการการดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างมีประสิทธิภาพ จึง ทำให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขมีมาตรฐานการดูแลการตั้งครรภ์สูงมากขึ้น มีการตรวจคัดกรองมากขึ้นทำให้สามารถทราบความผิดปกติได้เร็วขึ้น และทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงในพื้นที่มีโอกาสรับรู้ความเสี่ยงมากขึ้นกว่าในอดีต ประกอบกับการให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยของสูติแพทย์ พยาบาล จึงทำให้ไม่พบว่าภูมิลำเนาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงของการศึกษา

ปัจจัยในส่วนของการจำนวนครั้งในการฝากครรภ์ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์เช่นเดียวกัน ทั้งนี้อาจจะเนื่องจาก ในปัจจุบันมีการวางแผนครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ สะดวก รวมถึงมีการรณรงค์อย่างต่อเนื่องจึงมีผลทำให้หญิงตั้งครรภ์ มีการตั้งครรภ์เมื่อมีความพร้อมมากขึ้น และทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงจะได้รับการฝากครรภ์เกิน 4 ครั้งตามมาตรฐานตามช่วงอายุครรภ์ที่กำหนดไว้ เพื่อเป็นการประเมินสุขภาพทารกในครรภ์และสุขภาพของมารดาให้ปลอดภัยมากยิ่งขึ้น จึงทำให้ไม่พบว่าจำนวนครั้งในการฝากครรภ์เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงของงานวิจัยนี้

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงทั้งหมด ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประวัติการตั้งครรภ์ หรือสถานะการตั้งครรภ์ปัจจุบันจึงไม่มีความแตกต่างกันมากนัก เนื่องจากเป็นส่วนหนึ่งของข้อคำถามที่ถามเกี่ยวกับสถานะสุขภาพต่าง ๆ ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงอยู่แล้ว อาทิเช่น การมีโรคเบาหวาน การมีโรคความดันโลหิตสูง รกเกาะต่ำ ครรภ์แฝด เคยผ่าตัดคลอด ใจสั่น เหนื่อยออกมาก เป็นต้น ซึ่งในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดต่างมีลักษณะของสถานะการตั้งครรภ์ไม่แตกต่างกัน กล่าวคือ ต่างมีภาวะเสี่ยงไม่อย่างใดอย่างหนึ่ง จึงอาจจะส่งผลให้ไม่สามารถพบความแตกต่างของปัจจัยระหว่างกลุ่มหญิงที่รับรู้ภาวะเสี่ยงและกลุ่มที่ไม่ทราบภาวะเสี่ยงของตนเอง ดังนั้น ผู้วิจัยอาจจะเปลี่ยนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ทั่วไปที่รวมทั้งกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ปกติและกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยง อาจจะทำให้ผลการศึกษาแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ และพบอิทธิพลของปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการรับรู้ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้ ได้แสดงให้เห็นว่า หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อยน้อยกว่า 20 ปี และมีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ 1-3 ครั้ง มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของตนเองน้อย ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลเหล่านี้ ไปใช้ในการจัดวางรูปแบบของการให้ความดูแล หรือการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตัวเองแก่กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้รับบริการได้มากยิ่งขึ้น

References

- Bureau of Health Promotion, Department of, Ministry of Public Health. (2018). *Thailand Maternal Death Rate*. Retrieved December 25, 2019, from, http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi/index/?id=1409&kpi_year=2563 (in Thai)
- Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health (2018). *Public Health Statistics Report*. A.D.2018.
- Institute for Population and Social Research, Mahidol University. (2017). *ThaiHealth 2017: Empowering Vulnerable Populations Creating an Inclusive Society*. Retrived June 25, 2021, from <https://www.hiso.or.th/hiso5/report/report2017E.php>(in Thai)
- Jittrapirom, A., Chareonsanti, J., Sriarporn, P. (2014). Pregnancy Risk Perception, Uncertainty, and Stress among Gestational Diabetic Women. *Nursing Journal*. 41(1): 50-61 (in Thai)
- Kaewpoung, S., Deoisres, W., Suppaseemanont, W. (2018). Influencing of Perception of Pregnancy Risk, Knowledge, and Attitude on Preconception Health Behavior among Pregnant Woman. *The Journal of Faculty of Nursing, Burapha University*. 26(2): 57-66 (in Thai).
- Khaimook, K. (2003). *Fundamental Statistics*. Bangkok (in Thai).
- Laosirithaworn, Y. (n.d). Motheral Death in Thailand. *Thailand Health Situation*. Health Information System Development Office. (2):1-6 (in Thai).
- Leangpunsakul, S., Lillahkul, N., Sornboot, J., Sithisarakul, P. (2015). *Situation and Factors Affected to the Success of Maternal and Child Health in Three Southernmost Provinces*. Retrieved December 30, 2019, from <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4378/maternalhealthcare-srivipa.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (in Thai)
- Maternal and Child Health Service Network, Pattani Provincial Public Health Office. (2019). *Guidelines for Obstetric Patient Care*. (in Thai)
- Pangsuwan, P. and Srisuphandit, K. (2017). *Pregnancy in advanced maternal age*. Obstetrics and Gynecology, Chiang Mai University. Retrived July 1, 2021, from https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/index.php?option=com_content&view=article&id=1388:pregnancy-in-advanced-maternal-age&catid=45&Itemid=561 (in Thai)
- Phattanaphisansak, C. (2018). *Maternal Death from Child Births in Three Southernmost*. Individual study (IS), Health Policy & Straterly Fellowship Training Program, Ministry of Public Health (in Thai).
- Polprasarn, P., Chareonsanti, J., Sriarporn, P. (2019). Pregnancy Risk Perception, Time of Pregnancy Recognition, and First Antenatal Care Visit of Adolescent Pregnant Woman. *Kuakarun Journal of Nursing*. 26(1): 107-120 (in Thai).

- Puteh, S., Raksamat, W., Siramaneerat, I. (2018) Reasons for Choosing Midwife Services of Toh Bee Dae, Yaha District, Yala Province. *Journal of Public Health and Health Sciences*, 1(2): 11-19 (in Thai).
- Regional Health Promotion Center 12 Yala, Ministry of Public Health. (2019). *Maternal Death Rate*. Retrived June 24, 2021, from <https://hpc12yala.anamai.moph.go.th> (in Thai)
- Sanmongkol, S. (2016). Health Perception, Social Support and Self-Care Behaviors among Adolescent Pregnant in Phuket Province. *Region 11 Medical Journal*. 30(2): 105-114 (in Thai).
- Sriautharawong, V. (2019). Factors Related to Complications During Pregnancy of Mothers Who Delivered at Hua Hin Hospital. *Region 4-5 Medical Journal*, 38(2) (in Thai).
- Tangtongpet, O. (2007). Risk Factors for Intrauterine Fetal Death. *Region 6-7 Medical Journal*. 26(3): 253-260 (in Thai).
- Vanichbuncha, K. (2006). *Advanced statistical analysis using SPSS for windows*. (5thed). Bangkok (in Thai).

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: Jan. 17, 2020

Accepted: Oct. 27, 2021

Published: Nov. 15, 2021

บรรยากาศองค์การที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร
ในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้
Organizational Climate Affecting the Staff's Quality of Working
Life in 30-bed Community Hospitals in Three Southern Border
Provinces

ธีรพล เงินมูล¹

โรงพยาบาลหนองจิก จังหวัดปัตตานี²

Teerapon Ngoenmul¹

Nongjik Hospital, Pattani province²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ระดับบรรยากาศองค์การ (2) ระดับคุณภาพชีวิตการทำงาน (3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและบรรยากาศองค์การที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ประชากรคือบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 1,280 คน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 285 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ได้ค่าความตรง (IOC) 0.90 และค่าความเชื่อมั่น โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของคอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของบรรยากาศองค์การ 0.88 และคุณภาพชีวิตการทำงาน 0.80 สถิติที่ใช้คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิธีวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า (1) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ อายุเฉลี่ย 36.74 ปี นับถือศาสนาอิสลาม สมรสแล้ว มีบุตร 2 คน ภูมิลำเนาอยู่ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ รายได้ 20,001 – 30,000 บาท/เดือน ปฏิบัติงานในพื้นที่ 4-11 ปี (2) บรรยากาศองค์การอยู่ในระดับดี (3) ภาพรวมคุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับดี และ (4) ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและบรรยากาศองค์การที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน คือ เพศ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การฝึกอบรมพัฒนา ความมั่นคงของงานขวัญและกำลังใจในการทำงาน การปกป้องตนเองจากความผิดและความยืดหยุ่นในการทำงาน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ : บรรยากาศองค์การ, คุณภาพชีวิตการทำงาน, โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง

Corresponding author: ธีรพล เงินมูล, E-mail: pharmacist2524@gmail.com

Original article

Abstract

Received: Jan. 17,2020

Accepted: Oct. 27,2021

Published: Nov. 15,2021

This descriptive research study aimed to (1) identify personal factors, (2) explore organizational climate, (3) determine levels of quality of working life (QWL), and (4) identify personal factors and organizational climate that affected the QWL of all personnel working at 30-bed community hospitals in three southern border provinces of Thailand. The study involved 285 staff members from community hospitals in the provinces, selected from all 1,280 personnel using the proportional stratified random sampling. Data were collected from questionnaires. The questionnaires' validity value was 0.90. The Cronbach's alpha coefficient for reliability was 0.88 for organizational climate and 0.80 for quality of working life. The statistics used were descriptive statistics (percentage, mean, standard deviation), and multiple regression analysis.

The results showed that: (1) Most of the respondents were married, female, Muslim, and employed registered nurses. Their average age was 36.74 years. On average, respondents had 2 children, resided in the three southern border provinces, had a monthly income of 20,000–30,000 baht, and a job tenure of 4–11 years in the area; (2) the overall organizational climate was at a good level; (3) the level of the overall QWL was also good; and (4) the personal factors and organizational climate qualities that were significantly associated with the QWL ($p < 0.05$) were gender, participation in decision-making, development training, job security, morale, concealing oneself, and working flexibility.

Keywords: Organizational climate, Quality of working life, 30-bed Community hospital

Corresponding author: Teerapon Ngoenmul, E-mail: pharmacist2524@gmail.com

บทนำ

คุณภาพชีวิตการทำงาน (Quality of Work Life) เป็นองค์ประกอบหรือมิติหนึ่งของคุณภาพชีวิตและ เป็นสิ่งที่สนองความพอใจและความผาสุกของผู้ปฏิบัติงาน คุณภาพชีวิตการทำงานจึงเป็นแนวคิดการบริหารจัดการที่ให้ความสำคัญกับบุคคลในเรื่องการทำงาน การมีความพึงพอใจ มีความสุขและรู้สึกรักการทำงานทำให้ชีวิตมีคุณค่า เกิดความรู้สึกยึดมั่นผูกพันในองค์กร การมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีของบุคคลในองค์กร และการที่องค์กรสามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ปฏิบัติงานได้จะส่งผลทำให้งานขององค์กรนั้นมีคุณภาพ และประสิทธิภาพ รวมทั้งความสำเร็จขององค์กร (Sariya, 2019)

สถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นปัญหาเรื้อรังที่เกิดขึ้นมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ยาวนานจนถึงปัจจุบัน มีสาเหตุหลายประการโดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำประวัติศาสตร์และศาสนามาเป็นเงื่อนไข ประกอบกับปัญหาอื่น ๆ เช่น ปัญหาการเมืองระดับท้องถิ่น กลุ่มผู้มือิทธิพล ธุรกิจผิดกฎหมาย เรื่องส่วนตัว ผลจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ส่งผลต่อความเชื่อมั่นในเจ้าหน้าที่ของรัฐ นอกจากการก่อความไม่สงบแล้ว ยังพบเจอการใช้ความรุนแรงที่เกิดจากแรงจูงใจส่วนบุคคล ประชาชนส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับการสร้างสถานการณ์ แต่ไม่สามารถให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ได้ เนื่องจากความเกรงกลัวต่อความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในสามจังหวัด ได้แก่ จังหวัดปัตตานี จังหวัดยะลา จังหวัดนราธิวาส และพื้นที่บางอำเภอของจังหวัดสงขลา ซึ่งเกิดจากปัญหาความขัดแย้ง มีเหตุการณ์ประทุรเวียตต่อชีวิตของข้าราชการ พนักงานของรัฐหรือเอกชน และประชาชนทั่วไป ด้วยอาวุธและของมีคม การลอบวางเพลิงและวางระเบิด ซึ่งมีเป้าหมายทั้งชีวิตและทรัพย์สินของทางราชการ รวมทั้งสถานที่บริการของเอกชน การลอบวางเพลิงทรัพย์สินของทางราชการ เอกชน ประชาชน และสถานที่สาธารณะ การทำลายพืชสวนของเกษตรกร การก่อวินาศกรรมด้วยการลอบราดน้ำมัน วางตะปูระเบิดบนเส้นทางคมนาคม การลอบโจมตีเจ้าหน้าที่ขณะลาดตระเวน หรือขณะกำลังเดินทางไปยังที่เกิดเหตุด้วยระเบิดแสวงเครื่อง แล้วตามด้วยการยิงด้วยอาวุธปืน เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน (Byehiya, 2015)

ปัญหาเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่เกิดขึ้นนั้น ถือเป็นปัญหาที่ละเอียดอ่อนสร้างความเดือดร้อนต่อการดำรงชีวิต และส่งผลกระทบให้เกิดความสูญเสียในกลุ่มของประชาชนและเจ้าหน้าที่ของรัฐ เป็นปัญหาต่อการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลและบุคลากรทางด้านสาธารณสุขอื่นๆ ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่ และได้รับผลกระทบโดยตรง ทำให้การใช้ชีวิตส่วนตัวลำบากขึ้น ไม่สะดวกในการเดินทางเหมือนเช่นที่เคยปฏิบัติ เกิดความหวาดระแวงในวัตถุ ต่างๆ เช่น กล้องกระดาด ระเบิด ถังขยะ และไม่วางใจซึ่งกันและกัน (Kitti, 2005) นอกจากนี้ เหตุการณ์ดังกล่าวยังส่งผลกระทบ และเกิดปัญหาต่อการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาล โดยพยาบาลต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่เสี่ยงต่อความปลอดภัยในชีวิต เนื่องจากต้องเดินทางไปปฏิบัติงานระหว่างบ้านกับ ที่ทำงาน และลักษณะการปฏิบัติงานของพยาบาล เป็นงานที่ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง โดยแบ่งเป็นเวร เช้า-บ่าย-ดึก และระหว่างการเดินทางอาจจะเสี่ยงต่อ การถูกลอบทำร้ายได้ (Jintana, 2009)

ผลจากการศึกษาข้อมูลเฉพาะเดือนมกราคม 2547 ถึง เดือนสิงหาคม 2549 พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้รับบาดเจ็บและเสียชีวิตจำนวน 22 คน อาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 11 คน (Sunee, Urai, Umaporn, 2009) จากข้อมูลข้างต้นทำให้ พยาบาลและบุคลากรอื่นๆทำงานหนักขึ้น เพราะมีผู้บาดเจ็บจำนวนมาก และมีอาการรุนแรงซึ่งต้องการการส่งต่อเพื่อการรักษา ที่เหมาะสมมากขึ้น เพราะโรงพยาบาลชุมชนไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ไม่มีห้องผ่าตัด จำเป็นต้องส่งต่อผู้บาดเจ็บ ไปรับการรักษาในโรงพยาบาลจังหวัด หรือโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งในการส่งต่อผู้ป่วยบางครั้ง จำเป็นต้องใช้พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชนหลายคนในการส่งต่อผู้ป่วย หรือผู้บาดเจ็บทำให้พยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนต้องทำงานหนักขึ้น อีกทั้งสถานีนอมนำยปิดให้บริการบ่อย เพราะสถานการณ์ไม่ปลอดภัยทำให้

พยาบาลต้อง รับภาระในส่วนนี้ ทั้งที่โรคบางอย่างศักยภาพของเจ้าหน้าที่สถานีนอมนายสามารถรักษาผู้ป่วยได้ ทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลในทุกระดับในพื้นที่ ต้องดูแลผู้ป่วยมากขึ้น (Lorsali, 2005) นอกจากนี้ พยาบาลต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ เช่น การบริหารจัดการเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่สงบ โดยเฉพาะเวลาวันหยุดราชการ กรณีมีผู้ป่วยบาดเจ็บจำนวนมาก ซึ่งเป็นผู้ป่วยวิกฤติและต้องให้การดูแลรักษาอย่างเร่งด่วน แต่อัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ ทำให้พยาบาลต้องปฏิบัติหน้าที่ท่ามกลางความขาดแคลนของทรัพยากรบุคคล เกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ อีกทั้ง เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์มีไม่เพียงพอ หากมีผู้เสียชีวิตเกิดขึ้นจากเหตุการณ์ความไม่สงบ ในกระบวนการชันสูตรศพในโรงพยาบาล ทำให้แพทย์ และพยาบาลเกิดความกดดันจากญาติที่มุ่งดูการปฏิบัติงาน ของเจ้าหน้าที่ (Supat, 2007)

จากข้อมูลพบว่าเหตุการณ์ความไม่สงบ ส่งผลต่อการทำงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ห่างจากชุมชนเมือง โดยมีปฏิบัติงานใกล้ชิดกับประชาชน ซึ่งผู้บริหารควรให้ความสำคัญกับกลุ่มนี้เป็นอย่างมาก ปัจจุบันปัญหาความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ยังคงมีเหตุการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้นอยู่จากกลุ่มผู้ไม่หวังดีเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่าส่งผลกระทบต่อสังคมในวงกว้าง ทั้งชีวิตและทรัพย์สิน ขาดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน ด้วยเหตุดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาบรรยากาศขององค์กร ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้บริหารองค์การนำผลการวิจัยไปพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรในองค์กรต่อไป (Jintana, 2009)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับบรรยากาศขององค์กรของโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้
2. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล และบรรยากาศขององค์กร ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์ของงานวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล บรรยากาศขององค์กร ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง 1 จังหวัด ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่ปฏิบัติงานตามกลุ่มงานในโครงสร้างโรงพยาบาลชุมชน 12 กลุ่มงาน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล กลุ่มงานบริหารทั่วไป กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ กลุ่มงานทันตกรรม กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค กลุ่มงานการแพทย์ กลุ่มงานโภชนาการ กลุ่มงานรังสีวิทยา กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม กลุ่มงานการพยาบาล (ประกอบด้วย 7 งาน) และกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกรวมทั้งสิ้น 1,058 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการคำนวณโดยใช้สูตรเครซี และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ได้จำนวน 282 คน และผู้วิจัยได้ทำการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างนี้คือประมาณ 28 คน สำหรับจำนวนความคลาดเคลื่อนจากการเก็บข้อมูลไม่ได้ ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจะเท่ากับ 310 คน ได้จากการสุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วนประชากร ตามตำแหน่งในกลุ่มงานที่ระบุไว้ตามกรอบโครงสร้างโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้สัดส่วนของประชากรจากข้อมูล กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีจำนวนบุคลากรตามผังโครงสร้างทั้งสิ้น 1,058 คน (ณ วันที่ 15 เมษายน 2563)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามชนิดตอบได้ด้วยตนเอง เป็นแบบสอบถามปลายปิดมีจำนวน 1 ชุด โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพการสมรส จำนวนบุตร ภูมิลำเนา ตำแหน่ง รายได้ และระยะเวลาการปฏิบัติงานในพื้นที่

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามบรรยากาศองค์การของโรงพยาบาล โดยแปลงเครื่องมือจากแนวคิดของ Campbell, R.F. et al. (1977) มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งเป็น 10 ด้าน ได้แก่

- 1) โครงสร้างของงาน
- 2) ความสัมพันธ์ระหว่างรางวัลและการลงโทษ
- 3) การรวมศูนย์ในการตัดสินใจ
- 4) การเน้นถึงความสำเร็จ
- 5) การเน้นงานฝึกอบรมและการพัฒนา
- 6) ความมั่นคงในงาน
- 7) สถานภาพและขวัญ
- 8) การเปิดเผยและการพยายามปกป้องตนเอง
- 9) การยอมรับในผลงานและการป้อนกลับ
- 10) ความยืดหยุ่นและความสามารถขององค์การ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตการทำงาน โดยแปลงเครื่องมือจากแนวคิดของ สำนักวิจัยและพัฒนา ระบบงานบุคคล สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน พ.ศ.2553 มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ 4 มิติ ได้แก่

- 1) มิติด้านการทำงาน
- 2) มิติด้านส่วนตัว
- 3) มิติด้านสังคม
- 4) มิติด้านเศรษฐกิจ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา จำนวน 1 ท่านซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ เพื่อแก้ไขปรับปรุง จากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญด้านงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ การใช้ภาษา และความตรงด้านเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.90 และได้ทำการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นเข้าสู่กระบวนการหาความเที่ยงของแบบสอบถามต่อไป

การหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามที่ปรับแก้แล้ว จากการทำ content validity ไปทดลองใช้กับโรงพยาบาลขนาด 30 เตียงในจังหวัดใกล้เคียง ซึ่งมีสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวน 30 ชุด เพื่อทดสอบความเข้าใจเนื้อหา รวมถึงข้อบกพร่องของแบบสอบถามในแต่ละข้อคำถาม โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของคอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นของบรรยากาตองค์การเท่ากับ 0.88 และคุณภาพชีวิตการทำงานเท่ากับ 0.80 เมื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเป็นการเสร็จสิ้น จึงนำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาสำหรับงานวิจัย

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ขออนุมัติและได้รับเอกสารรับรองโครงการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี เลขที่โครงการวิจัย RECPTN No.020/63 ณ วันที่ 15 สิงหาคม 2563 ข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์สำหรับการศึกษานั้น ข้อมูลถูกเก็บไว้เป็นความลับโดยไม่มีผลกระทบหรือเกิดความเสียหายใดๆ กับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้มีการขออนุญาตตามระบบราชการโดยใช้หนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง จากทางสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป้าหมาย โดยผู้วิจัยดำเนินการส่งเอกสารด้วยตนเองต่อเจ้าหน้าที่ธุรการของโรงพยาบาล หลังจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลอนุมัติเรียบร้อยแล้ว จึงได้ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองโดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ณ จุดปฏิบัติงานโดยตรง โดยมีการแนะนำตัวพร้อมแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูล รายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนการดำเนินงาน และให้กลุ่มตัวอย่างดำเนินการตอบแบบสอบถาม จำนวน 310 คน และรวบรวมแบบสอบถามกลับ โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 17-23 สิงหาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำมาแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในส่วนของปัจจัยที่สามารถรวมทำนายและหาตัวแบบที่ดีที่สุดในการทำนายบรรยากาตองค์การที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ใช้สถิติการถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression) และนำเสนอข้อมูล ใช้การบรรยายและนำเสนอในรูปแบบของตาราง

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.50 โดยมีอายุเฉลี่ย 36.74 ปี (S.D. 7.60) อายุต่ำสุด 22 ปีและอายุสูงสุด 59 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 77.90 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 76.10 มีบุตร 2 คนต่อครอบครัว ร้อยละ 42.66 ภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ร้อยละ 93.30 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 58.20 ด้านรายได้พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 20,001 – 30,000 บาท และมีระยะเวลาการปฏิบัติงานในพื้นที่ 4-11 ปีขึ้นไป รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (285 คน)	ร้อยละ (100.00)
1. เพศ		
ชาย	47	16.50
หญิง	238	83.50
2. อายุ		
21-32 ปี	100	35.08
33-44 ปี	140	49.12
45-60 ปี	45	15.80
$\bar{X} = 36.74$, S.D = 7.60, Min = 22, Max = 59		
3. ศาสนา		
ศาสนาพุทธ	63	22.10
ศาสนาอิสลาม	222	77.90
4. สถานภาพสมรส		
โสด	68	23.90
สมรส	217	76.10
จำนวนบุตร (คน)		
ไม่มี	25	11.47
1	49	22.48
2	93	42.66
3	37	16.97
4	13	5.96
5	1	0.46
5. ภูมิลำเนา		
ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้	266	93.30
นอกพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้	19	6.70
7. ระดับรายได้รวม (บาท/เดือน)		
5,000 - 10,000	6	2.10
10,001 - 20,000	52	18.20
20,001 - 30,000	94	33.00
30,001 - 40,000	64	22.50
40,001 - 50,000	33	11.60
มากกว่า 50,000	36	12.60
8. ระยะเวลาปฏิบัติงานในพื้นที่		
1-3 ปี	25	8.77
4-10 ปี	127	44.56
11 ปีขึ้นไป	133	46.67

ตารางที่ 2 ตารางสรุปค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานบรรยากาศองค์การของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

บรรยากาศองค์การ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. โครงสร้างของงาน	3.96	0.55	ดี
2. ความสัมพันธ์ระหว่างรางวัลและการลงโทษ	3.49	0.70	พอใช้
3. การร่วมการตัดสินใจ	3.52	0.60	พอใช้
4. การเน้นถึงความสำเร็จ	3.80	0.56	ดี
5. การเน้นงานฝึกอบรมและการพัฒนา	3.69	0.65	ดี
6. ความมั่นคงในงาน	3.90	0.58	ดี
7. สถานภาพและขวัญ	3.43	0.68	พอใช้
8. การเปิดเผยและการพยายามปกป้องตนเอง	3.67	0.56	ดี
9. การยอมรับในผลงานและการป้อนกลับ	3.72	0.63	ดี
10. ความยืดหยุ่นและความสามารถขององค์การ	3.73	0.59	ดี
รวม	3.69	0.42	ดี

จากการทดสอบพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ประกอบไปด้วยดังนี้ เพศ (P-value = 0.012) (95% CI = -0.223 to -0.028) , การร่วมการตัดสินใจ (P-value = 0.039) (95% CI = 0.004 to 0.415), การเน้นงานฝึกอบรมและการพัฒนา (P-value = 0.021) (95% CI = 0.012 to 0.153), ความมั่นคงในงาน (P-value = 0.001) (95% CI = 0.058 to 0.214), สถานภาพและขวัญ (P-value = 0.001) (95% CI = 0.163 to 0.297), การเปิดเผยและการพยายามปกป้องตนเอง (P-value = 0.009) (95% CI = 0.027 to 0.188) และความยืดหยุ่นและความสามารถขององค์การ (P-value = 0.006) (95% CI = 0.032 to 0.193) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การทดสอบหาปัจจัยที่มีส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยใช้ Multiple Linear Regression

ตัวแปร	Coefficients B	Coefficients B adj	95% Confidence Interval	P-Value
เพศ				
ชาย				
หญิง	-0.226	-0.102	(-0.223 to -0.028)	0.012*
การร่วมการตัดสินใจ (3.52, $\pm$ 0.60)	0.338	0.102	(0.004 to 0.415)	0.039*

ตารางที่ 3 การทดสอบหาปัจจัยที่มีส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยใช้ Multiple Linear Regression (ต่อ)

ตัวแปร	Coefficients B	Coefficients B adj	95% Confidence Interval	P-Value
การเน้นงานฝึกอบรมและการพัฒนา				
(3.69, ±0.65)	0.314	0.118	(0.012 to 0.153)	0.021*
ความมั่นคงในงาน				
(3.90, ±0.58)	0.421	0.174	(0.058 to 0.214)	0.001*
สถานภาพและขวัญ				
(3.43, ±0.68)	0.426	0.346	(0.163 to 0.297)	0.001*
การเปิดเผยและการพยายามปกป้อง				
ตนเอง (3.67, ±0.56)	0.395	0.133	(0.027 to 0.188)	0.009*
ความยืดหยุ่นและความสามารถของ				
องค์กร (3.73, ±0.59)	0.423	0.145	(0.032 to 0.193)	0.006*

* มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

อภิปรายและสรุปผลการศึกษา

เพศ มีผลต่อระดับของคุณภาพชีวิตการทำงาน ปัจจัยด้านเพศมีความสัมพันธ์เชิงลบกับต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน โดยส่วนใหญ่แล้วสังคมกำหนด การทำงานของหญิงและชายแตกต่างกัน ผู้ชายส่วนใหญ่ ทำงานนอกบ้าน ลักษณะงานเกี่ยวข้องกับการจัดทำ อุปกรณ์ของใช้ เทคโนโลยี ส่วนผู้หญิงเป็นงานแม่บ้าน งานดูแลสุขภาพ (Nartrudee, 2011) ในสังคมการทำงานของโรงพยาบาลส่วนใหญ่บุคลากรจะเป็นเพศหญิง ทำให้การวางตัวและความคิด รวมถึงการให้ความใส่ใจในเรื่องความละเอียดอ่อนของการปฏิบัติหน้าที่บางประเภทในเพศชายจะมีน้อยกว่าเพศหญิง ซึ่งมีงานวิจัยที่กล่าวถึงเพศภาวะกับวิชาชีพการพยาบาลกล่าวไว้ว่า พยาบาลที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีทั้งเพศชายและเพศหญิง มีการปฏิบัติงานที่มีความคล้ายคลึงกัน และแตกต่างกัน ปฏิบัติงานต่างๆ บนฐานความรู้ และ ศักยภาพไม่ต่างกัน แต่ภายใต้ความคล้ายคลึงกันนี้ ได้แฝงความต่างไว้ เช่น ความนุ่มนวล ความเข้มแข็ง และการเป็นผู้นำ เป็นต้น และในแง่ของวิชาชีพ หรือ ความรับผิดชอบเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อการทำงาน ของทั้งพยาบาลชาย และพยาบาลหญิง ในมุมมองการตอกย้ำเชิงเพศภาวะพบว่า พยาบาลหญิงคิด ละเอียด พยาบาลชายคิดเป็นระบบ ความแตกต่างของพยาบาลชายกับพยาบาลหญิง ที่ผู้ให้ข้อมูลหลักพูดถึงมาก คือ ลักษณะการคิด เสียสละท้อนขัดเจนทั้งจากพยาบาลชาย และพยาบาลหญิง คือ พยาบาลหญิงคิดหุ้มนหุ้ม คิดเล็กคติน้อย ละเอียด ถี่ถ้วน จนกลายเป็นขาดความมั่นคงเด็ดขาด ชอบ ประนีประนอม ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ แต่พยาบาลชาย มีความคิดเชิงระบบ ตัดสินใจได้เร็ว มีภาวะผู้นำมาก กว่าพยาบาลหญิง ในมุมมองภาพสะท้อนเพศภาวะพบว่า พยาบาลชายมีอำนาจ ต่อรอง และเครือข่ายทางสังคมมากกว่าพยาบาลหญิง ความเป็นผู้หญิง ผู้ชาย ของพยาบาลในมิติ ของอำนาจการ ต่อรอง และเครือข่ายทางสังคมถูก กล่าวถึงว่าเป็นปัจจัยให้เกิดความสำเร็จของงาน (Siriporn, Nanthaphan, Praneed, Wannee, Warunee, Somporn, 2011)

ความมั่นคงในงาน ($\bar{X} = 3.90$) อยู่ในระดับดี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้ทำการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่แล้วเป็นบุคลากรประจำการ (ข้าราชการและพนักงานราชการ) ซึ่งมีความเสี่ยงในการถูกเลิกจ้างหรือการเลิกต่อสัญญาค่อนข้างต่ำ นอกจากจะมีการประพจน์ผิดวินัยร้ายแรงตามระเบียบราชการ ใกล้เคียงกับงานวิจัยการศึกษาคุณภาพชีวิตในการทำงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลมหาราชนครธรรมราช พบว่าความมั่นคงและความก้าวหน้าในการทำงาน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.87$) ผู้ให้สัมภาษณ์ ได้ให้ความเห็นว่า พนักงานกระทรวงสาธารณสุขสายสนับสนุนจะมีความก้าวหน้า ส่วนพนักงาน กระทรวงสาธารณสุขสายวิชาชีพเช่น พยาบาลจะมีความก้าวหน้าบ้าง ในเรื่องของตำแหน่ง หน่วยงานไม่ทำแผนรองรับบุคลากรของเราเอง ทำให้บุคลากรที่เป็นพนักงานกระทรวง สาธารณสุขต้องลาออกหรือสอบบรรจุไปปฏิบัติงานในส่วนราชการหรือที่ทำงานอื่น (Supap, Somboon, Benjawan, 2016) สอดคล้องกับงานวิจัยความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับการบริหารบุคลากรที่มีสมรรถนะสูงให้คงอยู่ใน องค์การ: กรณีศึกษาฝ่ายบริการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พบว่า หัวข้อความมั่นคงในหน้าที่การงานสวัสดิการต่างๆ เช่น เงินสวัสดิการช่วยเหลือต่างๆ ค่ารักษาพยาบาลการเยี่ยมไข้ รถรับ-ส่ง/ให้บริการในวาระพิเศษ และสวัสดิการเรื่องการดูแล และการส่งเสริมสุขภาพ เช่น สถานที่สำหรับเล่นกีฬา ออกกำลังกาย เป็นต้น มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก โดยในเรื่อง ของความมั่นคงในหน้าที่การงานมีคะแนนสูงที่สุด และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยเกื้อหนุนที่ส่งผลต่อระดับความพึงพอใจของ พยาบาลที่พบว่า ด้านเงินเดือน สวัสดิการ มีค่าระดับคะแนนความพึงพอใจสูงสุด (Lwandee, Amrumpai, 2015) อาจกล่าวได้ว่าในเรื่องของการสร้างแรงจูงใจในการทำงานในรูปแบบของผลตอบแทน สวัสดิการต่างๆ บุคลากรให้ความสำคัญ กับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล การดูแลสุขภาพเป็นสำคัญ โดยเฉพาะความมั่นคงในหน้าที่การงานเป็นเรื่องสำคัญที่มีผลต่อ การดำรงชีวิต ถ้าองค์กรเล็งเห็นถึงความสำคัญและจัดสรรให้บุคลากรมีสวัสดิการดังที่กล่าวมาได้อย่างเพียงพอและพึงพอใจ จะช่วยส่งผลให้บุคลากรที่มีสมรรถนะสูงคงอยู่ในองค์กรต่อไป (Hongladarom, 2012)

ความยืดหยุ่นและความสามารถขององค์กร ($\bar{X} = 3.73$) อยู่ในระดับดี แสดงให้เห็นความความคล่องตัวของบุคคลกรในการปฏิบัติงาน จากการที่องค์กรมีทรัพยากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน เพิ่มความสะดวก รวดเร็วและคล่องตัว ประกอบกับการถ่ายทอดองค์ความรู้ในการใช้ทรัพยากรดังกล่าว โดยเฉพาะเครื่องมือทางการแพทย์ที่มีขั้นตอนการใช้งานที่ซับซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาของธงชัย รู้ ชำว พบว่าความพร้อมของเทคโนโลยี และวัสดุในการปฏิบัติงาน รวมถึงการนำสารสนเทศมาใช้ในการปฏิบัติงาน สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรได้ (Thongchai, 2018) สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภารัตน์ พรหมเอี้ยง พบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ รับรู้ถึงการขาดแคลนองค์ความรู้ในวิทยาการเทคโนโลยีใหม่ๆ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่ (Praparat, 2017)

บรรยากาศองค์การด้านการเน้นงานฝึกอบรมและการพัฒนา ($\bar{X} = 3.69$) อยู่ในระดับดี ซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคลากรให้ความสำคัญกับการฝึกอบรม ซึ่งเป็นกระบวนการหนึ่งของการพัฒนาบุคลากรในองค์กรให้มีความรู้ความสามารถตลอดจนพัฒนาศักยภาพให้ดีขึ้น แน่แน่นอนว่ามันเป็นจุดเริ่มต้นที่จะทำให้องค์การเกิดการพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยนั่นเอง การที่เรามุ่งจะพัฒนาองค์การให้ดีขึ้นนั้นก็ควรใส่ใจในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้วยการฝึกอบรมต่าง ๆ ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อให้บุคลากรทุกตำแหน่งงานรักที่จะพัฒนาตนเองอยู่เสมอ สอดคล้องกับงานวิจัย ความต้องการฝึกอบรมของบุคลากรด้านสาธารณสุขที่สอดคล้อง กับปัญหาสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 7 พบว่า บุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในเขตบริการสุขภาพที่ 7 จำนวน 356 คน มีความ ต้องการฝึกอบรม ร้อยละ 95.5 ไม่ต้องการฝึกอบรม ร้อยละ 4.5 ซึ่งแบ่งความสนใจออกเป็นหลายด้าน ดังนี้

1) ด้านบริหาร พบว่า บุคลากรมีความต้องการฝึกอบรม เป็นอันดับแรกในเรื่อง การบริหารงานแบบมุ่งสัมฤทธิ์
รองลงมา เป็นเรื่องกฎหมายทางด้านสาธารณสุข เรื่องการประเมินผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงาน และเรื่องอื่นๆ เช่น
ระเบียบราชการต่างๆ การบริหารความเสี่ยง การบริหารงานสาธารณสุขยุคใหม่ หลักสูตรการอบรมผู้บริหารระดับต้น
ระดับกลาง เป็นต้น 2) ด้านบริการ พบว่า บุคลากรมีความต้องการฝึกอบรมเป็นอันดับแรกในเรื่อง โรคเรื้อรัง
รองลงมาคืออาชีวอนามัยและความปลอดภัย การดูแลแม่หลังคลอดและทารก และไข้เลือดออก 3) ด้านวิชาการ/
วิชาชีพ พบว่า บุคลากรมีความต้องการฝึกอบรมเป็นอันดับแรก ในเรื่องการใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัย
รองลงมาคือ เรื่องการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย เรื่องการวิจัยด้านสุขภาพ เรื่องแนวทางการจัดทำนวัตกรรมและ
พัฒนา และเรื่องอื่นๆ เช่น การเขียนงานวิจัยเพื่อตีพิมพ์ สถิติในการ ดำเนินการวิจัยด้านสุขภาพ การสร้างและ
นำเสนอสื่อ สมรรถนะการนำเสนอผลงานวิชาการ กระบวนการจัดการความรู้ การพัฒนาความรู้ ความสามารถตาม
มาตรฐานวิชาชีพ และการใช้โปรแกรม Microsoft Office เวอร์ชันใหม่ๆ เป็นต้น 4) ด้านสมรรถนะตัวบุคคล พบว่า
บุคลากรมีความต้องการฝึกอบรมเป็นอันดับแรกคือ เรื่องทักษะการใช้ภาษาอังกฤษในงานวิชาชีพ รองลงมาคือเรื่อง
การพัฒนาสมรรถนะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เรื่องการพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงาน เรื่องจริยธรรมในการ
ทำงาน การพัฒนาบุคลิกภาพ และทักษะการสื่อสาร (Nicha, Jareeluck, 2020)

ด้านการเปิดเผยและการพยายามปกป้องตนเอง ($\bar{X} = 3.67$) อยู่ในระดับดี คือการพยายามปิดบังความ
ผิดพลาดของตนเอง โดยไม่เปิดเผยโดยตรงไปตรงมา สำหรับในสังคมไทย พฤติกรรมการปกปิดความผิดพลาดสามารถเกิด
ขึ้นกับบุคคล ทุกเพศ ทุกวัย ทุกสาขาอาชีพและทุกระดับการศึกษา (Pakhwan, 2017) หน่วยงานได้มีการกำหนด
นโยบาย วางแผนการปฏิบัติงานและปลูกฝังไม่ให้มีการกล่าวโทษผู้ปฏิบัติงาน ไม่ถือเป็นความผิดของใครคนใดคนหนึ่ง
ปลูกฝังให้บุคลากรมีการช่วยเหลือในการทำงานและยอมรับผลที่เกิดขึ้นร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ประสพ
อินสุวรรณ พบว่าบรรยากาศองค์การมีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน ในด้านความรับผิดชอบอยู่ในระดับสูงสุด อาจมา
จากการทำงานที่เกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์ที่ต้องอาศัยการมีความรับผิดชอบและความรอบคอบอย่างมาก ซึ่งทาง
โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครได้ตระหนักถึงความสำคัญของความเสี่ยง ทำให้มีการวางแผนทาง
ป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นโดยจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล และคณะกรรมการประสานงานคุณภาพ
เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ประสานความร่วมมือในการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการฟ้องร้อง และเสี่ยงต่อชีวิต
มนุษย์ แสวงหาและกำหนด แนวทางในการป้องกันข้อผิดพลาดด้วยการสรรหาคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเพื่อ
ร่วมปรับปรุงคุณภาพงานอย่างสม่ำเสมอทำให้คุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพดี มีบรรยากาศองค์การในระดับสูง
(Prasob, 2557) และสอดคล้องกับงานวิจัยการรับรู้จริยธรรมวิชาชีพพยาบาลและวัฒนธรรมองค์กรของพยาบาลใน
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบว่าการรับรู้วัฒนธรรมองค์กรอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาพบว่า การรับรู้ระดับมาก
ที่สุดใน 3 อันดับแรก คือเห็นคุณค่าของคนอย่างเท่าเทียมกัน (ร้อยละ 83.9) , เมื่อเกิดปัญหาในการปฏิบัติงาน
พยาบาลต้องมีความรับผิดชอบ (ร้อยละ 82.7) และปฏิบัติงานอย่างเปิดเผยและตรวจสอบได้ (ร้อยละ 82.3) ซึ่ง
แสดงให้เห็นถึงองค์กรของพยาบาลที่ให้ความสำคัญกับค่านิยม และพฤติกรรมแสดงออก เน้นความพึงพอใจของ
บุคลากรในองค์กรให้มีส่วนร่วมในการทำงาน เสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดี ส่งผลให้บุคลากรในองค์กรประสบ
ความสำเร็จในการทำงาน วัฒนธรรมองค์กรเป็นกลุ่มของคุณลักษณะสำคัญเป็นค่านิยมขององค์กรทำให้เกิดความ
เข้าใจและปฏิบัติงานไปในแนวทางเดียวกัน (Phasawee, Chardsumon, Wanna, Nithat, 2020)

ด้านการร่วมการตัดสินใจ ($\bar{X} = 3.52$) อยู่ในระดับดี ผู้บริหารได้มีการเปิดโอกาสให้บุคลากรในสายการ
บังคับบัญชา มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและรับฟังความคิดเห็นของบุคลากร รวมถึงการร่วมวางแผนการปฏิบัติงาน

ก่อนการลงมือทำงาน โดยไม่ได้มีการสั่งการด้วยความคิดของตนเองฝ่ายเดียว สอดคล้องกับการศึกษาของ เนตร์พัฒนา ยาวีราข อธิบายว่าการมอบอำนาจเป็นการ มอบอำนาจให้บุคลากรได้แสดง ความสามารถออกมา เป็นการช่วยให้บุคลากรมีอำนาจในการตัดสินใจ เป็นการกระจายงานลงสู่ผู้ใต้บังคับบัญชา และช่วยให้ส่งเสริมการพัฒนาตัวบุคคลผู้รับมอบอำนาจ (Netpanna, 2015) และสอดคล้องกับการศึกษาของ กมลวรรณ วรรณนัง กล่าวว่า การมอบอำนาจบุคลากร คือการที่บุคลากรได้รับการส่งเสริมและสนับสนุน จากผู้บริหาร ให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง มีความสามารถ ในปฏิบัติงานและแก้ปัญหาต่างๆ ได้บรรลุผลสำเร็จ ทั้งของตนเองและองค์กร รวมทั้งสามารถสร้างปรับปรุงการ ปฏิบัติงานที่ตนรับผิดชอบได้ (Kamonwan, 2017) ซึ่งส่งผลให้บุคลากรมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน หรือเกิดความรู้สึกที่ดีต่องาน เพราะการมอบอำนาจบุคลากร ส่งผลให้บุคลากรได้รับการฝึกอบรมและการศึกษามากขึ้น การขาดงานลดลง รวมทั้งความขัดแย้งกับองค์กรและ ผู้บริหารลดน้อยลง เพราะบุคลากรสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่าง ๆ ขององค์กร ซึ่งการมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ย่อม นำไปสู่การปฏิบัติงานที่ดี มีประสิทธิภาพในการทำงาน

ด้านสภาพภาพและขวัญ ($\bar{X} = 3.43$) อยู่ในระดับดี คือ ความรู้สึกทั่วไป ของคนในองค์กรที่ว่างค์การแห่ง นี้เป็นสถานที่ที่น่าทำงาน (Panee, 2015) อาจเนื่องจากพื้นที่ในการปฏิบัติงานเป็นพื้นที่พิเศษจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ทำให้ด้านสภาพและขวัญมีระดับค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด แต่ยังคงอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อขวัญและกำลังใจของพยาบาลวิชาชีพในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ อธิบายได้ว่าพยาบาลวิชาชีพในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้มีขวัญและกำลังใจในการทำงานจากการได้รับโอกาสและความไว้วางใจของหน่วยงาน มีโอกาสที่แสดงความสามารถ มีการสื่อสารที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน ทีมงาน ผู้บังคับบัญชา ผู้บริหาร และผู้รับบริการ ทำให้รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร และรู้สึกถึงบรรยากาศที่เอื้ออาทรเกื้อกูลกัน (Phimpha, Premruetai, Jiraporn, 2021)

จากการวิจัยพบว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.70$) อธิบายได้ว่าคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรอยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นและมีความสำคัญอย่างยิ่ง คุณภาพชีวิตในการทำงานในลักษณะของความพึงพอใจในการทำงานนั้น จะส่งผลต่อการปฏิบัติงาน และยังเป็นสิ่งจูงใจให้เกิดการทำงาน ซึ่งนำไปสู่ประสิทธิภาพและการเพิ่มผลผลิตขององค์กรในที่สุด เรียกได้ว่า บรรลุเป้าหมายทั้งบุคคลในฐานะสมาชิกขององค์กรและตัวองค์กรเอง สอดคล้องกับ Davis, K. (1997) ที่กล่าวไว้ว่า “คุณภาพชีวิตการทำงาน มีผลโดยตรงต่อผู้ปฏิบัติงาน ผู้ร่วมงาน ครอบครัว องค์กร และสังคม ในการทำงานหากบุคลากรในองค์กรได้รับความปลอดภัยในการทำงาน มีขวัญและกำลังใจที่ดีในการทำงาน มีการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทุกระดับ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในการทำงาน และความผูกพันต่อองค์กร เพิ่มความจงรักภักดีในองค์กรลดอัตราการขาดงานและการลาออกจากงาน เมื่อพิจารณาารายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานที่ต้องมีการปรับปรุงได้แก่ ด้านการทำงานและด้านเศรษฐกิจ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในส่วนของสถานที่หรือสภาพแวดล้อมการทำงานยังไม่ดีเท่าที่ควร ประกอบกับอุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานอาจไม่เพียงพอสำหรับจำนวนบุคลากร จึงควรหาทางแก้ไขต่อไป ในส่วนของเศรษฐกิจ อาจเป็นเพราะความแตกต่างกันของบริบทโรงพยาบาลที่สนับสนุนสวัสดิการต่าง ๆ ที่จะตอบสนองต่อความต้องการของแต่ละบุคคลได้อย่างเท่าเทียมและครอบคลุม รวมถึงการได้มาซึ่งรายได้อื่น ๆ ที่มีการจ่ายไม่ตรงตามเวลา หรือไม่สม่ำเสมอ อาจได้ในรูปของเงินตกเบิก ซึ่งจะส่งผลกระทบในด้านเศรษฐกิจ

ของบุคลากรโดยตรง โดยอาจกระทบกระเทือนในเรื่องการจัดการด้านการเงิน เช่น เงินออม หรือหนี้สินจากแหล่งเงินกู้ในระบบต่าง ๆ อาจเกิดการติดขัดได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. การเพิ่มขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน เนื่องจากการปฏิบัติงานในพื้นที่เสี่ยง จึงควรมีการสนับสนุนกิจกรรมสร้างขวัญและกำลังใจให้ผู้ปฏิบัติงานอย่างครอบคลุมทั้งระบบ
2. สนับสนุนให้ผู้ได้บังคับบัญชาที่มีอำนาจในการตัดสินใจภายใต้การดูแลของผู้บังคับบัญชา เพื่อเพิ่มความมั่นใจหรือการการแสดงออกทางด้านความคิดเห็นส่วนตัวที่อาจเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานและองค์กรต่อไป
3. การพิจารณาความดีความชอบของบุคลากร ส่งเสริมให้ใช้หลักธรรมาภิบาลในการพิจารณาตามผลงานการปฏิบัติงานที่แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ ตรวจสอบการพิจารณาความดีความชอบได้
4. จัดให้มีการสนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องมือที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน ให้เพียงพอต่อจำนวนบุคลากรในองค์กร เช่น เครื่องคอมพิวเตอร์ โต๊ะทำงาน เป็นต้น
5. การพิจารณาค่าตอบแทนให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่เหมือนกันทั้งจังหวัด ซึ่งปัจจุบันมีการจ่ายค่าตอบแทนในอัตราที่ไม่เท่ากันระหว่างโรงพยาบาล ประกอบกับความรวดเร็วและความตรงเวลาของจ่ายเงินค่าตอบแทนต่าง ๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีงานวิจัยในลักษณะนี้ โดยใช้กลุ่มเป้าหมายเป็นบุคลากรที่อยู่ในระบบการจ้างเหมารายวันในตำแหน่งต่าง ๆ
2. ศึกษาวิจัยในลักษณะนี้ โดยเปลี่ยนองค์การจากโรงพยาบาลเป็น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือสาธารณสุขอำเภอ เนื่องจากบริบทของการปฏิบัติงานแตกต่างกับการบริหารองค์การโรงพยาบาล

References

- Campbell, R. F. et al (1977). On the Nature of Organizational Effectiveness in New Purposetives on Organizational Effectiveness. *Edited by paul S.Goodman and Johannes M.Pennings and Associates*. San Francisco: Jassay Bass.
- Chankaew, P., Noimuenwai, P., Wattanasrisin, J., (2021). actors Influencing Morale of Professional Nurses in the Area of Three Southern Border Provinces. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 41(3):
- Chedah, B., Choosuk, C. (2015). *Unrest Situations Affecting on The Job Performance of Local Government Officials in Three Boarder Provinces: The Case of Yaring District, Pattani Province*. Hatyai University, Songkhla. (In Thai)
- Chirawatkul, S., Chinlumprasert, N., Songwatana, P., Deoisres, W., Fongkhaew, W., Rungreonkulkij, S., (2011). Nursing Profession: A Meaning in Gender Perspective. *Thai Journal of Nursing Council*, 26(2): 26-41.
- Crawnoun, S., Hattakit, U., Poonyasopun, U., (2009). *Impacts of the Unrest Situation on Nurses Practicing in the Three Southern Border Provinces*. Prince of Songkhla University, Songkhla. (In Thai)
- Dendoung, N. (2011). Sex, roles in relationships, gender, and gender equality. *Office of Promotion gender equality Office of Women's Affairs and family institution Faculty of Social Sciences and Human Sciences*, Mahidol University, Bangkok. (In Thai)
- Hasuwankit, S. (2007). Forensic science lesson Southern fire situation. *Community Hospital Journal*, 9(1): 9-16.
- Hongladarom, C. (2012). *8 K's + 5 K's Human capital of Thai for ASEAN Community*. Bangkok: Chira Academy. (In Thai).
- Insuwan, P., (2014). Organizational Climate and quality of working life of professional nurses, nursing group, Sriratana Hospital Sisaket Province. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima*. 20(1): 55-66.
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3): 607-610.
- Lannava, P., Lerlertyuttitham, P., (2017). The strategies of fault concealment from others. *Journal of Liberal Arts, Prince of Songkla University, Hat Yai Campus*, 9(2)
- Lwandee, P., Amrumpai, Y. (2015). Job Motivation and Job Satisfaction among Nurses in Banphaeo Hospital Public Organization. *Kuakarun Journal of Nursing*, 22(1), 48-59.
- Nakpin, J. (2009). *Work life quality of professional nurses in hospitals in the three southern border provinces. (Master of Nursing Thesis)*. Chulalongkorn University, Bangkok. (In Thai)
- Pattayaboot, L. (2005). Raman Hospital and Adaptation amid the southern lights. *Community Hospital Journal*, 7(1): 27-30.

- Promeang, P., Suwanpong, N., Tippayamongkolkoon, M., Boonsuya, C., (2017). Quality of working life of registered nurses Nakhon Pathom Hospital. *Journal of Public Health*, 24(4).
- Rattanachaya, K. (2005). *Putting out the southern lights with the Thai state*. Bangkok.
- Rukhaw, T. (2020). *Factors affecting the quality of work life of personnel*. Under the Office of the President Burapha University Burapha University, Chonburi (in Thai)
- Sitakalin, P. (2005). *Organizational climate awareness and working motivation of community hospital nurses*. Phra Nakhon Si Ayutthaya Province (Independent study Master of Science degree). Kasetsart University, Bangkok. (In Thai)
- Subkaew, S., Boonyarit, S., Tanomchayatawat, B., (2016). A study of quality of life at work for employees of the Ministry of Public Health Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital *Journal of Social Science and Buddhist Anthropology*, 1(1): 13-20.
- Thepkarn, P., Prutipinyo, C., Phahuwatanakorn, W., Sirichotiratana, N., (2020). Perceptions of professional nurses regarding ethics and organizational culture in a university hospital. *Public Health policy & Laws Journal*. 6(2): 279-292.
- Waenkhwaen, N., Hinsui, J., (2020). The training needs of health personnel in accordance with health problems in Health Area 7. *Thai Dental Nurse Journal* 31(2): 27-40.
- Wantanang, K., (2017). Personnel Empowerment: An official view of the service of visionary leaders. *Management Agenda*. 15(1): 36-44.
- Youngsiri, S., (2019). Factors predicting quality of working life of full-time nurses Hospitals under the Ministry of Glamor. *Journal of Naval Medicine* 46(2): 396-415.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาภูมิปัญญาการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการรักษาโรคไข้: กรณีศึกษาหมอจิตร บุญเลื่อง อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง

A Study of Herbal Folk Medicine Wisdom to Treat the Flu: Case Study of Mr. Jitr Boonluang, Wang Wiset District, Trang Province

Received: Jan. 17, 2020

Accepted: Oct. 28, 2021

Published: Nov. 15, 2021

นันทิจพร พวงแก้ว, เจษฎา อุดมพิทยาสรรพ์, กมลวรรณ สุกแดง, พันศร รัตนมาและนัชมนีย์ หลง

Nuntitporn Puangkaew, Jadesada Udompittayasan, Kamolwan Sukdang,

Phansorn Rattanama and Nachmeen Hlong

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

Sirindhorn College of Public Health, Trang

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมุนไพรที่ใช้ในการรักษาโรคไข้ ของหมอจิตร บุญเลื่อง ทั้งในรูปแบบสมุนไพรเดี่ยวและตำรับยา งานวิจัยชิ้นนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการสังเกต (Observation) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ กล้องบันทึกภาพนิ่งและภาพเคลื่อนไหว เครื่องบันทึกเสียง และมีการวิเคราะห์ข้อมูลแบบเชิงพรรณนา

จากการศึกษาพบว่า ในด้านของการศึกษาภูมิปัญญา พบว่าหมอจิตร บุญเลื่อง ได้มีการสืบทอดภูมิปัญญาจากบรรพบุรุษ ในส่วนของการรักษาโรคไข้ของหมोजิตรนั้น หมोजิตรจะให้ความสำคัญไปกับการซักประวัติอาการของผู้ป่วยเบื้องต้น พร้อมกับการตรวจร่างกายโดยการ ดูลิ้น ดูตา ดูปลายมือ และจับชีพจร จึงจะสามารถวิเคราะห์อาการได้ว่าผู้ป่วยคนนั้นเป็นอะไร โดยสมุนไพรที่ใช้ในการรักษาโรคไข้ หากเป็นสมุนไพรเดี่ยว จะมีการใช้ฟ้าทะลายโจรทั้ง 5 ส่วน โดยนำมาต้มกิน 3 ครั้งแล้วเททิ้งห้ามกินเกิน หากเป็นตำรับยา หมोजิตรจะนิยมใช้ตำรับยาห้ารากล ซึ่งมีปรากฏอยู่ในคัมภีร์ตักศิลา โดยใช้สิ่งละ 2 บาท และมีการเพิ่มตัวยาสำหรับบำรุงกำลัง บำรุงหัวใจ แต่งรสแต่งกลิ่น โดยการใส่เกสรทั้ง 5 สิ่งละ 50 สตางค์ นอกจากนี้ยังมีตำรับยารักษาโรคไข้เป็นตำรับรอง อีกหลายตำรับ อาทิเช่น ยาดับพิษไข้ ยาแก้ไข้ ยาแก้ไข้ออกหัด ยาแก้ไข้มาลาเรีย ยาตัดรากไข้ทั้งปวง เป็นต้น

คำสำคัญ : ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้าน ตำรับยาสมุนไพร โรคไข้

Corresponding author: นันทิจพร พวงแก้ว E-mail address: nuntitporn@scphtrang.ac.th

Original article

Abstract

Received: Jan. 17,2020

Accepted: Oct. 28,2021

Published: Nov. 15,2021

The objective of this research study was to describe the use of traditional herbs and methods to treat the fever of Dr. Chit Boonleang. We conducted a qualitative study using in-depth interviews and observation using a camera recording of movies and still images. We also used a voice recorder to collect information during the in-depth interviews. We found that the treatment of Dr. Jit's fever focused on taking the history of the patient's initial symptoms. His medical providers also conducted a physical examination by looking at his tongue, eyes, tip of his hand, and taking his pulse to analyze his symptoms. The drugs used by Dr. Jit included a single blessing with all 5 panai, which were boiled and eaten 3 times, and then poured out. Do not overeat. For the drug recipe, Dr. Jit used the five root drug recipes, which cost 2 baht each, and nourished the heart by adding all 5 pollen, 50 satang, and additional things. In addition, there are also many recipes for the treatment of fever, such as antipyretic drugs, fever medicine, and antipyretic drug for measles. There is also a remedy for malaria which is a medicines containing cutting of roots for fever.

Keywords: Folk Traditional Medicine, Folk healers, Herbal, Herbal recipe, Flu

Corresponding author: Nuntitporn Puangkaew

E-mail address: nuntitporn@scphtrang.ac.th

บทนำ

ภูมิปัญญาการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการรักษาโรค นับเป็นองค์ความรู้ที่ได้จากความเชื่อในท้องถิ่น ที่ได้มีการสั่งสมและสืบทอดกันมารุ่นสู่รุ่น โดยผ่านวิธีการหลายอย่าง ได้แก่ การอนุรักษ์ การฟื้นฟู การพัฒนาและการประยุกต์ ทำให้องค์ความรู้เหล่านี้ยังคงมีประโยชน์ในสังคมปัจจุบัน Niamsuwan, 2013) ซึ่งการเลือกใช้สมุนไพรสำหรับการรักษาโรคตามองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย จะใช้หลักการพิจารณาตามรสยาและสรรพคุณให้ตรงตามสมุฏฐานการเกิดโรค หรือที่ต้งแรกเกิดของโรค (Statute Traditional Thai Medicine, 2013). โดยในการศึกษารั้งนี้ได้ทำการศึกษาเฉพาะเจาะจงไปที่การรักษาโรคไข้ เนื่องจากเป็นโรคที่พบได้บ่อยทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ และไข้บางชนิดยังสามารถติดต่อจากคนสู่คนได้ผ่านระบบทางเดินหายใจ เช่น ไข้หวัดใหญ่ หรือมีสัตว์เป็นพาหะสู่คน เช่น ไข้เลือดออก ไข้หวัดนก โดยองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ทุก ๆ ปีมีผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ที่มีอาการป่วยรุนแรงสูงถึง 3-5 ล้านคนและมีผู้เสียชีวิตประมาณ 250,000-500,000 ราย (Siriphakhamongkhon et al., 2018) และจากสถานการณ์ปัจจุบันของการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 พบว่าเป็นหนึ่งในโรคไข้ที่ก่อให้เกิดโรคในระบบทางเดินหายใจของมนุษย์ และยังไม่มียารักษาหรือสมุนไพรใดรักษาได้ทันทั่วทั้ง (Jetthammajak, 2020)

ในประเทศไทยพบว่า ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2563 - 2 มกราคม พ.ศ.2564 มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้ 122,301 ราย และรายงานผู้เสียชีวิต 4 ราย (Department of Disease Control, 2021) และในจังหวัดตรังพบว่า ตั้งแต่วันที่ 1 พ.ศ.2563 - 30 กันยายน พ.ศ.2563 มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ 34.98 ต่อแสนประชากร โดยพบอัตราป่วยสูงสุดที่อำเภอย่านตาและอำเภอสิเกา นอกจากนี้ยังพบอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 73.54 ต่อแสนประชากร โดยพบอัตราป่วยสูงสุดในอำเภอเมือง (Trang Provincial Public Health Office, 2021)

หลักการทางการแพทย์แผนปัจจุบันใช้จัดเป็นอาการที่เกิดขึ้นเมื่ออุณหภูมิในร่างกายเพิ่มสูงขึ้น และมีอาการ ปวดหัว หนาวสั่น ครั่นเนื้อครั่นตัว ปวดเมื่อยตามเนื้อตัว ร่วมด้วย โดยไข้เกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น การติดเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย การอักเสบ อาหารเป็นพิษ เป็นต้น (Archananuparb, 2010) ในด้านองค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทยได้กล่าวถึงโรคไข้ไว้ว่าเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของธาตุทั้ง 4 ในร่างกาย อันได้แก่ ปถวิธาตุ อาโปธาตุ วาโยธาตุ และเตโชธาตุ โดยถูกกล่าวไว้ในตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป 3 คัมภีร์ อันได้แก่ คัมภีร์ฉันทศาสตร์ คัมภีร์ตักสิลา และคัมภีร์สิทธิสารสงเคราะห์ ตัวอย่างเช่น ลักษณะของไข้แห่งวาโยธาตุที่ถูกกล่าวถึงในคัมภีร์ฉันทศาสตร์จะมีอาการนอนสะดุ้ง หดสติ เพื่อ เธอ อาเจียนแต่น้ำลาย มือเท้าเย็น หรือ โรคไข้ในคัมภีร์ตักสิลา ที่กล่าวถึงไข้พิษ ไข้กาฬ ซึ่งเป็นอาการไข้ที่มีผื่นผุดออกมาตามผิวหนังร่วมด้วย เช่น ไข้รากสาดปานแดง ผุดขึ้นมาเหมือนเมล็ดถั่วเล็ก ๆ มีสีแดง อยู่รวมกันเป็นหมู่ ๆ ทั่วทั้งตัว และในคัมภีร์สิทธิสารสงเคราะห์ที่กล่าวถึงโรคไข้ที่เกิดขึ้นในเด็ก เรียกว่า ไข้ล้าบองราหู เช่น ล้าบองราหูเกิดในเดือน 1 ที่กล่าวว่ามีอาการขนลุกชัน ผื่นขึ้นทั้งตัว สะดุ้ง ร้องไห้ไม่มีน้ำตา จับข้างขึ้นตาย จับข้างแรมไม่ตาย (Statute Traditional Thai Medicine, 2006). จะเห็นได้ว่าทางการแพทย์แผนไทย โรคไข้นั้น นอกจากจะมีอาการที่ร่างกายอุณหภูมิสูงขึ้นแล้ว ยังมีอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกร่างกายตั้งแต่เล็กน้อยถึงขึ้นอันตรายแก่ชีวิต สมุนไพรที่ใช้ในการรักษาไข้ส่วนใหญ่จะเป็นสมุนไพรที่มีรสจืด เย็น ขม เมื่อปรุงแต่งกันแล้วจะได้เป็นตำรับยาที่มีรสสุขุม หรือสุขุมเย็น ซึ่งหลักการในการรักษาโรคไข้นั้นคือ ต้องลดไข้ ลดความร้อน ไม่ว่าไข้นั้นจะมาจากอาการทางปิตตะ วาตะ หรือเสมหะ และต้องแก้อาการทางเสมหะร่วมด้วย (Nutmakul, 2020)

จากผลการสำรวจขององค์การเภสัชกรรมพบว่า คนไทยรับประทานยาแก้ปวดหรือพาราเซตามอลสูงถึง 100 ล้านเม็ดต่อปี ทั้ง ๆ ที่อาการเจ็บป่วยบางอย่างสามารถรักษาให้หายได้ด้วยยาสมุนไพร ในปัจจุบันพบว่ายังมีตำรับยาอีกมากที่มาจากประสบการณ์การใช้ของหมอพื้นบ้านในการรักษาโรค แต่ไม่ได้มีการบันทึกไว้เป็นเอกสารทางวิชาการ หมอจิตร บุญเลื่อง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ถือเป็นมรดกของการแพทย์แผนไทยอย่างหนึ่ง ที่ควรสืบทอดให้แก่คนรุ่นหลัง หรือนำมาประยุกต์ใช้กับคนในชุมชน จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรมีการอนุรักษ์องค์ความรู้เกี่ยวกับการรักษาไข้ที่สืบทอดกันมาตั้งแต่อดีตเพื่อนำมาประยุกต์ใช้และพัฒนาต่อไปในปัจจุบัน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านด้านการรักษาโรคไข้ด้วยตำรับยาสมุนไพรของหมอจิตร บุญเลื่อง

ระเบียบวิธีวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ใช้เครื่องมือในการสัมภาษณ์คือการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-depth - interview) การสังเกต (Observation) การจดบันทึกและการอัดเสียง โดยศึกษาภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านด้านการรักษาโรคไข้ด้วยตำรับยาสมุนไพรของหมอจิตร บุญเลื่อง ซึ่งเป็นประธานหมอพื้นบ้านของจังหวัดตรัง และในการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง เลขที่อ้างอิง P073/2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูล คือ หมอจิตร บุญเลื่อง ซึ่งเป็นประธานหมอพื้นบ้านของจังหวัดตรังและมีประสบการณ์ในการใช้ยาสมุนไพรในการรักษาโรคมามากกว่า 10 ปี

เครื่องมือในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทำโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพแบบภาคสนาม โดยผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การจดบันทึก และการบันทึกเสียงไปพร้อม ๆ กันขณะสัมภาษณ์ ในการสัมภาษณ์จะใช้แนวคำถามที่เป็นประเด็นกว้างๆ กำหนดขึ้นตามกรอบของการวิจัย ผู้วิจัยจะใช้การสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ (Informal interview) ในสถานที่ซึ่งหมอพื้นบ้านสะดวกให้ข้อมูล เพื่อเป็นการผ่อนคลายและรู้สึกเป็นอิสระในการตอบคำถาม ในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะให้ความสำคัญกับความระมัดระวัง การเข้าไปมีอิทธิพล ต่อระบบความคิดของผู้ให้ข้อมูล และเพื่อให้ข้อมูลที่ได้ไม่บิดเบือนไปจากความจริง โดยในการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง รวมการสัมภาษณ์ทั้งหมดเป็นจำนวน 5 ครั้ง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ทางด้านการวิจัยทางภูมิปัญญาและการแพทย์แผนไทย ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาประกอบด้วย ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และความครอบคลุมของเนื้อหา หลังผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามคำแนะนำและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

การเก็บรวบรวมข้อมูล (การสัมภาษณ์แบบเชิงลึก)

ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลด้วยตัวเองที่บ้านหรือพื้นที่ที่คัดเลือกโดยทำการศึกษาระหว่างเดือน กรกฎาคม – กันยายน 2563 โดยทำการลงศึกษาข้อมูลจำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง แบ่งเป็น ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการเก็บข้อมูลวิจัย ศึกษาข้อมูลการสร้างแบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบไม่เฉพาะเจาะจง และสร้างคำถามแบบปลายเปิด ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย โดยผู้วิจัยทำการติดต่อประสานงานกับหมอมจิตร บุญเลื่อง ในเรื่องของวัน เวลา และสถานที่ พร้อมทำหนังสือขออนุญาตในการทำการศึกษ จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง และเก็บข้อมูลหมอมจิตรที่บ้านจัดเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เจาะลึกถามหมอมจิตรที่บ้านโดยอาศัยการจดบันทึก บันทึกเสียงสัมภาษณ์ บันทึกภาพ และระยะที่ 3 ระยะรวบรวมข้อมูลและประเมินผล รวบรวมข้อมูลจากการจัดบันทึก เพราะถอดคลิปเสียงจากเครื่องบันทึกเสียง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากแบบสัมภาษณ์เชิงลึก และคลิปเสียง นำมาจัดหมวดหมู่ตามประเด็นที่ได้ทำการศึกษา

ผลการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา (Case study) โดยผู้วิจัยเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์หมอมจิตร บุญเลื่อง ณ บ้านเลขที่ 52 หมู่ที่ 1 ตำบลวังมะปรางเหนือ อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง จำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า

หมอมจิตร มีแรงจูงใจในการเป็นหมอมจิตรที่บ้านโดยสืบทอดมาจากบรรพบุรุษ มีรูปแบบในการรักษาที่เน้นไปในเรื่องของ การชกประวัติดอกการเบื้องต้นของคนไข้ที่เดินมาหา หากหมอมจิตรสามารถรักษาได้และมียาอยู่ในขณะนั้นก็จะจ่ายยาให้แก่คนไข้ไป แต่หากไม่ได้มียาอยู่ในขณะนั้น หมอมจิตรจะเขียนสูตรตำรับยาและวิธีใช้ให้คนไข้ไปหาซื้อตามร้านสมุนไพรตามสูตรที่ให้ไป หรือถ้าหากอาการของคนไข้ที่มาหนักจนเกินกว่าจะรักษาได้ หมอมจิตรก็จะให้คำแนะนำในการให้ไปพบแพทย์แผนปัจจุบัน

ส่วนการคิดค่าใช้จ่ายในการรักษา หมอมจิตร ไม่เคยคิดค่ารักษาจากผู้ป่วย แต่ถ้าผู้ป่วยต้องการจะให้ก็ทำตามจิตศรัทธา เพราะหมอมจิตรจะถือว่าการได้รักษาคนก็คือการช่วยคน

และจากการเก็บข้อมูลสามารถกล่าวถึงขั้นตอนในการรักษาโรคไข้ของหมอมจิตร ได้ดังนี้

1. การแยกรับผู้ป่วย: ถ้าคนไข้เดินมาหาด้วยโรคไข้จะต้องชกประวัติดอกการที่เป็นเบื้องต้นก่อนและทำการตรวจร่างกายโดยดูตา ดูลิ้น จับชีพจร และดูฝ่ามือ
2. การชกประวัติดอกการ การชกประวัติจะเริ่มจากการถามว่ามาด้วยอาการอะไร เป็นตั้งแต่เมื่อไร เป็นมานานแล้วยัง มักมีอาการกำเริบหรือเป็นมาชั่วนาน กินยาอะไรมาบ้าง ถ้าคนไข้มีกินยาแผนปัจจุบันจะต้องถามก่อนว่าสามารถกินคู่กับยาแผนไทยได้มั้ย
3. การวิเคราะห์อาการ การวินิจฉัยโรคและการวางแผนการรักษา จากการชกและประวัติและตรวจร่างกายเบื้องต้น จะสามารถวิเคราะห์การเกิดโรคได้ดังนี้

3.1 สังเกตตา

ตาซีตขาว มีระบบเลือดเข้ามาเกี่ยวข้อง

ตาเหลือง มีระบบทางเดินน้ำดีเข้ามาเกี่ยวข้อง และมักจะมีไข้สูง

ตาแดง ผู้ป่วยคนนั้นมีอาการไข้สูงมาก (ไข้ร้อน)

3.2 สังเกตลิ้น

ลิ้นขึ้นฝ้าและมีสีแดง แสดงว่าผู้ป่วยคนนั้นมีไข้สูง หรือ เรียกว่าเป็นลักษณะของไข้ร้อน

ลิ้นขึ้นฝ้าแต่ไม่แดง เป็นลักษณะของไข้เย็น ไม่รุนแรง

3.3 จับชีพจร หมอจิตรจะจับด้วยนิ้วโป้งเพียงนิ้วเดียว

ถ้าชีพจรเต้นแรง แสดงว่ามีลักษณะของไข้ร้อน

ถ้าชีพจรเต้นช้า แสดงว่าเป็นลักษณะของไข้เย็น

3.4 สังเกตปลายมือ

ถ้าปลายมือมีสีแดง แสดงว่าเป็นลักษณะของไข้ร้อน ถ้าปลายมือซีดหรือสีขาวและเป็นเส้น ๆ แสดงว่าเป็นลักษณะของไข้เย็น และถ้าจำแนกตามประเภทของโรคสามารถแบ่งได้ดังนี้

3.5 ไข้หวัดน้อย ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการไข้ แต่ไม่สูง มีน้ำมูก เจ็บคอในบางราย มีอาการปวดข้อ

3.6 ไข้หวัดใหญ่ ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการไข้สูง น้ำมูกค่อนข้างแห้ง และจะมีอาการปวดข้อร่วมด้วย

3.7 ไข้เลือดออก เป็นอาการไข้ที่ค่อนข้างรักษายาก มีอาการทั้งเจ็บทั้งร้อน นั่นก็คือ จะปวดศีรษะมากและร้อนในมาก และตามผิวหนังจะเริ่มมีจุดเลือดออก

3.8 ไข้เพ้อคลั่ง ผู้ป่วยจะตัวร้อนสูงมาก ตาเริ่มเหลือก ในตาแดง และจะพูดจาไม่ค่อยรู้เรื่อง อาการค่อนข้างหนักๆ ถ้ามาใช้ต่ำๆ เราจะปรับอุณหภูมิคนไข้ก่อน โดยใช้ยาร้อน ได้แก่ ไบเมอริกตำ ผสมพริกไทย หัวกระเทียม เจือเหล้าขาว ให้กินน้ำ ใช้เพ้อคลั่ง จะตัวร้อนมาก

ไข่ออกผื่น จำเป็นต้องกระทุ้งไข้ก่อนโดยใช้ยาหาราก และเกสรทั้ง 5 อบเชย โปยกัก (เพิ่มความร้อน ขับลม) ใช้ได้ทั้งโรคชิคุนคุนยา ไข้หวัดนก โรคซาส์ เพราะโรคไข้เหล่านี้จะมีอาการปวดข้อเรื้อรัง ส่วนไข้เลือดออก ค่อนข้างรักษายาก อาการทั้งเจ็บทั้งร้อน เจ็บหัวมาก ร้อนในมาก เป็นไข้ร้อน ข้างในจะมีปัญหามาก ตาจะแดง ลิ้นจะเป็นฝ้าและมีสีแดง ปลายมือจะสีแดง ชีพจรจะเต้นแรง ไข้เย็น ชีพจรเต้นช้า ตาจะซีด ลิ้นซีตขาวไม่แดง ปลายมือซีดเป็นเส้น ๆ ระยะเวลาในการรักษาต่อคน 20 – 30 นาที และจะมารักษาเพียง 1 ครั้ง ไม่ค่อยกลับมาให้ติดตามอาการ ถ้าผู้ไข้มีอาการไข้ผสมโรคของลมหมอกจิตรจะแก้โรคลมที่เดียว โดยการจ่ายยาปราบวาตาสองหก กินไม่เกิน 3 วันจะบรรเทาอาการลง จ่ายคนไข้โรคไข้ได้ แต่ต้องไม่ใช่ไข้ร้อน

หมอจิตร ได้กล่าวว่า การรักษาผู้ป่วยแต่ละรายย่อมมีความแตกต่างกัน เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนมาด้วยอาการและระยะเวลาที่เป็นแตกต่างกัน นอกจากนี้สภาพร่างกายและความแข็งแรงของแต่ละคนที่ไม่เหมือนกัน ทำให้ในการวิเคราะห์อาการในแต่ละรายแตกต่างกันออกไป แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นสิ่งที่หมอจิตรทำเหมือนกันในคนไข้ทุกรายคือการตรวจร่างกายโดยการจับชีพจร ดูลิ้น ดูตา ดูปลายมือ

หมอจิตรไม่มีการใช้อุปกรณ์ใด ๆ ในการรักษา จะเน้นการซักประวัติและตรวจร่างกายเป็นสำคัญ ส่วนระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาจะอยู่ที่ 30 นาที/ราย

นอกจากนี้หมอยังได้ให้คำแนะนำ/ข้อห้าม/ข้อควรระวังของผู้ป่วยโรคไข้ โดยยึดข้อห้ามตามคัมภีร์โรคไข้ทาง
การแพทย์แผนไทย (คัมภีร์ตักศิลา) ได้แก่

- 1) ห้ามวางยารสร้อน
- 2) ห้ามวางยารสเผ็ด
- 3) ห้ามวางยารสเปรี้ยว
- 4) ห้ามนวด
- 5) ห้ามประคบ
- 6) ห้ามฉุน้ำมัน
- 7) ห้ามฉุนเหล้า
- 8) ห้ามกิน / อาบ น้ำร้อน
- 9) ห้ามกินส้มมีผิว มีคื่น ห้ามกินกะทิ ห้ามกินน้ำมัน
- 10) ห้ามปล่อยปลิง (เอาโลหิตออก)

นอกจากนี้ยังห้ามออกกำลังกาย และหลังกินยาแล้วให้อนพักผ่อนเยอะ ๆ จนกว่าอาการจะดีขึ้น

ในส่วนของการติดตามผลการรักษา หมอยังมักจะไม่ได้มีการติดตามผลการรักษา โดยส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยจะ
โทรศัพท์มาบอกเล่าให้ฟังเองว่าอาการดีขึ้น/หายขาด

องค์ความรู้เรื่องการใช้สมุนไพรรักษาโรคไข้หวัด

เนื่องจากหมอยัง บัญเลื่อง ได้ทำการสั่งผลิตสมุนไพรจากร้านสมุนไพรแห่งหนึ่ง ในจังหวัดตรัง จึงไม่ได้มีการ
คัดเลือกสมุนไพรที่ใช้และไม่ทราบแหล่งที่มาของสมุนไพร ส่วนสมุนไพรเดียวที่ใช้ในการรักษาโรคไข้หมอยังจะนิยมใช้
“ฟ้าทะลายโจร” โดยใช้ทั้ง 5 ส่วน ได้แก่ ต้น ราก ใบ ดอก ผล โดยการนำมาต้มกับน้ำเปล่าต้มครบ 3 ครั้งแล้วทิ้งเลย
(ห้ามกินเกินกว่า 3 ครั้งจะอันตราย) อาการไข้จะบรรเทาลง นิยมใช้กับโรคไข้หวัดน้อยหรือคนที่อาการไข้ไม่สูงมาก เป็น
การบรรเทาอาการในเบื้องต้น ส่วนคนที่มาด้วยอาการไข้สูงในเบื้องต้นจะใช้ “บอระเพ็ด” ในการบรรเทาอาการก่อน โดย
ใช้บอระเพ็ดตำผสมกับน้ำต้มสุกเจือน้ำผึ้งรวงเล็กน้อย สามารถกินทุกวันได้ (หากไม่มีบอระเพ็ดสามารถใช้ชิงช้าชาลีแทนได้
แต่ฤทธิ์จะอ่อนกว่า)

ในส่วนของการรับประทานที่ใช้ในการรักษาโรคไข้ หมอยัง จะนิยมใช้ตำรับยา “ยาหาราก หรือ เบญจโลกวิเชียร” ซึ่ง
เป็นตำรับยาที่อยู่ในคัมภีร์ตักศิลา นิยมใช้กับโรคไข้ที่มีอาการออกผื่น ไข้หวัดใหญ่ หรือไข้ที่มีอาการปวดข้อ ประกอบด้วย
รากคนทา รากชิงชี รากย่านาง รากเห้ายายม่อม รากมะเดื่อชุมพร สิ่งละ 2 บาท และหมอยัง จะเพิ่มการแต่งรสแต่งกลิ่น
และสรรพคุณในการบำรุงกำลัง บำรุงหัวใจ โดยใช้เกสรทั้ง 5 สิ่งละ 50 สตางค์ ใส่เพิ่มลงไปด้วย ประกอบด้วย ดอกมะลิ
ดอกพิกุล ดอกบุนนาค ดอกสารภี ดอกบัวหลวง

นอกจากนี้ถ้าผู้ป่วยมาด้วยอาการไข้ร้อนสูงมาก จะใช้ใบตำลึง ใบย่านาง ใบเตยหอม ปั่นเอาแต่น้ำผสมน้ำผึ้งรวง
เล็กน้อยกินวันละ 3 เวลา ห้ามดื่ม เพราะถ้าดื่มจะเป็นยาร้อน อาการจะบรรเทาลงทันที

หมอยังยังได้เล่าถึงประสบการณ์ในการรักษาโรคไข้ที่ภาคภูมิใจว่า ได้มีเจ้าหน้าที่เกษตรอำเภอคนนึง (นาย
บัญชา อยู่ตำบลโคกหล่อ) มีอาการไข้หนาวสั่น และมีอาการปวดข้อ จากโรคชิคุนคุนยา (ขณะนั้นโรคชิคุนคุนยากำลัง
ระบาดในจังหวัดตรัง) รักษาด้วยหมอยังแผนปัจจุบันไม่หายขาด จนมาพบหมอยัง หมอยังบอกตำรับให้ไปซื้อยาสมุนไพร

ได้แก่ ยาหาราก สิ่งละ 2 บาท และเกสร 5 (บำรุงหัวใจ) สิ่งละ 50 สตางค์ ต้มกิน 3 วัน หายขาด ปรากฏว่าผู้ใช้ปฏิบัติตาม รุ่งเช้าหลังกินยา อาการดีขึ้น ผ่านมา 2 วันอาการไข้หายขาด หลังจากนั้นผู้ใช้คนนั้น ก็ได้ต้มยาให้กับคนในหมู่บ้านที่มีอาการเหมือนกัน ทำให้เกิดการบอกต่อจนผู้ใช้คนนี้กลายเป็นหมอเอง หมอจิตระภาคภูมิใจมาก เพราะเป็นการช่วยเหลือคนต่อไปเรื่อยๆ หมอจิตระไม่ได้มีการสืบทอดภูมิปัญญาในการรักษาอย่างเป็นทางการ แต่เมื่อมีใครที่ต้องการมาศึกษาหาความรู้ที่บ้านหมอจิตระ หรือนอกสถานที่ หมอจิตระก็จะบอกหมดในสิ่งที่ผู้สอบถามต้องการ โดยไม่ได้มีการหว่านความรู้

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่าการรักษาโรคด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยโดยการใช้สมุนไพรมักจะเป็นภูมิปัญญาองค์ความรู้จากหมอพื้นบ้านโดยไม่ต้องมีการใช้เทคโนโลยีหรืออุปกรณ์ต่าง ๆ แต่จะเน้นไปที่การเข้ารักษากับตัวผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการดำรงชีวิตของคนในชุมชน และด้วยกระแสการส่งเสริมสุขภาพโดยวิถีธรรมชาติในปัจจุบันบุคคลส่วนใหญ่มักหันมาพึ่งการรักษาด้วยกรรมวิธีทางการแพทย์แผนไทยมากขึ้น เมื่อพิจารณาจากตำรับยารักษาโรคไข้ของหมอจิตระ พบว่า ตำรับยาดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกันกับตำรับยาในคัมภีร์ตักศิลา ได้แก่ตำรับยาหาราก เพียงแต่ของหมอจิตระ มีการเพิ่มเติมในส่วนของสมุนไพรบำรุงธาตุ บำรุงกำลัง เพื่อใช้ในการรักษาโรคไข้ด้วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวัชรินทร์พรและคณะที่ได้ทำการศึกษาสมุนไพรแก้ไข้ในตำราการแพทย์ไทยเดิม (แพทยศาสตร์สงเคราะห์ ฉบับอนุรักษ์) เล่มที่ 1 ซึ่งพบว่าสมุนไพรในตำราบางตำรับมีฤทธิ์ในการบำรุงธาตุ บำรุงกำลังสำหรับรักษาโรคไข้ด้วยเช่นกัน (Prompituck et al., 2020) นอกจากนี้ในการรักษาของหมอจิตระ บุญเลื่อง นิยมใช้สมุนไพรในรูปแบบของยาต้มเนื่องจากยาต้มจะให้การออกฤทธิ์ที่เร็วกว่ายาในรูปแบบอื่น ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง ตำรับยาสมุนไพรสำหรับอาการตกขาว กรณีศึกษาหมอพื้นบ้านภาคใต้ หมอเสทือน หอมเกตุ ซึ่งนิยมใช้ยาในรูปแบบยาต้ม และสมุนไพรทุกตัวจะต้องผ่านการอบแห้ง เพื่อป้องกันการเกิดเชื้อราและการเปลี่ยนสภาพของตัวยา (Laohaprapanon, Yincharoen and Jitjun, 2019) และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของกรุณาและกัลยรัตน์ (2560) ที่มีการใช้ตำรับยาสมุนไพรโดยการต้มดื่ม ในการรวบรวมตำรับยารักษาโรคไข้ของหมอจิตระ บุญเลื่อง พบว่าโดยส่วนใหญ่สมุนไพรที่ใช้รักษาจะเป็นสมุนไพรที่มีรสขมเย็น และสรรพคุณของตัวยาดังกล่าวจะมีสรรพคุณในการลดความร้อนในร่างกาย ซึ่งพบว่าสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง การศึกษาการรักษาด้วยตำรับยาสมุนไพรใน 7 กลุ่มโรค กรณีศึกษาหมอประวิทย์ แก้วทอง จังหวัดสงขลา พบว่าโรคไข้เป็น 1 กลุ่มโรคที่ได้ทำการศึกษา และสมุนไพรที่ใช้รักษาโรคไข้ ของหมอประวิทย์ แก้วทอง เป็นยารสขมเย็น และมีสรรพคุณในการลดความร้อนในร่างกาย นอกจากนี้ยังสอดคล้องในประเด็นของความเชื่อเรื่องการไหว้ครูทางการแพทย์แผนไทย และการไม่ได้เก็บรักษาตำรับยาจากผู้ป่วย แล้วแต่ผู้ป่วยจะให้ตามจิตศรัทธา (Kesornmas et al., 2019) และจากการศึกษาวิจัยพบว่าหมอจิตระ มักจะใช้ตำรับยาในการรักษาโรคไข้ มากกว่าการใช้สมุนไพรเดี่ยว และใช้ตำรับยาที่เข้ากันกับคัมภีร์ทางการแพทย์แผนไทย ซึ่งมีความสอดคล้องกันกับการศึกษาวิจัยเรื่องยาสมุนไพรแก้ไข้ในตำราการแพทย์ไทยเดิม ที่ได้กล่าวว่าตามคัมภีร์การแพทย์แผนไทยมักใช้ตำรับยาในการรักษามากกว่าการใช้สมุนไพรเดี่ยว (วัชรินทร์พรและคณะ, 2563) และสมุนไพรที่ใช้ในตำรับยาแก้ไข้ นิยมใช้ในส่วนของการรักษาทำเป็นยา ซึ่งมีงานวิจัยที่ได้กล่าวถึงการสำรวจสมุนไพรพบว่าในตำรับยาแก้ไข้ มักใช้ราก

สรุป

จากงานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าในการรักษาผู้ป่วยโรคไข้ด้วยกรรมวิธีทางการแพทย์แผนไทยของหมอจิตร บุญเลื่อง จะมุ่งเน้นไปที่การซักประวัติ และการตรวจร่างกายเป็นสำคัญ เพื่อวินิจฉัยโรคตามอาการของคนไข้ในแต่ละราย และตำรับยาแก้ไข เป็นตำรับยาที่มีอยู่ในคัมภีร์การแพทย์แผนไทย แต่สำหรับการนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยจริงนั้น จะมีการแต่งรส แต่งกลิ่น และเพิ่มตัวยางบางตัวลงไปเพื่อเสริมสรรพคุณให้กับตำรับยานั้น และพบว่าสมุนไพรที่ใช้ในการแก้ไขมักใช้เป็นตำรับยามากกว่าการใช้สมุนไพรเดี่ยว

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองและเชิงคลินิกในอนาคต เพื่อที่จะได้เป็นตำรับยาแก้ไขที่มีผลการวิจัยรับรอง และเป็นตำรับที่สามารถใช้ในโรงพยาบาลได้อย่างแพร่หลายต่อไป

References

- Archananuparb, S. (2010). *Textbook on general medical examination*. Bangkok: Holistic publishing. (in Thai)
- Department of disease control. *Flu situation report Thailand 2020*. Retrieved From <https://ddc.moph.go.th/doe/news.php?news=16509>
- Dimie, O. (2011). Fever, fever patterns and diseases called ‘fever’ A review. *Journal of infection and Public Health*. 4, 108-124.
- Itrat, A., et al. (2007). *Knowledge on the Prevention and Treatment of Female Disease of Local Healers in Southern Thailand*. Bangkok: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Jaikaew, C. (2001). *On Being and Accepting of Traditional Medicine Persons : A Study of Ubon Ratchathani province*. Retrieved From https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_DOI=10.14457/NIDA.the.2001.233. (in Thai)
- Jetthammajak, W. (2020). *The Use of Herbs and Thai Traditional Medicine in the Care and Prevention of Coronavirus Disease 2019*. Retrieved From <http://rbpho.moph.go.th/upload-file/doc/files/14012021-113110-8732.pdf>. (in Thai)
- Juntaramano, S., & Swangareeruk, J. (2018). The Wisdom of Indigenous Healers in Cancer Treatment. *Journal of Thai Traditional & Alternative Medicine*. 15(3), 286-300. (in Thai)
- Juntaramano, S., Swangareeruk, J., & Khunboonchan. (2019). The Wisdom of Thai Indigenous Massage: Case study of 5 Indigenous Healers. *Journal of Thai Traditional & Alternative Medicine*. 17(1), 26-41. (in Thai)
- Kesornmas, S., Nakthaworn, K., Musikapong, K., & Viriyabubpa, C. (2019). A Study on the Treatment with Herbal Remedies in Seven Groups of Disease: A Case Study of Mr. Prawit Kaewthong, Songkhla Province. *Journal of Thai Traditional & Alternative Medicine*. 17(2), 263-279. (in Thai)
- Khamchai, S. (1998). *Effect of Folk Healer Grouping for Health Service*. (Master’s thesis). Chaing Mai University. Graduate School. (in Thai)
- Klawikkan N, Nukoolkarn V, Jirakanjanakit N, Yoksan S, Wiwat C and Thirapanmethee K. (2011). Effect of Thai Medicinal Plant Extracts against Dengue Virus *in vitro*. *Journal of Pharmaceutical Science*. 38(1-2), 13-18.
- Laohaprapanon, S., Yincharoen, K., & Jitjun, S. (2019). Traditional Herbal Recipes for Leucorrhea: A Case Study of Southern Folk Healer Mr. Saturn Homkat. *Journal of Thai Traditional & Alternative Medicine*. 17(2), 253-262. (in Thai)

- Niamsuwan, O. (2013). Herbal : Belief in the Choice of Southern Wisdom. Retrieved From [http://www.ttmed.psu.ac.th/blog.php?p=144]. (in Thai)
- Nutmakul T, Pattanapanyasat K, Soonthornchareonnon N, Shiomi K, Mori M and Prathanturarug S (2016) Antiplasmodial activities of a Thai traditional antipyretic formulation, Bencha-Loga-Wichian: a comparative study between the roots and their substitutes, the stems. *Journal of ethnopharmacology*. 193, 125-132.
- Nutmakul T. (2020). Tastes of Herbal Medicine Affecting on Principal Tastes (Ya Rot Prathan) Classification: A Discriminant Analysis. *Journal of Thai Traditional & Alternative Medicine*. 18(1). 135-146. (in thai)
- Promptituck, W.. et al. Thai traditional herbal medicines used to treat fever in Tamra Kanphaet Thaidoem (Phae ttayasat Songkhro Chabap Anurak) Volume 1: an analysis based on Thai traditional pharmacy and their scientific evidence. *Siriraj Medical Bulletin*. 13(4). 232-246.
- Siriphakhamongkhon, S., Siramaneerat, Issara., & Siriphakhamongkhon, S. (2018). *The comparison of preventive behavior of influenza virus among outpatients with and without chronic disease in Nakorn Sawan province*. Office of Disease Prevention and Control 7, Khonkhan. 25(3). 1-11.
- Singkaew, T. (2006). Knowledge of traditional healers in the care of Isan people: Case studies of Wapi Pathum District And Nadun district Mahasarakham Province. (Master's thesis). Mahasarakarm University. Graduate School. (in Thai)
- Statute Traditional Thai Medicine. (1999). *Statute Traditional Thai Medicine*. Retrieved From [http://www.thaimed.or.th/wp-content/uploads/2017/05/ Statute Traditional Thai Medicine 1999.pdf]. (in Thai)
- Statute Traditional Thai Medicine. (2013). *Statute Traditional Thai Medicine*. Retrieved From [http://www.thaimed.or.th/wp-content/uploads/2017/05/ Statute Traditional Thai Medicine 2013.pdf]. (in Thai)
- Subcharoen, P. (1995). *History and Revolution Traditional Thai Medicine*. Bangkok : Traditional Thai Medicine. *The Wisdom of using Traditional Herb in Health Care*. Retrieved 15 June 2020. From [http://www.thaiexplore.net/file_upload/submitter/file_doc/a383c5966ded1e8dbd42e6128f5cbe32.pdf]. (in Thai)
- Subhadhirasakul, S., & Jaisaman, S. (2014). Study on Indigenous Knowledge of Thai Folk Healer: A Case Study of Mr. Prawit Kaewthong. *Songkhlanagarind Journal*. 20(1), 161-183. (in Thai)
- Thai Traditional Medical Council. (2549). *History of Traditional Thai Medicine*. Genaral textbooks of traditional thai medicine Book 1. (in Thai)

- Thai Traditional Medical Council. (2549). *History of Traditional Thai Medicine*. General textbooks of traditional thai pharmacy medicine. (in Thai)
- Trang provincial public health office. (2021). *Health government action plan 2564*. Retrieved From <http://tro.moph.go.th/plan/plan2564/plan2564.pdf>. (in Thai)
- Wanset, S., & Onchomchant, D. (2018). A Study of Medicinal Plants Utilization of Folk Healers: A Case Study of Folk Healers in Chiang Rai Province Thailand. *Journal of Thai Traditional & Alternative Medicine*. 16(3), 420-435. (in Thai)

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: Oct. 9, 2020

Accepted: Aug. 9, 2021

Published: Nov. 10, 2021

ความสัมพันธ์ระหว่างพหุปัจจัยเชิงนิเวศวิทยาสังคมกับความเสี่ยงต่อการ พลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านปึก อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

The Relationship between Multi-socioecological Factors and Risk of Falls among Elderly in Ban Peuk Sub-district, Mueang District, Chonburi Province

วรัญญุติศา ทรัพย์ประเสริฐ¹ ทอแสง พรหมนิวงศ์¹ วรวรรณ แก้วราช¹ สิริวรรณ มีสะอาด¹

อภิญญา สืบจากหล้า¹ อัสวาศน์ อุดมยง¹ อารณีย์ ศรีลัมภ์¹

¹ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

Warunsicha Supprasert¹ Tosang Prommanee Wong¹ Worawan Kaewrat¹ Sirawan Misaard¹

Apinya Suebjakhlai¹ Aussawaart Udomyong¹ Aranee Sorralump¹

¹Department of Public Health, Sirindhorn College of Public Health, Chonburi

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพหุปัจจัยเชิงนิเวศวิทยาสังคมกับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ตำบลบ้านปึก อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวนทั้งสิ้น 317 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการกลัวหกล้ม แบบประเมิน Barthel ADL แบบสอบถามการทําบาทบาทหน้าที่ของครอบครัว แบบสอบถามการสนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุโดยชุมชน และแบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (Thai-FRAT) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation)

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 47.20 มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ อายุ ($r = 0.235$, $p\text{-value} = < 0.001$) การกล้วการล้ม ($r = 0.348$, $p\text{-value} = < 0.001$) รายได้ (Cramer's $V = 0.160$, $p\text{-value} = 0.044$) การอยู่อาศัย (Cramer's $V = 0.164$, $p\text{-value} = 0.044$) และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Cramer's $V = 0.184$, $p\text{-value} = 0.001$) ปัจจัยระดับครอบครัว ได้แก่ การทําบาทบาทหน้าที่ของครอบครัว ($r = -0.508$, $p\text{-value} = < 0.001$) และปัจจัยระดับชุมชน ได้แก่ การสนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุโดยชุมชน ($r = -0.475$, $p\text{-value} = < 0.001$) ส่วนดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: พหุปัจจัยเชิงนิเวศวิทยาสังคม, ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม, ผู้สูงอายุ

Corresponding author: วรัญญุติศา ทรัพย์ประเสริฐ, E-mail: jajapk_lek@hotmail.com

*Original article***Abstract***Received: Oct. 9, 2020**Accepted: Aug. 9, 2021**Published: Nov. 10, 2021*

This cross-sectional study aimed to investigate the relationship between multi-socioecological factors and risk of falls among elderly. We recruited 317 elderly people, who were aged 60 years old and above, in the Ban Peuk sub-district, Mueang district, Chonburi province, Thailand by multi-stage random sampling. Data were collected by an interviewing questionnaire comprising six parts; demographic information, fear of falling, Barthel Activities of Daily Living (Barthel ADL), family functioning regarding elderly fall prevention, aged-friendly environment supported by local community, and the Thai Falls Risk Assessment Test (Thai-FRAT). We analyzed data using descriptive statistics, including frequency, percent, mean, standard deviation, and inferential statistics, including Chi-square test and Pearson product-moment correlation coefficient.

The findings indicated that approximately 47.20 % of the elderly had a risk of falls. Personal level factors, including age ($r = 0.235$, $p\text{-value} \leq 0.001$), fear of falling ($r = 0.348$, $p\text{-value} \leq 0.001$), family income (Cramer's $V = 0.160$, $p\text{-value} = 0.044$), cohabitation with family (Cramer's $V = 0.164$, $p\text{-value} = 0.044$), and illness with chronic disease (Cramer's $V = 0.184$, $p\text{-value} = 0.001$), were associated with increased risk of falls of the elderly ($p < 0.05$). Family level factors including well-functioning family ($r = -0.508$, $p\text{-value} \leq 0.001$) and community level factors including elderly-friendly environment supported by local community ($r = -0.475$, $p\text{-value} \leq 0.001$) were associated with the risk of falls of the elderly ($p < 0.05$). In contrast, educational level, marital status, body mass index, and ADL were not significantly related to the risk of falls of the elderly in our study.

Keyword: Multi-socioecological factors, Risk of falls, Elderly

Corresponding author: Warunsicha Supprasert, E-mail: jajapk_lek@hotmail.com

บทนำ

ปัจจุบันประชากรโลกมีสัดส่วนของผู้สูงอายุร้อยละ 12 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งทวีปเอเชียมีประชากรสูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 56 ของประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก สำหรับประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2005 และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ.2021 จะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ เมื่อมีอายุที่เพิ่มมากขึ้นร่างกายเกิดความเสื่อมถอย จึงนำมาสู่การพลัดตกหกล้ม ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเสียชีวิตของกลุ่มการบาดเจ็บโดยไม่ได้ตั้งใจ (Lecktip, Woratanarat, Bhubhanil & Lapmanee, 2019) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประชากรผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มสูง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มวัยอื่น ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกรายงานอุบัติการณ์ของการหกล้ม มีผู้เสียชีวิตจากการหกล้มประมาณปีละ 646,000 คน หรือเฉลี่ยวันละ 1,770 คน (World Health Organization, 2018) จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุ มีประสบการณ์พลัดตกหกล้มอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ซึ่งอุบัติการณ์ของการหกล้มจะเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยพบว่า ร้อยละ 28-35 ของผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์ของการหกล้มอย่างน้อย 1 ครั้งในระยะเวลา 1 ปี และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 32-42 ในกลุ่มผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป ในส่วนของข้อมูลนี้สอดคล้องกันทั่วโลก และยังมีแนวโน้มการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Srichang & Kawee, 2016)

จากการสำรวจความชุกของการหกล้มในประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยในปี พ.ศ.2559 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี พบอุบัติการณ์การล้มร้อยละ 18.7-19.8 ขณะที่ผู้สูงอายุเสียชีวิตจากการหกล้มกว่า 900 คนหรือเฉลี่ยวันละ 3 คน โดยเฉพาะผู้สูงอายุในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่า ขณะที่กลุ่มอายุ 60-69 ปี และอายุ 70 -79 ปี เพิ่มขึ้นถึง 2 เท่า ภายในระยะเวลา 7 ปี และจำนวนผู้สูงอายุแจ้งเหตุขอรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service: EMS) ทั้งหมดจากการหกล้มปี พ.ศ.2556-2560 เฉลี่ย 50,000 ครั้งต่อปีหรือ 6 ครั้ง/ชั่วโมง (Srichang & Kawee, 2016) นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาสถานการณ์การหกล้มของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำแนกรายเขต ปี พ.ศ.2560 พบว่า จังหวัดชลบุรี ซึ่งอยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ 6 มีอัตราการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับ 3 และมีแนวโน้มการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้น (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2018) ตำบลบ้านปึก อำเภอมะเมือง จังหวัดชลบุรี มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุจำนวนทั้งสิ้น 1,194 ราย จากการศึกษาสำรวจคัดกรองผู้สูงอายุ จำนวน 30 ราย โดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม (Fall Risk Assessment Tool) ตามแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (Assantachai, 2008) พบว่า ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม สูงถึง 22 ราย หรือ คิดเป็นร้อยละ 73.33 โดยผู้ที่มีความเสี่ยงระดับต่ำ และเสี่ยงระดับปานกลาง มีจำนวนกลุ่มละ 11 ราย หรือ คิดเป็นร้อยละ 50 จากผู้ที่มีความเสี่ยงทั้งหมด และจากการสำรวจสภาพแวดล้อมภายในบ้านของผู้สูงอายุ พบว่า แสงสว่างภายในบ้านไม่เพียงพอ ไม่มีราวบันได ลักษณะพื้นรอบบ้านขรุขระ และการจัดวางสิ่งของภายในบ้านไม่เป็นระเบียบ

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ของ Lecktip, Woratanarat, Bhubhanil & Lapmanee (2019) จากฐานข้อมูลงานวิจัย PubMed, Scopus และ Web of science ระหว่างปี ค.ศ.1997-2017 พบว่า แม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับอุบัติการณ์การป้องกันการหกล้ม และผลกระทบของการหกล้มอย่างต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตาม ปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ยังไม่พบข้อสรุปที่แน่ชัด จากทฤษฎีนิเวศวิทยาสังคม (Social ecological theory) ของบรอนเฟ็นเบรินเนอร์ (Bronfenbrenner) เชื่อว่า การเกิดพฤติกรรม ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยปัจจัยเพียงปัจจัยเดียว ปัจจัยที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมนั้น เป็นความสัมพันธ์ที่ซับซ้อน ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ที่อยู่

รอบตัวบุคคลมากที่สุดและขยายออกไปรอบๆ ตัวบุคคลตั้งแต่บ้าน โรงเรียน ชุมชน จนถึงโครงสร้างทางสังคมที่ใหญ่ขึ้น (Bronfenbrenner, 1994) จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่า ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยภายใน ได้แก่ อายุที่มากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ความผิดปกติของการเดินและการทรงตัว ปัญหาในการมองเห็น และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันบกพร่อง จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องในการทรงตัว รวมถึงผู้สูงอายุที่กลัวต่อการหกล้ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติการหกล้มมาก่อน และผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังต่าง ๆ มีความเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีความบกพร่องทางร่างกายและจิตใจ (Boonkerd, 2018) ส่วนการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านไม่เหมาะสม เช่น แสงสว่างไม่เพียงพอ พื้นลื่น ชันบันไดแคบเกินไป ไม่มีราวบันได เป็นต้น เป็นปัจจัยภายนอกที่สำคัญที่ส่งผลต่อความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ (Praditpornsilp, Kuankit, Triprasertsook, Manuswanish, Pethloulean & Chattranukool, 2018; World Health Organization, 2008) จะเห็นได้ว่า ปัจจัยดังกล่าวมีความเชื่อมโยงและสอดคล้องกับปัจจัยหลายระดับตามแนวคิดนิเวศวิทยาสังคม แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า ยังมีการศึกษาค้นขำน้อยเกี่ยวกับปัจจัยระดับครอบครัวและชุมชนที่ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริบทสังคมไทยในเขตเมือง (Lecktip, Woratanarat, Bhubhanil & Lapmanee, 2019)

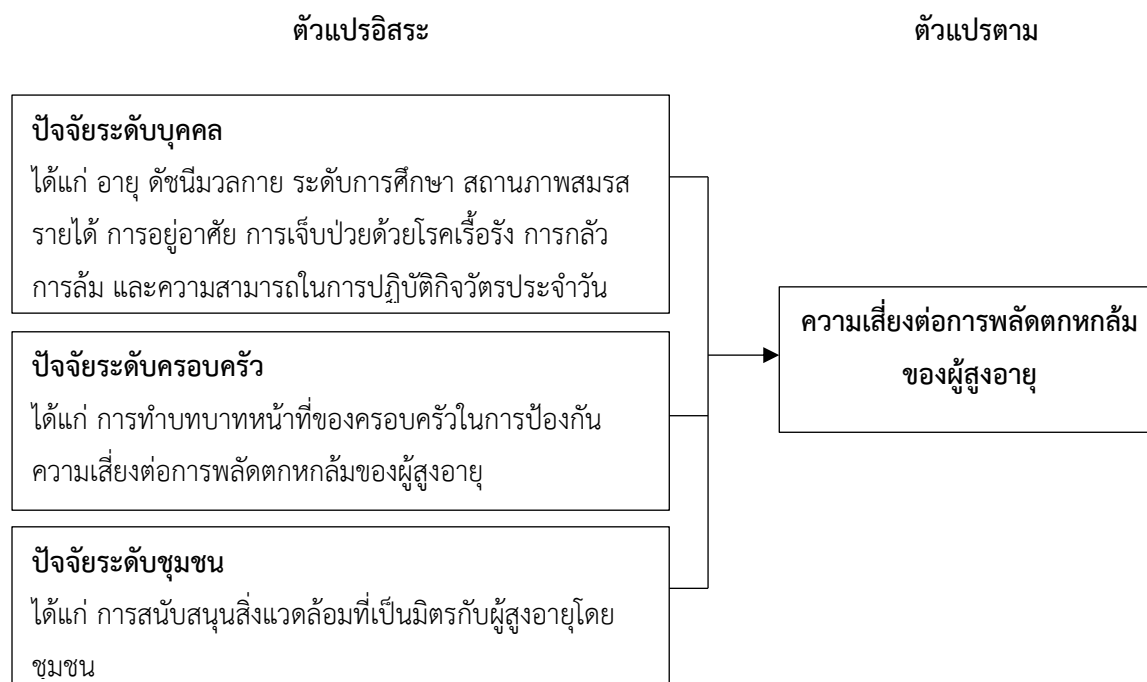
จากที่กล่าวมาข้างต้น คณะผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงสนใจทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในตำบลบ้านปึก อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ซึ่งมีบริบทของพื้นที่ เป็นชุมชนผู้สูงอายุในบริบทเขตเมือง โดยการวิจัยครั้งนี้ ได้นำทฤษฎีนิเวศวิทยาสังคม ซึ่งจะทำให้สามารถค้นพบปัจจัยเชิงสาเหตุทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน มาใช้เป็นกรอบแนวทางในการศึกษา ประกอบด้วย ปัจจัยระดับจุลภาค (Microsystem) ปัจจัยระดับกลาง (Mesosystem) ปัจจัยภายนอก (Exosystem) และปัจจัยระดับมหภาค (Macrosystem) ซึ่งปัจจัยระดับจุลภาค (Microsystem) คือ ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ การอยู่อาศัย การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การกลัวการล้ม และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัจจัยระดับกลาง (Mesosystem) คือ ปัจจัยระดับครอบครัว ได้แก่ การทำบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในการป้องกันความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ ตามแนวคิดการทำบทบาทหน้าที่ของครอบครัวของแม็คมาสเตอร์ (McMaster Model of Family Functioning: MMFF) ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อตอบสนองความต้องการทั้งด้านอารมณ์ชีวภาพ สังคม และมีผลต่อการดำรงชีวิตของสมาชิกในครอบครัว ที่อาจส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (Epstein, Bishop & Baldwin, 1982) ส่วนปัจจัยภายนอก (Exosystem) และปัจจัยระดับมหภาค (Macrosystem) คือ ปัจจัยระดับชุมชน ได้แก่ การสนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุโดยชุมชน ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่อยู่ชั้นนอกสุดของระบบนิเวศวิทยาเชิงสังคม สำหรับการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยสนใจศึกษาการสนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุโดยองค์กรชุมชนตามแนวทางเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ (Age-friendly City) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2007) ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนในการดูแลป้องกันความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ปกติสุขตามอัตภาพ สามารถช่วยเหลือตนเองได้บนพื้นฐานบริบทและการมีส่วนร่วมของชุมชนได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านปึก อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนกับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลบ้านปึก อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

คณะผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีนิเวศวิทยาสังคมมาใช้เป็นกรอบแนวทางในการศึกษาดังนี้



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม พ.ศ.2563

ประชากรในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลบ้านปึก อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวนทั้งสิ้น 1,290 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (Inclusion criteria) คือสามารถอ่านออก เขียนได้ และไม่มีควมบกพร่องในเรื่องความคิด ความจำ โดยผ่านการคัดกรองด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย: MMSE-Thai 2002 ยินยอมให้สังเกตสภาพแวดล้อมภายในบ้านและยินยอมเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ ส่วนเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) คือไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน หรือเจ็บป่วยจนไม่สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยได้ในระหว่างการวิจัย

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณที่ทราบประชากรแน่นอนของ Daniel (2010)

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

โดยระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้ เท่ากับ 0.05 และใช้ค่าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชลบุรี ในปี พ.ศ.2560 ที่มีประวัติการหกล้มในรอบปีที่ผ่านมา ซึ่งมีค่าสัดส่วนเท่ากับ 0.44 (Muangsiri, Maharachpong & Rodjarkpai, 2017) คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 287.65 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายหรือความไม่ครบถ้วนของข้อมูลที่จะนำมาวิเคราะห์ จึงบวกเพิ่มอีก 10% ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 317 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) โดยคัดเลือกตามสัดส่วนจำนวนประชากรจาก 7 หมู่บ้าน ในตำบลบ้านปึก อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำแนกตามเพศโดยใช้สูตร Stratified sampling for proportion to size formulas จากนั้น สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากจากทะเบียนรายชื่อของผู้สูงอายุในแต่ละหมู่เพื่อให้ได้จำนวนและสัดส่วนของเพศชายเพศหญิงตามที่ต้องการไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถามวิจัย ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ การอยู่อาศัย และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการกัวหล้มในระหว่างปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ สร้างขึ้นจากการประยุกต์แบบประเมินอาการกัวหล้มของจิตติมา บุญเกิด (Boonkerd, 2018) จำนวน 10 ข้อ ซึ่งข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบบให้เลือกตอบ 4 ระดับ ได้แก่ ไม่กัวหล้มเลย กัวหล้มเล็กน้อย กัวหล้มมากและกัวหล้มมากที่สุด การแปลผลระดับคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ (Bloom, 1956) ได้แก่ กัวหล้มน้อย (0-19 คะแนน) ปานกลาง (20-31 คะแนน) และมาก (32 คะแนนขึ้นไป)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คณะผู้วิจัยได้นำดัชนีบาร์เธลเอดีแอล จากคู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขมาใช้ (Department of Medical Service, Ministry of Public Health, 2015) จำนวน 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแตกต่างกันตามศักยภาพในแต่ละด้าน และสามารถแปลผลได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (0-4 คะแนน) กลุ่มติดบ้าน (5-11 คะแนน) และกลุ่มติดสังคม (12 คะแนนขึ้นไป) (Department of Medical service, Ministry of Public Health, 2015)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการทาบบาทหน้าที่ของครอบครัวในการป้องกันความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ สร้างขึ้นจากการประยุกต์แนวคิดการทาบบาทหน้าที่ของครอบครัว (Family Functioning) (Epstein, Bishop & Baldwin, 1982) จำนวน 12 ข้อ ซึ่งข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบบให้เลือกตอบ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด การแปลผลระดับคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ (Best, 1997) ได้แก่ มีการทาบบาทหน้าที่ของครอบครัวน้อย (1.00 – 2.33 คะแนน) ปานกลาง (2.34 – 3.66 คะแนน) และมาก (3.67 – 5.00 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุโดยชุมชน สร้างขึ้นจากการประยุกต์แนวคิดเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-Friendly City) (World Health Organization, 2007) จำนวน 16 ข้อ ซึ่งข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบบให้เลือกตอบ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด การแปลผลระดับคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ (Best, 1997) ได้แก่ มีการ

สนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (1.00 – 2.33 คะแนน) ปานกลาง (2.34 – 3.66 คะแนน) และมาก (3.67 – 5.00 คะแนน)

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ คณะผู้วิจัยได้นำแบบประเมิน Thai Falls Risk Assessment Test (Thai-FRAT) โดยสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขมาใช้ (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2018) จำนวน 6 ข้อ ซึ่งประเด็นความเสี่ยงในการประเมิน ประกอบด้วย เพศ การมองเห็น การทรงตัว การช้ำา ประวัติการหกล้ม และสภาพบ้านที่อยู่อาศัย เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) สามารถแปลผลได้เป็น 2 ระดับ ได้แก่ ไม่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (0-3 คะแนน) และมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (4-11 คะแนน)

ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามเพื่อหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item objective Congruence: IOC) อยู่ในช่วง 0.77-0.97 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้แก่ ผู้สูงอายุในตำบลอ่างศิลา อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 30 ราย และคำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคสำหรับแบบสอบถามในส่วนที่คณะผู้วิจัยพัฒนาหรือปรับปรุงขึ้น ได้แก่ ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการกลัวหกล้มในผู้สูงอายุ มีค่าเท่ากับ 0.882 ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการทบทวนหน้าที่ของครอบครัวในการป้องกันความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ มีค่าเท่ากับ 0.830 และส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุโดยชุมชน มีค่าเท่ากับ 0.887

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี ตามเอกสารรับรองหมายเลข 2020/S2 เมื่อวันที่ 28 เดือน มกราคม พ.ศ.2563 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทีมคณะผู้วิจัยประชุมวางแผนและทำความเข้าใจในรายละเอียดของแบบสอบถาม ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปึก เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้อำนวยการควบคุม โดยจะใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 20 นาที คณะผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบและให้อิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้สมัครใจลงนามในเอกสารยินยอมตน ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ และจะถูกทำลายเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย และจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation coefficient) และการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การศึกษาครั้งนี้ได้มีการทดสอบการกระจายของข้อมูล (Normality Test) ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า ข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ (Normal Distribution)

ผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.60 อยู่ในช่วงผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 55.00 ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน ($\bar{X}$ = 24.54, S.D. = 3.85, Max = 42.27, Min = 17.30) ซึ่งประกอบด้วย มีน้ำหนักเกิน (23.0 - 24.9 กก/ม²) ร้อยละ 24.50 โรคอ้วนระดับ 1 (25.0 - 29.9 กก/ม²) ร้อยละ 28.10 และโรคอ้วนระดับ 2 ($\geq$ 30 กก/ม²) ร้อยละ 11.00 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 78.90 สถานภาพคู่ ร้อยละ 52.50 และมีรายได้ครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 50.30 ($\bar{X}$ = 6,649.53, S.D. = 5,702.68, Max = 30,000, Min = 600) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวของบุตรหลาน/ญาติ ร้อยละ 69.50 อยู่ลำพังคนเดียว ร้อยละ 6.60 มีภาวะป่วยด้วยโรคเรื้อรัง สูงถึง ร้อยละ 79.49 โดยส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 59.92 โรคเรื้อรังที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 50.70 มีความกลัวการหกล้มในระดับปานกลาง รองลงมา คือ มีความกลัวการหกล้มในระดับน้อยและระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 37.40 และ 11.90 ตามลำดับ โดยผู้สูงอายุกลัวการหกล้มขณะเดินบนพื้นเปียกน้ำหรือพื้นขัดเงามากที่สุด และกลัวหกล้มในขณะที่ทำอาหารน้อยที่สุด ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม ซึ่งช่วยเหลือตัวเองได้ดี ร้อยละ 98.70 ส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 1.30 เป็นกลุ่มติดบ้าน ครอบครัว ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 53.80 มีการทำบทบาทหน้าที่ในการป้องกันความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในระดับปานกลาง โดยครอบครัวของผู้สูงอายุมีการทำบทบาทหน้าที่ของครอบครัวมากที่สุด ในเรื่องการจัดเตรียมสิ่งของจำเป็น และน้อยที่สุดในเรื่องการสนใจดูแลผู้สูงอายุยามเจ็บป่วย และการพูดคุยรับความเข้าใจกันเมื่อมีปัญหาขัดแย้งกัน สำหรับการสนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 64.20 ของกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าจะองค์กรชุมชนให้การสนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในระดับปานกลาง โดยมีการสนับสนุนมีการสนับสนุนในเรื่องการไปใช้สิทธิ์เลือกตั้งมากที่สุดและน้อยที่สุดในเรื่องสนับสนุนระบบขนส่งและยานพาหนะ เช่น จัดหาที่นั่งพิเศษสำหรับผู้สูงอายุบนรถประจำทางสาธารณะ เป็นต้น จากการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม พบว่า ร้อยละ 47.50 ของผู้สูงอายุ มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เมื่อพิจารณาความเสี่ยงตามรายการประเมิน Thai-FRAT พบว่า ร้อยละ 56.60 ของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเป็นเพศหญิง มีการมองเห็นผิดปกติ ร้อยละ 30.20 มีการทรงตัวบกพร่อง ร้อยละ 86.80 ส่วนใหญ่มีการใช้ยารักษาโรคตั้งแต่ 1 ชนิดขึ้นไป ได้แก่ ยานอนหลับ ยาแก้ปวดประสาทร ยาลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ ร้อยละ 76.40 สภาพบ้านที่อยู่อาศัยไม่ปลอดภัย (อยู่บ้านพักสูงตั้งแต่ 1.5 เมตรขึ้นไป ต้องขึ้นลงโดยใช้บันได) ร้อยละ 31.80 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความกลัวการหกล้ม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำบทบาทหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุโดยชุมชนและความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (n = 317)

ปัจจัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความกลัวการหกล้ม		
กลัวการหกล้มน้อย	118	37.40
กลัวการหกล้มปานกลาง	161	50.70
กลัวการหกล้มมาก	38	11.90
ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน		
กลุ่มติดสังคม	314	98.70
กลุ่มติดบ้าน	3	1.30
กลุ่มติดเตียง	-	0.00
ระดับการทำบทบาทหน้าที่ของครอบครัว		
การทำบทบาทหน้าที่ของครอบครัวน้อย	26	8.50
การทำบทบาทหน้าที่ของครอบครัวปานกลาง	171	53.80
การทำบทบาทหน้าที่ของครอบครัวมาก	120	37.70
ระดับการสนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุโดยชุมชน		
การสนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุน้อย	3	0.90
การสนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุปานกลาง	204	64.50
การสนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุมาก	110	34.60
ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ		
ไม่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	167	52.80
มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	150	47.20

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนกับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ อายุและการกลัวการล้ม มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำมากและระดับต่ำตามลำดับ กับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ($r = 0.235$, $p\text{-value} \leq 0.001$ และ $r = 0.348$, $p\text{-value} \leq 0.001$ ตามลำดับ) รายได้ (Cramer's $V = 0.160$, $p\text{-value} = 0.044$) การอยู่อาศัย (Cramer's $V = 0.164$, $p\text{-value} = 0.044$) และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Cramer's $V = 0.184$, $p\text{-value} = 0.001$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยระดับครอบครัว ได้แก่ การทำบทบาทหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงผกผันในระดับปานกลางกับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ($r = -0.508$, $p\text{-value} \leq 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยระดับชุมชน ได้แก่ การสนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุโดยชุมชน มีความสัมพันธ์เชิงผกผันในระดับต่ำกับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ($r = -0.475$, $p\text{-value} \leq 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ($p = 0.221$, $p = 0.426$, $p = 0.337$ และ $p = 0.160$ ตามลำดับ) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับบุคคลกับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) ($n = 317$)

ปัจจัย	ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม				χ^2 (df)	p-value	Cramer's V
	เสี่ยง		ไม่เสี่ยง				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ระดับการศึกษา							
ไม่ได้รับการศึกษา	115	45.80	136	54.20	3.961	0.426	0.112
ประถมศึกษา	17	47.20	19	52.80	(4)		
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	2	50.00	2	50.00			
อนุปริญญา/ปวส.	4	44.40	5	55.60			
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	12	70.60	5	29.40			
สถานภาพสมรส							
โสด	12	54.50	10	45.50	3.376	0.337	0.103
คู่	71	42.50	96	57.50	(3)		
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	19	54.30	16	45.70			
หม้าย	48	51.60	45	48.40			
รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท)							
น้อยกว่า 5,000	87	54.40	73	45.60	8.105	0.044*	0.160
5,001-10,000	48	42.10	66	57.90	(3)		
10,001-15,000	4	25.00	12	75.00			
มากกว่า 15,000	11	40.70	16	59.30			
การอยู่อาศัย							
อยู่คนเดียว	15	71.40	6	28.60	8.537	0.034*	0.164
อยู่กับคู่สมรสเพียงลำพัง	34	50.00	34	50.00	(3)		
อยู่กับบุตรหลาน/ญาติ	100	45.20	121	54.80			
อยู่กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	1	14.30	6	85.70			
โรคเรื้อรัง							
ไม่ป่วยเป็นโรค	19	29.20	46	70.80	10.731	0.001*	0.184
ป่วยเป็นโรค	131	52.00	121	48.00	(1)		

หมายเหตุ *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนกับความเสี่ยงต่อการผลิตตกหล่นของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) (n= 317)

ปัจจัย	ความเสี่ยงต่อการผลิตตกหล่นของผู้สูงอายุ		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยระดับบุคคล			
อายุ	0.235	< 0.001*	ต่ำมาก
ดัชนีมวลกาย	0.069	0.221	ไม่สัมพันธ์
การกลืนการล้ม	0.348	< 0.001*	ต่ำ
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	0.079	0.160	ไม่สัมพันธ์
ปัจจัยระดับครอบครัว			
การทำบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในการป้องกันความเสี่ยงต่อการผลิตตกหล่นของผู้สูงอายุ	-0.508	< 0.001*	ปานกลาง
ปัจจัยระดับชุมชน			
การสนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุโดยชุมชน	-0.475	< 0.001*	ต่ำ

หมายเหตุ *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การอภิปรายผล

ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ตำบลบ้านปึก อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี มีความเสี่ยงต่อการผลิตตกหล่น ร้อยละ 47.20 ส่วนใหญ่มีความกลัวการหล่นในระดับปานกลาง การทำบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในการป้องกันความเสี่ยงต่อการผลิตตกหล่นในผู้สูงอายุและการสนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุโดยองค์กรชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการผลิตตกหล่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ อายุ ($r = 0.235$, $p\text{-value} = < 0.001$) การกลืนการล้ม ($r = 0.348$, $p\text{-value} = < 0.001$) รายได้ (Cramer's $V = 0.160$, $p\text{-value} = 0.044$) การอยู่อาศัย (Cramer's $V = 0.164$, $p\text{-value} = 0.044$) และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Cramer's $V = 0.184$, $p\text{-value} = 0.001$) ปัจจัยระดับครอบครัว ได้แก่ การทำบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ($r = -0.508$, $p\text{-value} = < 0.001$) และปัจจัยระดับชุมชน ได้แก่ การสนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุโดยชุมชน ($r = -0.475$, $p\text{-value} = < 0.001$) ส่วนดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการผลิตตกหล่นในผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับบุคคลกับความเสี่ยงต่อการผลิตตกหล่นของผู้สูงอายุ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

อายุ มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการผลิตตกหล่นของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า อายุ เป็นปัจจัยเสี่ยงทางชีวภาพ (Biological risk factors) ต่อการผลิตตกหล่นที่สำคัญของผู้สูงอายุ โดยความเสี่ยงในการผลิตตกหล่นจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ตามอายุที่มากขึ้น (Boonkerd, 2018) โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มความเสี่ยงต่อการหล่นมากกว่ากลุ่มวัยอื่น (Praditpornsilp &

et al, 2018) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Phucharern, Rodkaew, Konkong & Thongbuaban (2018) ซึ่งพบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยอายุที่เพิ่มขึ้นในวัยผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ก่อให้เกิดอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มได้มากขึ้น และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Howharn, Ornthisong & Preamsatit (2018) ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง โดยจะมีโอกาสในการเกิดการพลัดตกหกล้มได้สูงกว่าผู้สูงอายุปกติถึง 2 เท่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ 75 ปีขึ้นไป นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Zahra & et al (2019) ซึ่งพบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ผลจากการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Buangam & Nathapindhu (2018) ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น (80 ปีขึ้นไป) มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้มน้อย เนื่องจากช่วงวัยนี้มีการทำกิจกรรมน้อย และส่วนใหญ่มีผู้ดูแล

รายได้ มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า รายได้เป็นปัจจัยเสี่ยงทางเศรษฐกิจและสังคม (socioeconomic risk factors) ที่สำคัญต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ เมื่อครอบครัวผู้สูงอายุมีรายได้ต่อเดือน น้อยจะส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ และบริการทางสังคม รวมถึงขาดการสนับสนุนจากสังคม (Department of Medical service, 2019) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Lecktip, Woratanarat, Bhubhanil & Lapmanee (2019) ซึ่งพบว่า การมีรายได้ น้อยมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

การอยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า ลักษณะการอยู่อาศัยร่วมกัน ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง มีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่มีครอบครัวดูแล (Department of Medical service, 2019) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Lecktip, Woratanarat, Bhubhanil & Lapmanee (2019) ซึ่งพบว่า การอยู่อาศัยเพียงลำพัง ส่งผลให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น

โรคเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นปัจจัยเสี่ยงทางชีวภาพ (Biological risk factors) ที่ทำให้เกิดการหกล้มในวัยผู้สูงอายุ (World Health Organization, 2008) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Buangam & Nathapindhu (2018) พบว่า โรคเรื้อรังส่งผลต่อการเกิดการพลัดตกหกล้ม โดยโรคที่ก่อให้เกิดความเสี่ยง 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขข้อในเลือดสูง และโรคเบาหวาน นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Zhao & et al (2019) พบว่า โรคความดันโลหิตสูง ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล เป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ และงานวิจัยของ Miertova, Borikova, Tomagova & Ziakova (2018) ซึ่งพบว่า การมีโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้ม

การก้มการล้ม มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า การก้มการล้มเป็นปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรม (Behavioral risk factors) ที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (World Health Organization, 2008) โดยผู้สูงอายุที่เคยพลัดตกหกล้มแล้วจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความกลัวในการทำกิจกรรมต่างๆ และยังกลัวว่าจะเกิดการพลัดตกหกล้มซ้ำ ความกลัวจะเพิ่มตามความรุนแรงหลังการพลัดตกหกล้ม ส่งผลให้ผู้สูงอายุบางรายไม่ทำกิจกรรมใดๆเลย หรือทำกิจกรรมลดลง (Tasuwanin, 2016) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ

Lecktip, Woratanarat, Bhubhanil & Lapmanee (2019) พบว่า การกลั้วการทกล้มเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการทกล้มมากขึ้น

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับครอบครัวกับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า การทำบทบาทหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงผกผันกับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า การทำบทบาทหน้าที่ของครอบครัวมีความสำคัญต่อระบบครอบครัว เนื่องจากเป็นความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในครอบครัวเพื่อตอบสนองความต้องการทั้งด้านอารมณ์ ชีวภาพ สังคม (Phuphaibul, 1998) โดยผู้สูงอายุที่ได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ จากสมาชิกในครอบครัวอย่างเหมาะสมและเพียงพอจะสามารถลดโอกาสในการเกิดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kumsuebsai (2007) พบว่า ผู้สูงอายุที่ทกล้มได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวทางด้านการเงิน ด้านวัตถุสิ่งของและการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมน้อยกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ทกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการสนับสนุนของครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันการทกล้มของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 8.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับชุมชนกับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า การสนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุโดยชุมชนมีความสัมพันธ์เชิงผกผันกับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า การสนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตามแนวคิดเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ (Age-friendly City) ขององค์การอนามัยโลก ช่วยให้ชุมชนมีการจัดสภาวะแวดล้อมที่ง่ายและสะดวกในการเข้าถึงและอยู่อาศัยร่วมกัน และสามารถสร้างเสริมให้ผู้สูงอายุมีการดำเนินชีวิตที่ดี (World Health Organization, 2007) ซึ่งแนวคิดนี้สอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของกฎบัตรออตตาวา ซึ่งกล่าวไว้ว่า การส่งเสริมสุขภาพจึงมิใช่อยู่ในความรับผิดชอบของภาคสุขภาพ (Health sector) เท่านั้น แต่รวมไปถึงการใช้ชีวิตในสังคมที่ดี ทำให้มีสุขภาพดี (Healthy life-styles) จนถึงความรู้สึกสุขสบายด้วย สำหรับการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ถ้าหากชุมชนหรือสังคมขาดแคลนทรัพยากรในด้านต่างๆ โดยเฉพาะการบริการทางการแพทย์ เหตุผลเหล่านี้อาจทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพและข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ อาจทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงในการทกล้มได้ (Junwang, 2015) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kumkwan, Khumngoon, Wannalai & Khatta (2018) พบว่า การป้องกันการเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ทุกภาคส่วนต้องให้ความสำคัญ ทั้งในส่วนของชุมชน ตลอดจนบุคลากรทางด้านสุขภาพ ร่วมมือกันในการป้องกันการเกิดการพลัดตกหกล้ม เพื่อให้ผู้สูงอายุปราศจากการพลัดตกหกล้ม ไม่เกิดการบาดเจ็บ/เสียชีวิตในเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรมีการกำหนดนโยบายที่ครอบคลุมการลดปัจจัยเสี่ยงทางชีวภาพ พฤติกรรม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ เน้นให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง ส่งเสริมนโยบายเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและการทำบทบาทหน้าที่ของครอบครัว

2) ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ หน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรวางแผนดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มให้สอดคล้องกับความต้องการตามบริบทของชุมชน ส่งเสริมให้ครอบครัวมีการทำบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อเป็นการป้องกันการเกิดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยให้

รักความเอาใจใส่ในเรื่องสุขภาพที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ ทั้งการเตรียมอาหาร ยารักษาโรค รวมทั้งการพาไปรับบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว พัฒนาทักษะแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวให้สามารถจัดสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านให้มีความเหมาะสม สร้างตระหนักแก่ชุมชนให้เห็นความสำคัญของการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อกับการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น การจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงห้องน้ำสาธารณะ ควรเพิ่มจำนวนที่นั่งสำหรับผู้สูงอายุบนรถโดยสารสาธารณะประจำทาง อีกทั้งการจัดบริการด้านสุขภาพเพื่อประเมินและคัดกรองสุขภาพเชิงรุกสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน จัดตั้งเครือข่ายเฝ้าระวังในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่บ้านเพียงลำพัง นอกจากนี้ ชุมชนควรส่งเสริมสนับสนุนการสร้างอาชีพเพื่อเพิ่มรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

- 1) การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในบริบทของชุมชนเขตเมือง ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเปรียบเทียบกับบริบทชุมชนอื่นๆ เช่น ชุมชนเขตชนบท หรือชุมชนที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม สังคมและความเป็นอยู่ และควรมีการศึกษาต่อยอดขยายผลไปในระดับจังหวัด หรือเขตสุขภาพ เพื่อศึกษาปัจจัยของประชากรในระดับมหภาคต่อไป
- 2) ควรทำการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มกับผู้สูงอายุที่มีปัญหาการทรงตัว หรือสูญเสียการมองเห็น เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม
- 3) ควรทำการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยมุ่งเน้นที่การลดปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การกลิ้งหกล้ม ควบคุมภาวะโรคที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ ส่งเสริมการทำบ่าทพาทหน้าทของครอบครัว และเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินการสนับสนุนสิ่งแวดลอมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุต่อไป

References

- Assantachai P. (2008). *Fall Risk Assessment and Prevention in Elderly*. Bangkok: CG Tools Co., Ltd. (In Thai)
- Best J. W. (1997). *Research in Education (3rd ed.)*. Englewood Cliffs N.J.: Prentice-Hall.
- Bloom B.S. (1956). *Taxonomy of Educational Objectives*. New York: David McKay Company.
- Boonkerd K. (2018). *Falling in The Older Adults: Prevention and Management in Family Medicine*. Bangkok: Sahamitree Printing (1992) Co., Ltd. (In Thai)
- Bronfenbrenner U. (1994). *Ecological Models of Human Development*. International Encyclopedia of Education (Vol. 3, 2nd ed.). Oxford: Elsevier.
- Buangam N. & Nathapindhu G. (2018). Factors Correlated to Accidental and Health Problems in Elderly in Pak Nam Sub-district, Mueang Samutprakan District, Samutprakan. *Journal of The Office of ODPC 7 Khon Kaen*, 25(2), 46-57. (In Thai)
- Daniel W.W. (2010). *Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for The Health Sciences*. (9th ed). New York: John Wiley & Sons.
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2018). *Situation of Falls in Thai Elderly Aged 60 Years Old and Over*. Nonthaburi: Bureau of Non-Communicable Disease, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (In Thai)
- Department of Medical Service, Ministry of Public Health. (2019). *Fall Injuries in The Elderly*. Retrieved October 9, 2019 from http://healthydee.moph.go.th/view_article.php?id=335 (In Thai)
- Department of Medical Service, Ministry of Public Health. (2015). *Handbook of Geriatric Screening and Assessment*. Nonthaburi: Thai War Veterans Organization Printing. (In Thai)
- Epstein, N.B., Bishop D.S. & Levin S. (1978). The McMaster Model of Family Functioning. *Journal of Marital and Family Therapy*, 4(4), 19-31.
- Howharn J., Ornthisong C. & Preamsatit V. (2018). Factors Predicted Falls among Elderly in Northeastern Thailand. *Journal of Prachomklao College of Nursing Phetchaburi Province*, 1(1), 26-38. (In Thai)
- Junwang, W. (2015). *Falls in Thai Older Persons. M.A. Demography*. Collage of Population Studies: Chulalongkorn University. (In Thai)
- Kumkwan Y., Khumngeon A., Wannalai U. & Khatta N. (2018). Home-Based Fall Prevention Guideline in Thai Contexts for Elderly People. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 28(3), 10-22. (In Thai)
- Kumsuebsai T. (2007). *Accidental Preventive Behavior of The Elderly in Huayploo Sub-district, Nakhon Chai Si District, Nakhon Pathom Province*. Thesis. M.A. community psychology. Silpakorn University. (In Thai)

- Phuphaibul R. (1998). *Family Nursing*. Bangkok: VJ Printing (1992) Co., Ltd. (In Thai)
- Phuchareon O., Rodkaew A., Konkong C. & Thongbuaban R. (2018). The Related Factors to Elderly Falling in Huaroe Sub-district, Mueang District, Phitsanulok Province. *PSRU Journal of Science and Technology*, 3(2), 46-54. (In Thai)
- Lecktip C., Woratanarat T., Bhuhhanil S. & Lapmanee S. (2019). Risk Factors for Falls in Elderly. *Journal of Medical Health Science*, 26(1), 85-103. (In Thai)
- Miertova M., Borikova I., Tomagova M. & Ziakova K. (2018). Risk Factors of Falling in Patients with Neurological Diseases, *Kontakt*, 20(3), 217-222.
- Muangsir K., Maharachpong N. & Rodjarkpai Y. (2017). Factors Relating The Behavior of Fall Prevention among Elderly in Chonburi Province. *Naresuan University Journal: Science and Technology*, (25)4, 23-33. (In Thai)
- Praditpornsilp K., Kuankit P., Triprasertsook S., Manuswanish P., Pethloulean I. & Chattranukool P. (2018). *Textbook of Elderly Medicine*. Bangkok: Rungsilp Printing (1977) Co., Ltd. (In Thai)
- Srichang N. & Kawee L. (2016). *Prediction of Falls in Thai Elderly Aged 60 Years Old and Over 2017- 2021*. Nonthaburi: Bureau of Non-Communicable Disease, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (In Thai)
- Tasuwanin T. (2016). Falls in Elderly. *UBRU Journal for Public Health Research*, 5(2), 119-131. (In Thai)
- World Health Organization. (2007). *Global Age-friendly Cities: A Guide*. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization. (2008). *Who Global Report on Falls Prevention in Older Age*. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization. (2018). WHO Global Health Estimates Database, Fall-related Deaths and Non-fatal Injuries. Retrieved 10, 2019 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>
- Zahra T.K., Jalal P., Saeed B., Rashid H.M., Mahmoud P., Majid B. & Eva R. (2019). Risk Factors for Falls in Iranian Older Adults: A Case-control Study. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 26(4), 354-359.
- Zhao Y.L. (2019). Risk Factors for Falls in Homebound Community-dwelling Older Adults. *Public Health Nursing*, 36(6), 772-778.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาแนวทางส่งเสริมการดำเนินชีวิตเพื่อสร้างเสริมสุขภาพทางจิต
ของผู้สูงอายุ เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา

Development of Ways to Promote Life Styles Supporting the
Psychological Well-being of the Elderly in The Yala City
Municipality, Yala Province

Received: Oct. 10, 2020

Accepted: Aug. 5, 2021

Published: Nov. 15, 2021

นิวัติ ไชยแสง*, อุบลทิพย์ ไชยแสง

Niwat Chaisang , Ubontip Chaisang

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

Sirindhorn College of Public Health, Yala

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาการพัฒนาแนวทางส่งเสริมการดำเนินชีวิตเพื่อสร้างเสริมสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุ เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา วิธีดำเนินการประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาลักษณะการดำเนินชีวิต เพื่อสร้างเสริมสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการดำเนินชีวิตเพื่อสร้างเสริมสุขภาพทางจิต และระยะที่ 3 การตรวจสอบความเป็นไปได้และความเหมาะสม ของแนวทางพัฒนาการดำเนินชีวิต ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุจำนวน 10 คน 2) บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 10 คน จาก การเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบเก็บรวบรวมข้อมูล การจัดการสนทนากลุ่ม และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่าลักษณะการดำเนินชีวิตเพื่อสร้างเสริมสุขภาพทางจิต เน้นการมีความภาคภูมิใจ และรู้สึกทางบวกกับชีวิตในอดีตของตนเอง และแนวทางในการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ การส่งเสริมการดำเนินชีวิต ด้วยกิจกรรมที่คำนึงถึงบริบทต่าง ๆ บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่ดี มีการสร้างเสริมสุขภาพร่างกายควบคู่ไปกับการสร้างเสริมสุขภาพทางจิต และการดำเนินกิจกรรมระลอกอดีต เป็นอีกแนวทางในการส่งเสริมการยอมรับตนเอง เพิ่มการยอมรับชีวิตตนเองมีความหมาย ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ ควรเน้นกิจกรรมด้านนันทนาการ เพื่อผ่อนคลายความเครียด และสร้างเสริมสุขภาพทางจิตข้อมูลที่ได้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ ในการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพทางจิตสำหรับผู้สูงอายุ และประยุกต์ใช้ในองค์กร หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

คำสำคัญ: แนวทางส่งเสริมการดำเนินชีวิต, สุขภาพทางจิต , ผู้สูงอายุ

Corresponding author: นิวัติ ไชยแสง, E-mail: moolfc@hotmail.com

Original article

Abstract

Received: Oct. 10,2020

Accepted: Aug. 5,2021

Published: Nov. 15,2021

We conducted a qualitative research study to examine the development of ways to promote life styles to support the psychological well-being of the elderly in the Yala city municipality, Yala province, Thailand. Our study consisted of 3 phases: Phase 1: study lifestyle to promote the psychological well-being of the elderly; Phase 2: develop guidelines for enhancing psychological well-being of the elderly; and Phase 3: investigate the feasibility and suitability of the lifestyle development guidelines. The informants were: 1) 10 elderly people, and 2) 10 public health personnel that were selected by purposive sampling. We collected data through focus groups and analyzed data using content analysis.

The results of the study showed that lifestyle characteristics which enhanced the psychological well-being of the elderly emphasized being proud and feeling positive about their past life. Lifestyle guidelines that promoted the psychological well-being of the elderly included promoting a lifestyle through context- sensitive activities based on good family participation. Promotion of physical health enhanced psychological well-being. Implementation of activities to remember the past was another way to promote self- acceptance. increasing self- acceptance of life was meaningful. The elderly should focus on recreational activities to relieve stress and promote psychological well-being. The information obtained in this study can be useful in the development of psychological well-being for the elderly and can be applied in other organizations or related agencies which serve the elderly.

Keywords: Ways to promote life styles, psychological well-being, elderly

Corresponding author: Niwat Chaisang , E –mail: moolfc@hotmail.com

บทนำ

โครงสร้างประชากรของประเทศไทยเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2548 ซึ่งมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 10 เป็นการเพิ่มขึ้นในอัตราที่เร็วกว่าร้อยละ 4 ต่อปี และกำลังก้าวสู่สังคม ผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ คือมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีสูงถึงร้อยละ 20 ในปี 2564 ซึ่งจะเป็นสังคมสูงวัยระดับ สุดยอด เมื่อมี สัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 28 ในปี 2574 (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute , 2016) และคาดการณ์ว่าปี 2576 จะมีผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนเป็น 14 ล้านคน หรือคิดเป็น 1 ใน 4 ของประชากรทั้งหมด (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2012) การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุส่งผลต่อปัญหาที่จะตามมา

การเพิ่มของประชากรสูงอายุทำให้เกิดปัญหาตามมาเช่น ปัญหาเศรษฐกิจสังคมและสุขภาพเนื่องจากผู้สูงอายุ มีแบบแผนการเจ็บป่วยต่างจากวัยอื่นการเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลระยะยาวความเสื่อมถอย ของกำลังร่างกาย ทำให้ศักยภาพในการทำงานของผู้สูงอายุลดลงจึงไม่มีรายได้และจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นการต้องลดบทบาทในครอบครัว และสังคมทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกด้อยค่าขาดความภาคภูมิใจในตนเอง สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ ล้วนส่งผลต่อการต้องประสบ ปัญหาทั้งทางร่างกายและจิตใจ นำไปสู่การดูแลตนเองด้านจิตใจที่ลดลง หากไม่ได้รับการแก้ไขที่ถูกต้องและเหมาะสม ดังที่ National Committee on Aging, Ministry of Social Development and Human Security (2010) กล่าว ไว้ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 กล่าวไว้ว่ารัฐบาลกำหนด นโยบายการสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุโดยมีวิสัยทัศน์ผู้สูงอายุเป็นหลักชัยของสังคมที่สมควรได้รับการดูแลให้มี สุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ ครอบครัวอบอุ่นมีสังคมที่ดีอยู่อย่างมีคุณค่ามีศักดิ์ศรีพึ่งตนเองได้ มีส่วนร่วมมีโอกาส เข้าถึงข้อมูลและข่าวสาร มีสุขภาพกายและจิตดีครอบครัวดีชุมชนเข้มแข็งอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีมีเสรีภาพในการกระทำ สิ่งที่ไม่กระทบทางลบต่อผู้อื่นมีความพอใจในตนเอง

สุขภาวะทางจิต เป็นคุณลักษณะเชิงบวกทางจิตใจของบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และแสดงถึงพัฒนาการของบุคคล ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การยอมรับตนเอง ความเป็นตัวของตัวเอง การ เจริญเติบโตของบุคคล ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น ความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม และการมีจุดหมาย ในชีวิต (Ryff, & Keyes, 1995) ดังนั้นการพัฒนาสุขภาวะทางจิตที่ยั่งยืนของบุคคลจึงเป็นเรื่องสำคัญที่ควรศึกษา โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ จากการสำรวจผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครยะลา พบว่ามีผู้สูงอายุจำนวนกว่า 6,800 คน และจากการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุของศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง นอกเหนือจากการค้นพบปัญหาสุขภาพทางกายของ ผู้สูงอายุแล้ว ยังพบปัญหาทางด้านจิตใจ การมีมุมมองในการดำเนินชีวิตที่สิ้นหวัง และแนวโน้มของภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทั้งในปัจจุบัน และอนาคต (Community Health Center Yala Municipality, 2019) ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ ล้วนส่งผลต่อการต้องประสบปัญหาทั้งทางร่างกายและจิตใจ นำไปสู่การดูแลตนเองด้านจิตใจที่ลดลง หาก ไม่ได้รับการแก้ไขที่ถูกต้องและเหมาะสม ก็จะไปสู่ความไม่สมดุลของสุขภาวะทางจิตตามมา การศึกษาแนวทางใน การดำเนินชีวิตเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาวะทางจิตของ ผู้สูงอายุ และช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้เป็นอย่างดี นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีได้ และมีความสุขในการดำเนินชีวิต ในที่สุด ซึ่งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุควรให้ความสำคัญ (Wongpanarak, 2013)

ด้วยความตระหนักในปัญหา เพื่อพัฒนาสุขภาวะทางจิตแก่ผู้สูงอายุดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการดำเนินชีวิตเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดแนวทาง และ กิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ ซึ่งมีกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะเฉพาะเข้ารับบริการทางสุขภาพ และการ

พัฒนาชีวิต ผลการวิจัยจะเป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นเรื่องที่ทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชน กำลังให้ความสำคัญ จะทำให้เกิดแนวทางหรือรูปแบบนวัตกรรม ที่เป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นบุคคลที่มีคุณค่าให้มีสุขภาวะทางจิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะการดำเนินชีวิต เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา
2. เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาแนวทางส่งเสริมการดำเนินชีวิต เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการจัดการสนทนากลุ่ม และวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อศึกษา ลักษณะการดำเนินชีวิต และการพัฒนาแนวทางส่งเสริมการดำเนินชีวิต เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลาประกอบด้วย 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การศึกษาลักษณะการดำเนินชีวิต เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา

ผู้ให้ข้อมูล

ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 จำนวน 10 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยเลือกผู้สูงอายุที่มีคะแนนสุขภาวะทางจิตจากการตอบแบบสอบถามในระดับดี อยู่ในพื้นที่วิจัยอย่างน้อย 1 ปี มีภาวะสุขภาพเอื้อต่อการวิจัย และให้ความร่วมมือในการวิจัย ไม่มีปัญหาในการสื่อสารสามารถสื่อสาร และเข้าใจภาษาไทยได้ดี

เครื่องมือที่ใช้

1. แนวทางข้อคำถามในการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับลักษณะการดำเนินชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาวะทางจิตตามแนวคิดสุขภาวะทางจิตของ (Ryff, 1989; Ryff, & Keyes, 1995) ซึ่งกำหนดสุขภาวะทางจิตไว้ 6 ประเด็น
2. สมุดและอุปกรณ์บันทึกเสียง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษา และศึกษาลักษณะการดำเนินชีวิต เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และผู้ช่วยวิจัยในแต่ละขั้นตอน และพิทักษ์สิทธิในการทำวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยดำเนินการทำหนังสือถึงนายกเทศมนตรีนครยะลา เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาต ดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1. จัดสนทนาผู้สูงอายุ โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย
2. ร่วมกันการแลกเปลี่ยนการดำเนินชีวิต เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ขั้นตอนที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่มได้จากการบันทึกเสียง โดยผู้วิจัยทำ

การถอดคำพูดอย่างละเอียด และแยกข้อมูลตามหัวข้อแนวคำถาม โดยแยกเป็นรายบุคคล ใส่ชื่อ และลำดับการสนทนากลุ่มกำกับ ส่วนข้อมูลที่ได้จากการบันทึก จะสรุปเป็นประเด็นสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์เท่านั้น เพื่อนำไปสนับสนุนการวิเคราะห์ขั้นต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลรวม ผู้วิจัยนำผลการสนทนากลุ่ม 10 คน มาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยผู้วิจัยทำการจัดหมวดหมู่ ที่พิจารณาจากรูปแบบความสัมพันธ์ของข้อมูลระหว่างสิ่งที่ได้จากการสัมภาษณ์ และจากประสบการณ์การศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 3 ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ค้นพบโดยให้กลุ่มเป้าหมายจำนวนประมาณ 2 ใน 3 ของจำนวนกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดเป็นผู้ตรวจสอบรายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลฉบับร่าง (Member checks) เพื่อตรวจสอบการแปลผลข้อมูลว่าเป็นจริง หรือมีเหตุผลที่เชื่อถือได้และลดอคติของผู้วิจัย

ขั้นตอนที่ 4 เขียนรายงานการวิจัยตามข้อมูลที่ค้นพบ

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการดำเนินชีวิต เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา (Assessment)

ผู้ให้ข้อมูล

ได้แก่ 1) แกนนำผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา จำนวน 10 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยเลือกผู้สูงอายุที่มีคะแนนสุขภาวะทางจิตจากการตอบแบบสอบถามในระดับสูงสุดจำนวน 10 ลำดับและยินดีเข้าร่วมการวิจัย อยู่ในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี มีภาวะสุขภาพเอื้อต่อการวิจัย และให้ความร่วมมือในการวิจัยและไม่มีปัญหาในการสื่อสารสามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี

2) ตัวแทนบุคลากรสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ของเทศบาลนครยะลา จำนวน 10 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีประสบการณ์การดูแลสุขภาพในพื้นที่จังหวัดยะลา อย่างน้อย 6 เดือน ไม่มีปัญหาการสื่อสาร และเต็มใจที่จะเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อพัฒนาการดำเนินชีวิต เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา ดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1. จัดสนทนากลุ่ม 2 ครั้ง แยกตามลักษณะผู้ให้ข้อมูล โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และนำเสนอผลการศึกษาลักษณะการดำเนินชีวิต เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา จากขั้นตอนที่ 1

2. ร่วมกันการแลกเปลี่ยนแนวทางการพัฒนาการดำเนินชีวิต เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ และกำหนดแนวทางพัฒนาการดำเนินชีวิต เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ขั้นตอนที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่มได้จากการบันทึกเสียง โดยผู้วิจัยทำการถอดคำพูดอย่างละเอียด และแยกข้อมูลตามหัวข้อแนวคำถาม โดยแยกเป็นรายบุคคล ใส่ชื่อ และลำดับการสนทนากลุ่มกำกับ ส่วนข้อมูลที่ได้จากการบันทึก จะสรุปเป็นประเด็นสำคัญที่ได้จากการสนทนากลุ่มเท่านั้น เพื่อนำไปสนับสนุนการวิเคราะห์ขั้นต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลรวม ผู้วิจัยนำผลการสนทนากลุ่มทั้ง 10 คน มาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยผู้วิจัยทำการจัดหมวดหมู่ ที่พิจารณาจากรูปแบบความสัมพันธ์ของข้อมูลระหว่างสิ่งที่ได้จากการสนทนากลุ่มและจากประสบการณ์การศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 3 ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ค้นพบโดยให้กลุ่มเป้าหมายจำนวนประมาณ 2 ใน 3 ของจำนวนกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดเป็นผู้ตรวจสอบรายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลฉบับร่าง (Member checks) เพื่อตรวจสอบการแปลผลข้อมูลว่าเป็นจริง หรือมีเหตุผลที่เชื่อถือได้และลดอคติของผู้วิจัย

ขั้นตอนที่ 4 เขียนรายงานการวิจัยตามข้อมูลที่ค้นพบ

ระยะที่ 3 การตรวจสอบความเป็นไปได้และความเหมาะสม ของแนวทางพัฒนาการดำเนินชีวิต เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยตรวจสอบความเป็นไปได้และความเหมาะสมของแนวทางที่สร้างขึ้น โดยการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 5 ท่าน ด้วยแบบประเมินเป็นลักษณะเลือกตอบ 2 คำตอบ เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ของข้อมูล นำมาวิเคราะห์เป็นร้อยละของความเหมาะสม และไม่เหมาะสม และมีรายละเอียดของข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โดยผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อความสมบูรณ์และการนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างแท้จริง

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์การให้กลุ่มตัวอย่างศึกษาก่อนเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงเพื่อแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเก็บเป็นความลับใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น และขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เลขที่ 086/2562

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการจัดการสนทนากลุ่ม และวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อศึกษาลักษณะการดำเนินชีวิต และการพัฒนาแนวทางส่งเสริมการดำเนินชีวิต เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา ผลการวิเคราะห์นำเสนอ ตามระยะการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาลักษณะการดำเนินชีวิต เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา

ผลการสนทนากลุ่มกับกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 10 คน เรื่องแนวทางในการดำเนินชีวิตที่ประกอบด้วย 6 ประเด็นหลักที่ครอบคลุมสร้างเสริมสุขภาวะทางจิต (Ryff, 1989; Ryff, & Keyes, 1995) ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การยอมรับตนเอง

จากการสนทนากลุ่มพบว่าผู้สูงอายุมีแนวทางในการดำเนินชีวิต และการรับรู้เกี่ยวกับการยอมรับตนเองในแนวทางในการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมให้ตนเองเกิดสุขภาวะทางจิตที่ดี โดยมีประเด็นหลักได้แก่ 1) การชื่นชมตนเองถึงความสามารถในการดำรงชีวิตจนประสบความสำเร็จ 2) เชื่อว่าหากมีการดำรงชีวิตตั้งแต่วัยหนุ่มสาวที่ดีจะส่งผลให้มีสุขภาวะทางจิตที่ดีได้ 3) แม้ว่าจะเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในชีวิต ล้วนแต่เกิดจากสิ่งที่ตนเองได้กระทำมา หรืออาจเกิดจากเวรกรรมที่ทำมา และในแนวทางในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลามก็จะมีแนวทางใน

การดำเนินชีวิตเกี่ยวกับทุกสิ่งอย่างที่เกิดขึ้นพระเจ้าได้กำหนดมาแล้วจึงควรน้อมรับผลต่างๆ ที่พระเจ้ากำหนดมา จากการสนทนากลุ่ม พบว่าผู้สูงอายุมีแนวทางในการดำเนินชีวิตที่เกี่ยวข้องกับความภูมิใจกับชีวิตที่ผ่านมาในอดีต มองว่ามีความงดงามตามสิ่งที่ควรจะเป็น ไม่ว่าจะเกิดสถานการณ์ที่พึงประสงค์หรือไม่ก็ตาม และใช้ทดสอบตัวของผู้สูงอายุเอง ดังตัวอย่างข้อมูล

“ การมีความสุขในบั้นปลายชีวิต มาจากการกระทำสมัยเป็นหนุ่มสาว หรือเป็นเฒ่าเป็นกรรมที่ทำมา ซึ่งต้องยอมรับแต่โดยดี” (ผู้สูงอายุ 5 คน)

ประเด็นที่ 2 การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น (Positive relationship with others)

จากการสนทนากลุ่มพบว่าผู้สูงอายุมีแนวทางในการดำเนินชีวิต และการรับรู้เกี่ยวกับการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น โดยมีประเด็นหลักของการให้ความหมายของแนวทางในการดำเนินชีวิตการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ที่สร้างเสริมสุขภาวะทางจิต ในแนวทางในการดำเนินชีวิตของ 1) การสามารถเข้าใจห่วงใยความรู้สึกของผู้อื่น เข้าใจผู้อื่น ซึ่งการสร้างคามตระหนักถึงประโยชน์ของการไว้วางใจผู้อื่น 2) การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เข้าใจทั้งการเป็นผู้ให้เป็นผู้รับที่ดี เพราะเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจำเป็นต้องมีการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ดังตัวอย่างข้อมูล

“การอยู่คนเดียวทำให้เกิดความเหงา การได้พูดคุยได้ฟังเรื่องราวคนอื่น ก็เข้าใจเห็นใจกันมากขึ้น อย่าง” (ผู้สูงอายุ 7 คน)

ประเด็นที่ 3 องค์ประกอบความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy)

จากการสนทนากลุ่มพบว่าผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีแนวทางในการดำเนินชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาวะทางจิตโดยมีประเด็นของการตีความและให้ความหมาย ได้แก่ 1) การกล้าคิด กล้าทำ กล้าตัดสินใจ 2) ไม่กังวลต่อความคิดคนอื่นมากเกินไป 3) การสามารถที่จะเปิดเผยตนเองต่อผู้อื่นมากขึ้น ความสามารถแสดงออกซึ่งการเป็นตัวของตัวเอง ตลอดจนเรียนรู้วิธีการแสดงออก รู้จัก และทำความเข้าใจกับตนเองซึ่งกระบวนการเหล่านี้มักถูกปลูกฝังมาตั้งแต่วัยเด็ก ซึ่งหากหากไม่ได้รับการตอบสนองที่เหมาะสมอาจส่งผลให้เป็นผู้สูงอายุที่ขาดความเป็นตัวของตัวเอง ดังตัวอย่างข้อมูล

“ การเป็นตัวของตัวเอง หรือความมั่นใจ เป็นเรื่องที่ดี และต้องใช้การฝึกฝนตั้งแต่เด็ก” (ผู้สูงอายุ 6 คน)

ประเด็นที่ 4 ความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม(Environmental mastery)

จากการสนทนากลุ่มพบว่าผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีแนวทางในการดำเนินชีวิตในการดำเนินชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของตนเอง เมื่อนำมาจัดเป็นประเด็นหลัก เพื่อตีความหมายแนวทางในการดำเนินชีวิตในการดำเนินชีวิตด้านของความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตพบว่าประเด็นหลักได้แก่ 1) การต้องมีการจัดการที่ดีเกี่ยวกับสิ่งรอบตัวไม่ว่าจะเป็นหน้าที่การงาน หรือสิ่งแวดล้อมในชีวิตประจำวันต่าง ๆ 2) แม้จะมีอายุมาก หากต้องการเป็นผู้มีสุขภาวะทางจิตที่ดี ต้องรู้จักการจัดการที่ดี โดยเฉพาะกับสิ่งแวดล้อมรอบตัว เช่น ชีวิตประจำวัน หรือการทำงานที่เกี่ยวข้อง ดังตัวอย่างข้อมูล

“แก่แล้ว มีความสุข สุขภาพจิตดีเป็นสิ่งสำคัญ ที่สำคัญต้องจัดการเรื่องรอบตัวได้ดี ไม่เป็นภาระลูกหลาน”(ผู้สูงอายุ 6 คน)

ประเด็นที่ 5 การมีจุดหมายในชีวิต (Purpose in Life)

จากการสนทนากลุ่มพบว่าผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีแนวทางในการดำเนินชีวิตในการดำเนินชีวิตที่ครอบคลุมสุขภาวะทางจิตด้านการมีจุดหมายในชีวิต โดยให้คำ และมองประเด็นหลักของการให้ความหมายว่า 1) แม้เป็นวัยสูงอายุ อย่าคิดถึงวันที่ต้องเสียชีวิตเพียงอย่างเดียว 2) อย่าอยู่โดยไม่มีจุดหมายใด ๆ ในชีวิต มิฉะนั้นก็จะไม่มีสุขภาวะทางจิตที่ดี ดังตัวอย่างข้อมูล

“แก่แล้ว ต้องมีการวางแผน และมีจุดหมายจะได้ สุขใจ ไม่ว่าจะทำอะไร” (ผู้สูงอายุ 5 คน)

“ต้องวางแผน และมีจุดมุ่งหมายนะ ถึงแม้จะแก่แล้ว แต่ก็ไม่ใช่อยู่ไปวัน ๆ นะ” (ผู้สูงอายุ 4 คน)

ประเด็นที่ 6 การเจริญเติบโตของความเป็นบุคคล (Personal Growth)

จากการสนทนากลุ่มพบว่าผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีแนวทางในการดำเนินชีวิตในการดำเนินชีวิตที่ครอบคลุมสุขภาพทางจิตด้านการเจริญเติบโตของความเป็นบุคคล โดยผู้สูงอายุให้ข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นหลักของแนวทางในการดำเนินชีวิตในการดำเนินชีวิตเพื่อสร้างเสริมสุขภาพทางจิตนั้นจะต้องมีแนวทางในการดำเนินชีวิตหรือความคิดที่สอดคล้องกับการพัฒนาตนเอง ได้แก่ 1) แม้เป็นวัยสูงอายุ ก็ควรที่จะมีการพัฒนาตนเองเต็มที่ 2) ควรกล้าทำในสิ่งที่ท้าทาย เพื่อการเติบโตของงานในความเป็นมนุษย์ เช่น การเปิดกว้างต่อการเปลี่ยนแปลงของโลก มีความท้าทายกับสิ่งใหม่ ๆ หรืองานที่ตนทำในแต่ละช่วงเวลาของชีวิตที่ต่าง ๆ ไป ดังตัวอย่างข้อมูล

“อายุมากก็ต้องมีการพัฒนา อย่างหนึ่งก็คือต้องพัฒนาตัวเอง เรียนรู้โลกกว้าง” (ผู้สูงอายุ 4 คน)

“คนแก่ที่ไม่เรียนรู้อะไร ก็เหมือนรอวันตาย โลกมันเปลี่ยนไว ต้องตามให้ทัน” (ผู้สูงอายุ 6 คน)

จากการศึกษาลักษณะการการดำเนินชีวิต เพื่อสร้างเสริมสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุ เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา ผู้สูงอายุมีการยอมรับสภาพปัจจุบันของตนเอง และจะต้องดำเนินชีวิตแบบไม่สิ้นหวังมีการพัฒนาตนเอง ถึงแม้ในบางครั้งจะมีปัญหาในการดำเนินชีวิต ต้องการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น และมีความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการพัฒนาตนเองได้แม้จะมีข้อจำกัดในเรื่องวัยสูงอายุก็ตาม เนื่องจากต้องการเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี มีความสุข

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการดำเนินชีวิต เพื่อสร้างเสริมสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุ เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา

จากผลการสนทนากลุ่มในระยะที่ 1 จากการศึกษาลักษณะการการดำเนินชีวิต เพื่อสร้างเสริมสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุ เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา ผู้วิจัยนำผลที่ได้มาเป็นแนวทางในการสร้างประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่มในระยะที่ 2 สู่การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการดำเนินชีวิต เพื่อสร้างเสริมสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุ เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา

ผู้ให้ข้อมูล : 1) แกนนำผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน

2) ตัวแทนบุคลากรสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ของเทศบาลนครยะลา จำนวน 10 คน

ผลการสนทนากลุ่มกับแกนนำผู้สูงอายุจำนวน 10 คน และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องของเทศบาลนครยะลา จำนวน 10 คน เรื่องการพัฒนาแนวทางในการดำเนินชีวิตในการดำเนินชีวิตที่ประกอบด้วย 6 ประเด็นหลักที่ คลอบคลุมสร้างเสริมสุขภาพทางจิต ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การยอมรับตนเอง

จากการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 6 รายสะท้อนถึงความคิดเกี่ยวกับการพัฒนากิจกรรมเพื่อส่งเสริมการยอมรับตนเองมากขึ้นจะช่วยให้มีสุขภาพทางจิตที่ดีได้ ด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. กิจกรรมการระลึกถึงความหลัง เนื่องจากมีความคิดเห็นที่ว่าในช่วงชีวิตที่ผ่านมาของแต่ละคน ล้วนรับทราบว่าจะส่งผลมาถึงปัจจุบัน และถึงแม้ว่าจะเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในชีวิต ก็ล้วนแต่เกิดจากสิ่งที่ตนเองได้กระทำมา หากจัดกิจกรรมเหล่านี้อาจเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการยอมรับตนเองตามสิ่งที่ทำมา ดังตัวอย่างข้อมูล

“ กิจกรรมที่ทำร่วมกันที่พอจะส่งเสริมการรู้ว่าเราเป็นใคร อย่างไร การได้ทำกิจกรรมร่วมกันลองนึกถึงความหลังของแต่ละคนก็จะมองเห็นที่มาที่ไปของแต่ละคนดูถึงแม้บางคนจะมีเรื่องเศร้า หรือเรื่องดีอย่างไร สุดท้ายก็คือตัวเรา”

2. การมีดำเนินชีวิตที่สอดคล้องตามหลักความคิดความเชื่อของศาสนาที่ตนเองนับถือ ซึ่งในบริบทของจังหวัดยะลาเป็นพหุวัฒนธรรม ย่อมมีแนวคิดความเชื่อที่หลากหลาย ซึ่งนำไปสู่การยอมรับตนเอง ดังตัวอย่างข้อมูล

“ หลาย ๆ อย่างก็เป็นไปตามบุญตามกรรมที่ทำมานะอะไรจะเกิดขึ้นก็ล้วนแต่เกิดจากกรรมทั้งสิ้น ก็ต้องยอมรับกันไป”

“ ตัวเรามีอะไรจะเกิดขึ้นก็ต้องยอมรับก็ต้องดำเนินชีวิต ยอมรับตนเองตามที่พระเจ้าท่านกำหนดมาให้”

“ การพัฒนาแนวทางการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุอย่างหนึ่งก็ต้องส่งเสริมตามแนวทางหลักศาสนาที่ผู้สูงอายุนั้น ๆ นับถือ”

ประเด็นที่ 2 การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น (Positive relationship with others)

จากการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้ให้ข้อมูลในการพัฒนาแนวทางในการดำเนินชีวิต และการรับรู้เกี่ยวกับการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น โดยมีประเด็นหลัก ในการส่งเสริมดำเนินชีวิตการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ที่สร้างเสริมสุขภาวะทางจิต ในแนวทางในการดำเนินชีวิตของซึ่งผู้ให้ข้อมูลจำนวน 8 คน ให้ข้อมูลที่ตรงกันเกี่ยวกับแนวทางในการพัฒนาสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุนั้นจะต้อง 1) สามารถเข้าถึงได้ง่ายไม่จริงจังจนเกินไป มีกิจกรรมนันทนาการเป็นส่วนใหญ่ และจะต้องเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมความเข้าใจห่วงใยความรู้สึกของผู้อื่น เช่น การระลึกความหลัง การแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน 2) ควรเป็นกิจกรรมที่ครอบครัวของผู้สูงอายุสามารถเข้ามามีส่วนร่วมได้ด้วยเนื่องจากจะส่งผลต่อความรู้สึกความรักความผูกพัน และการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ซึ่งผู้ให้ข้อมูลจำนวน 6 คน กล่าวเพิ่มเติมเชื่อมโยงถึงกิจกรรมต่างๆ ที่ผ่านมาของเทศบาลนครยะลาที่ช่วยในการส่งเสริมการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ดังตัวอย่างข้อมูล

“ถ้ามีกิจกรรมที่เข้าถึงง่าย และช่วยให้เข้าใจกัน มาเจอกันบ้าง แล้วทำให้รู้จักเพื่อนมากขึ้น พอได้คุยกัน เช่น การพูดคุยถึงความหลัง การร้องเพลงทำกิจกรรมนันทนาการร่วมกัน ได้ฟังเรื่องราวคนอื่น ก็เข้าใจเห็นใจเขามากขึ้น”

“ กิจกรรมที่ดีที่น่าสนใจก็ต้องทำให้มีการรู้จักคนอื่นมันก็ทำให้ได้เข้าใจคนมากขึ้น แล้วถ้าสนิทกันมากขึ้น มันก็ทำให้รู้สึกว่าเป็นสิ่งที่ได้ ช่วยเหลือดูแลกัน อยากให้เป็นกิจกรรมแบบไม่เครียดแนวสนุกสนาน ร้องรำทำเพลง ก็จะเป็นที่ดี”

ประเด็นที่ 3 องค์ประกอบความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy)

จากการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้ให้ข้อมูลในการพัฒนาแนวทางในการดำเนินชีวิต เพื่อส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเอง โดยมีประเด็นหลัก ในการส่งเสริมดำเนินชีวิตการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิต ในแนวทางในการดำเนินชีวิตความเป็นตัวของตัวเองของซึ่งผู้ให้ข้อมูลจำนวน 9 คน ให้ข้อมูลที่ตรงกันเกี่ยวกับแนวทางในการพัฒนาสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุซึ่งจะต้องประกอบด้วยการดำเนินชีวิตที่ ไม่กังวลต่อความคิดคนอื่นมากเกินไป กล้าคิดกล้าทำ กล้าแสดงออก

สามารถที่จะเปิดเผยตนเองต่อผู้อื่นมากขึ้น ซึ่งจำเป็นจะต้องมีเวทีส่งเสริมความกล้าแสดงออกถึงความมั่นใจต่างๆ ด้วย ดังตัวอย่างข้อมูล

“ คิดว่าถ้าจะให้คนแก่มีความเป็นตัวของตัวเองกล้าคิดกล้าแสดงออก เป็นสิ่งดี แต่ทำได้ยาก”

“ การที่จะให้ผู้สูงอายุ ดำเนินชีวิตของเขาในแบบที่มีความเป็นตัวของตัวเอง กล้าแสดงความคิดเห็น กล้าแสดงออก ก็ต้องมีเวทีให้ เช่น การประกวดผู้สูงอายุต้นแบบของเทศบาลนครยะลา ”

ประเด็นที่ 4 ความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม (Environmental mastery)

จากการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้ให้ข้อมูลในการพัฒนาแนวทางในการดำเนินชีวิต เพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมโดยมีประเด็นหลัก ในการส่งเสริมดำเนินชีวิตการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิต ในแนวทางในการดำเนินชีวิตซึ่งผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10 คน ให้ข้อมูลที่ตรงกันเกี่ยวกับ แนวทางในการดำเนินชีวิตในการดำเนินชีวิต เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตในด้านความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม พบว่าประเด็นหลักได้แก่ แม้จะมีอายุมาก หากต้องการเป็นผู้มีสุขภาวะทางจิตที่ดี ต้องมีร่างกายที่แข็งแรง ไม่เป็นภาระผู้อื่น มีความรอบคอบ รู้จักการจัดการที่ดี โดยเฉพาะกับสิ่งแวดล้อมรอบตัว เช่น ชีวิตประจำวัน หรือการทำงานที่เกี่ยวข้อง และจะต้องมีการจัดการที่ดีเกี่ยวกับสิ่งรอบตัวไม่ว่าจะเป็นหน้าที่การงาน หรือสิ่งแวดล้อมในชีวิตประจำวันต่าง ๆ ดังตัวอย่างข้อมูล

“ การดูแลตนเองได้ จัดการอะไรต่าง ๆ ไม่ต้องเป็นภาระลูกหลาน สิ่งสำคัญคือต้องแข็งแรง ถ้าทำได้ก็ถือว่ามีความสุขเลยนะ ”

“ หากต้องการให้ตัวเองสามารถจัดการกับสิ่งรอบๆ ตัวได้ดี ก็ต้องรอบคอบ เช่น การใช้ชีวิตประจำวัน การไปทำงาน ถ้าจัดการอะไรไม่ได้ก็จะเป็นภาระลูกหลาน ” ก็ต้องวางแผนให้ดี

“ สำคัญมาคือต้องแข็งแรงไม่เป็นภาระกับลูกหลาน ก็จะสามารถจัดการกับสิ่งรอบตัวได้ ก็จะไม่เครียด และมีความสุขกับชีวิต

ประเด็นที่ 5 การมีจุดหมายในชีวิต (Purpose in Life)

จากการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้ให้ข้อมูลในการพัฒนาแนวทางในการดำเนินชีวิต เพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมโดยมีประเด็นหลัก ในการส่งเสริมดำเนินชีวิตการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิต ในแนวทางในการดำเนินชีวิตซึ่งผู้ให้ข้อมูลจำนวน 11 คน ให้ข้อมูลที่ตรงกันเกี่ยวกับ การดำเนินชีวิตที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีแนวทางในการดำเนินชีวิตที่ครอบคลุมสุขภาวะทางจิตด้านการมีจุดหมายในชีวิต ได้แก่ การดำเนินชีวิตบนพื้นฐานที่จะต้องมีความคิดว่าแม้เป็นวัยสูงอายุ อย่าคิดถึงวันที่ต้องเสียชีวิตเพียงอย่างเดียว อย่าอยู่โดยไม่มีจุดหมายใด ๆ ในชีวิต มิฉะนั้นก็จะมีสุขภาวะทางจิตที่ดี ต้องมีการตั้งเป้าหมายชีวิตไว้ อย่างน้อยก็ต้องมีจุดหมายให้ยังแข็งแรงสามารถช่วยตนเองได้ ดังตัวอย่างข้อมูล

“ ต้องมีการวางแผน และมีจุดหมายจะในชีวิต อย่างน้อยก็ต้องใช้ชีวิตที่ส่งผลให้ร่างกายกายดี ชีวิตดี กินของที่ดีมีประโยชน์ออกกำลังกาย ”

“ การที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีเป้าหมายในชีวิต ต้องทำปัจจุบันของเขาให้ดีขึ้น เช่น ร่างกายแข็งแรง เศรษฐกิจดี จะรู้สึกดีกว่าชีวิตยังมีค่า

ประเด็นที่ 6 การเจริญเติบโตของความเป็นบุคคล (Personal Growth)

จากการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้ให้ข้อมูลในการพัฒนาแนวทางในการดำเนินชีวิต เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของความเป็นบุคคลมีประเด็นหลัก ในการส่งเสริมดำเนินชีวิตการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิต ในแนวทางในการดำเนินชีวิตซึ่งผู้ให้ข้อมูลจำนวน 8 คน ให้ข้อมูลที่ตรงกันเกี่ยวกับจากการสนทนากลุ่มพบว่าผู้สูงอายุ มีแนวทางในการดำเนินชีวิตที่ครอบคลุมสุขภาวะทางจิตด้านการเจริญเติบโตของความเป็นบุคคล โดยผู้สูงอายุให้ข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นหลักของแนวทางในการดำเนินชีวิตเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตนั้นจะต้องมีแนวทางในการดำเนินชีวิตหรือความคิดที่สอดคล้องกับการพัฒนาตนเอง ได้แก่ การมีทัศนคติที่มุ่มมองว่าแม้เป็นวัยสูงอายุ ก็ควรที่จะมีการพัฒนาตนเองเต็มที่ จะต้องกล้าทำในสิ่งที่ท้าทาย เพื่อการเติบโตของความเป็นมนุษย์ ภายใต้เทคโนโลยีที่ก้าวไกลมากขึ้น

ทุกวัน จึงต้องเปิดกว้างต่อการเปลี่ยนแปลงของโลก มีความท้าทายกับสิ่งใหม่ ๆ ซึ่งจะต้องมีการสร้างกิจกรรมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ ดังตัวอย่างข้อมูล

“ถึงแม้อายุจะมากขึ้นต้องมีการพัฒนา เพราะโลกก้าวหน้าไปมาก”

“การสร้างการเรียนรู้เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสนใจที่จะพัฒนาตนเอง เพื่อให้ก้าวทันสังคม ซึ่งส่วนใหญ่ถ้าเป็นผู้สูงอายุในเขตเมือง เช่น ในเทศบาลนครยะลา จะมีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ทางเทคโนโลยี หรือ กิจกรรมการพัฒนาด้านอื่น ๆ ก็จะเป็นส่วนหนึ่งที่สร้างความสุขให้ผู้สูงอายุ”

สรุปแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตสำหรับผู้สูงอายุ เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา

จากการสนทนากลุ่มของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม สามารถสรุปแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตสำหรับผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา ได้ดังนี้

1. การดำเนินกิจกรรมควรเป็นกิจกรรมเชิงสร้างสรรค์ และเหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น การละเล่น ความหลัง การร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ต่าง ๆ โดยเฉพาะการพัฒนาตนเองของผู้สูงอายุ
2. กิจกรรมที่จัดควรเป็นกิจกรรมส่งเสริมสนับสนุนการ ไม่เพิ่มความเครียด หรือเป็นการเรียนภายในห้องเรียนเพียงอย่างเดียว
3. กิจกรรม และสื่อที่ใช้จะต้องเหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรม ความเชื่อ และศาสนาที่ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านนับถือตามลักษณะของสังคมพหุวัฒนธรรม
4. หน่วยงานต่าง ๆ หรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง จะต้องเพิ่มการจัดเวที และโอกาสต่าง ๆ ให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสแสดงความสามารถมีกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการติดตามประเมินผลกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงการทำงานอย่างบูรณาการร่วมกันให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และเครือข่ายพื้นฐานทางสังคม ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ

ระยะที่ 3 การตรวจสอบความเป็นไปได้และความเหมาะสม ของแนวทางพัฒนาการดำเนินชีวิต เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยตรวจสอบความเป็นไปได้และความเหมาะสมของแนวทางที่สร้างขึ้น โดยการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 5 ท่าน ด้วยแบบประเมินเป็นลักษณะเลือกตอบ 2 คำตอบ เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ของข้อมูล นำมาวิเคราะห์เป็นร้อยละของความเหมาะสม และไม่เหมาะสม และมีรายละเอียดของข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โดยผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อความสมบูรณ์และการนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างแท้จริง ซึ่งพบว่าแนวทางของการพัฒนาการดำเนินชีวิต เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุเหมาะสมคิดเป็นร้อยละ 88

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย ตามลำดับวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาลักษณะการดำเนินชีวิต เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา

การศึกษาลักษณะการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา พบว่าผู้สูงอายุมีความเข้าใจ ยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ มีเป้าหมายในชีวิต ภูมิใจในสิ่งที่เบ็นอยู่ ไว้ใจผู้อื่น สามารถถ่ายทอดเรื่องราวต่าง ๆ ให้กับผู้อื่น และนำไปประยุกต์ใช้กับการดำเนินชีวิตได้ดี สอดคล้องกับนิยามของสุขภาวะทางจิตของตามลักษณะของแนวทางสุขภาวะทางจิตทั้ง 6 ด้าน ซึ่งพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุให้ข้อมูลเกี่ยวกับการ

ดำเนินชีวิตที่เป็นปกติ ร่างกายที่สุขภาพแข็งแรง มีศักยภาพสามารถช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน และช่วยเหลือผู้อื่นได้ รวมถึงมีการพัฒนาตนเอง มีมุมมองที่มองว่าตนเองมีคุณค่าต่อตนเอง และสังคม มองโลกในแง่ดี รวมถึงการยังสามารถพัฒนาตนเองด้านการเรียนรู้อยู่เสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaisang, Chaisang & Marano (2020) ทำการศึกษาสภาวะทางจิต และมุมมองในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา ตามแนวคิดสภาวะทางจิตของ (Ryff, 1989; Ryff, & Keyes, 1995) ซึ่งกำหนดสภาวะทางจิตไว้ 6 ประเด็น เช่นเดียวกับ Prasertsin, Suriyo, & Nutmatawin (2018) ได้กล่าวว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อสภาวะที่ดีของผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วยปัจจัยภายใน ได้แก่ การทำงานของร่างกาย ความสามารถทางกาย ความสามารถทางจิต การมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี รวมถึงการเห็นคุณค่าในตนเอง การมองโลกในแง่ดี และมีความหมายในชีวิต และปัจจัยภายนอกได้แก่การ เกษียณอายุโดยสมัครใจ การทำกิจกรรมทางกาย ความปลอดภัย ลักษณะการดำเนินชีวิต การนับถือศาสนา การสนับสนุนทางสังคม เครือข่ายในสังคม และกิจกรรมทางสังคม

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยสนับสนุนที่ส่งเสริมสภาวะทางจิตที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ คือการอาศัยอยู่ในพื้นที่เดียวกัน ในเขตเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา ซึ่งได้รับการสนับสนุนให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันเป็นประจำ ส่งผลต่อการสร้างเสริมสภาวะทางจิตที่ดีแก่ผู้สูงอายุ ดังที่ Ryff, C.D. (2014) ได้ศึกษาไว้ว่าตัวแปรที่ทำนายถึงสภาวะทางจิตที่ดีอย่างหนึ่งคือการมีสัมพันธ์ภาพที่ดี กับบุตรหลาน การทำกิจกรรมจิตอาสา การเข้าร่วมกิจกรรม และการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ ทำให้ผู้สูงอายุมีสภาวะทางจิตที่ดี รวมถึงลักษณะโครงสร้างของครอบครัวส่งผลต่อสภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากการดูแลเอาใจใส่กันและกัน จากความสัมพันธ์ในครอบครัว โดยเฉพาะในลักษณะโครงสร้างของครอบครัวแบบมีจำนวนสมาชิกที่หลากหลาย ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคนที่ปรึกษาดูแลทุกข์สุขซึ่งกันและกัน ในขณะที่ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง อาจจะเหงา ทำให้ต้องแก้ปัญหาตามลำพัง และต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อสภาวะทางจิต นอกจากนี้การเป็นผู้สูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ และมีสภาวะทางจิตในระดับสูง ประเด็นหลัก ของความสำเร็จในผู้สูงอายุที่มีสภาวะทางจิตระดับสูง คือ การมีครอบครัวที่ดีเช่นเดียวกับ Meteekul (2011) ได้ทำการศึกษาประสบการณ์การสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จในผู้สูงอายุ พบว่าประเด็นหลักของความสำเร็จในผู้สูงอายุที่มีสภาวะทางจิตระดับสูง คือการมีครอบครัวที่ดี

2. เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาแนวทางส่งเสริมการดำเนินชีวิต เพื่อสร้างเสริมสภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา

จากผลการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา ต้องการกิจกรรมเพื่อพัฒนา สภาวะทางจิต ในกิจกรรมเชิงสร้างสรรค์ และเหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น การระลึกความหลัง ซึ่งเกี่ยวกับสภาวะทางจิตเกี่ยวกับการยอมรับตนเองที่น่าสนใจก็คือการใช้กิจกรรมระลึกถึงความหลัง เพื่อทำให้เกิดการได้ทบทวนตนเอง การได้นึกถึงสิ่งต่าง ๆ ที่กระทำผ่านมา Duangduen (2019) กล่าวไว้ว่าการบำบัดทางจิตสังคม เป็นทางเลือกหนึ่งในการช่วย

ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดสุขภาพจิตที่ดีขึ้น และช่วยลดความรู้สึกลบให้กับผู้สูงอายุการบำบัดทางจิตสังคมเป็นกิจกรรมการดูแลที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของผู้สูงอายุในด้านจิตวิทยาและสังคม มีรูปแบบ ที่หลากหลายขึ้นกับวัตถุประสงค์และผลลัพธ์ที่คาดหวัง ที่ถือเป็นรูปแบบหนึ่งของการบำบัดทางจิตสังคมในผู้สูงอายุ เนื่องจากธรรมชาติของผู้สูงอายุจะหลงลืมเหตุการณ์ใหม่ที่เพิ่งเกิดขึ้น อีกทั้งบรรยากาศ เวลา และสถานที่ของศูนย์ผู้สูงอายุ ๆ ควรเป็นพื้นที่ใกล้เคียงกับที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุสามารถเดินทางได้สะดวก และจากข้อมูลที่ได้จะเห็นได้ว่าสามารถเข้าถึงได้ง่ายไม่จริงจางเกินไป มีกิจกรรมนันทนาการเป็นส่วนใหญ่ และจะต้องเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมความเข้าใจห่วงใย

ความรู้สึกของผู้อื่นการรับรู้ผู้สูงอายุต้องการการจัดกิจกรรมนันทนาการ เพราะมีเวลาว่างมากขึ้นและการที่ผู้สูงอายุได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Semamon (2014) ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา และจังหวัดอ่างทองที่พบว่า ความคิดเห็นของผู้สูงอายุเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดกิจกรรมนันทนาการมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด เนื่องจากการทำกิจกรรมนันทนาการจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทใหม่การปรับตัวในสังคม และการพัฒนากิจกรรมจะช่วยทำให้ผู้สูงอายุได้รับความพึงพอใจในการช่วยเหลือตัวเองเป็นกรใช้ศักยภาพในตัวเองทำให้ผู้สูงอายุยอมรับพร้อมที่จะเผชิญกับความเป็นจริงของชีวิตได้จึงเป็นการทำตามทฤษฎีการสูงอายุวิทยาซึ่งเชื่อว่าการให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมต่อไปอย่างปกติ จะช่วยชะลอความเสื่อมทางด้านร่างกายจิตใจและสังคมลงได้การทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้พบเพื่อนวัยเดียวกันได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน มีความสุขได้แสดงออกลดความเหงาได้ผ่อนคลายความเครียดที่มีที่อัดแน่นไวทางจิตใจจะรู้สึกได้ว่าตัวเองมีค่า มีประโยชน์ตรงข้ามกับผู้สูงอายุที่ไม่มีกิจกรรมจะมีความรู้สึกเบื่อหน่ายหดหู่จิตใจจะเสื่อมลงอย่างรวดเร็ว

แนวทางในการพัฒนาสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุที่สำคัญอีกประการ คือกิจกรรม และสื่อที่ใช้จะต้องเหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรม ความเชื่อ และศาสนาที่ผู้สูงอายุนับถือตามลักษณะของสังคมพหุวัฒนธรรม เนื่องจากเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดแนวทางในการดำเนินชีวิต และการรับรู้ที่ดี ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุผู้ให้ข้อมูลและบุคลากรสาธารณสุข ให้ข้อมูลถึงแนวทางเพื่อดำเนินชีวิต และการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุ ต้องคำนึงถึงบริบทต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ศาสนาที่นับถือ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sapprawong (2012) ศึกษาสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุไทย พบว่า สุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุในมิติด้านการยอมรับตนเองของแต่ละภูมิภาคแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุภาคใต้ มีสุขภาพทางจิตด้านนี้สูงกว่าภาคอื่น ๆ จากลักษณะจำเพาะทางด้านบริบทวัฒนธรรม และศาสนาที่นับถือ ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในจังหวัดยะลาถือศาสนาอิสลามมีความเชื่อว่าพระเจ้า (อัลลอฮ) เป็นผู้กำหนดทุกสิ่งทุกอย่าง เชื่อว่าอัลลอฮ มีความเมตตาและเลือกสิ่งที่ดีที่สุดให้เสมอ และเมื่อมีการยอมรับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ ความทุกข์ก็ลดลง จะทำให้ชีวิตมีความสุขมากขึ้น (Psychiatric Association of Thailand, 2014 และจากการศึกษาของ Thongdee, Rongmuang,&Nakchattree (2012) ทำการศึกษาภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า การวางแผนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุจังหวัดชายแดนภาคใต้ จะต้องจัดให้เหมาะสมกับบริบท และวัฒนธรรมท้องถิ่น โดยเฉพาะหลักศาสนาซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญเฉพาะในผู้สูงอายุกลุ่มนี้หรือจากข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลที่นับถือศาสนาพุทธก็จะกล่าวถึงเรื่องของเวรกรรมต่าง ๆ ที่ทำมาที่ส่งผลต่อชีวิตในปัจจุบัน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรรนำผลการวิเคราะห์ จากงานวิจัยซึ่งพบว่าผู้สูงอายุมีความเข้าใจ ยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ มีเป้าหมายในชีวิต ภูมิใจในสิ่งที่เป็อยู่ ใ่วางใจผู้อื่น สามารถถ่ายทอดเรื่องราวต่าง ๆ ให้กับผู้อื่น และนำไปประยุกต์ใช้กับการดำเนินชีวิตได้ดี ไปเป็นแนวทางเพื่อกำหนดนโยบาย และแผนปฏิบัติการ สำหรับสถานบริการสาธารณสุขที่สำคัญ ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดยะลา สำนักงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครยะลา ศูนย์อนามัยที่ 12 จังหวัดยะลา และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุ ตามบริบทของพื้นที่

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสำคัญ ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดยะลา สำนักงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครยะลา ศูนย์อนามัยที่ 12 จังหวัดยะลา ควรรนำข้อมูลจากการวิจัยไปศึกษาวิเคราะห์เพิ่มเติม

เพื่อนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสนับสนุน และติดตามกิจกรรม / โครงการที่สามารถดำเนินการให้กับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะแนวทางในการดำเนินกิจกรรมที่สร้างสรรค์ ผ่านรูปแบบการจัดกิจกรรมโดยใช้ความสัมพันธ์อันดีภายในครอบครัว และเครือข่ายทางสังคมเป็นพื้นฐาน

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรมีการขยายผลการศึกษาไปยังผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุลักษณะพิเศษ เช่น สุขภาวะทางจิตต่ำกว่าเกณฑ์ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน หรือ กลุ่มโรคเรื้อรัง กลุ่มเปราะบาง ในพื้นที่ที่แตกต่างกัน เช่น ผู้สูงอายุในบริบทชุมชนเมือง ชนบท หรือภูมิภาคอื่น ๆ เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตที่เหมาะสมตามบริบท

3.2.2 ควรนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปศึกษา และพัฒนาเป็นรูปแบบวิจัยกึ่งทดลอง หรือใช้กลุ่มเปรียบเทียบ การสร้างนวัตกรรม เพื่อใช้เป็นรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตสำหรับผู้สูงอายุตามบริบทของพื้นที่

3.2.3 ควรศึกษารูปแบบความร่วมมือทั้งองค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน กับเครือข่ายทางสังคมในพื้นที่ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการศึกษาการให้ความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตสำหรับผู้สูงอายุต่อไป

References

- Chaisang, U., Chaisang, N. & Marano, L. (2020). Psychological Well-being and Perspectives on Mental Health Promoting Lifestyle among Elderly in the Center for Quality of Life Development, Yala City Municipality, Yala Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 7(1), 306-318. (in Thai)
- Community Health Center Yala Municipality. (2019). *Annual Report 2019*. Yala. (in Thai)
- Duangduen, Y. (2019). Nurses and Promotion to Reminiscence in Older Adults. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 8 (24), 89 – 106. (in Thai)
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (2016). *Situation of the Thai Elderly 2015*, Bangkok: Amarin Printing & Plub Leasing. (in Thai)
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2012). *Annual report Situation of the Thai Elderly 2010*. Bangkok: TQP. (in Thai)
- National Committee on Aging, Ministry of Social Development and Human Security. (2010). *National Elderly Plan National Issue, 2(2002-2021)* 1st Edition, 2009. Bangkok: Theppenwanis Printing. (in Thai)
- Metheekul, P. (2011). *Successful aging experience of thai older adults with high psychological well-being : a consensual qualitative research*. Graduate School of Psychology Counseling. Chulalongkorn University, Bangkok (in Thai)
- Prasertsin, U., Suriyo, T., Nutmatawin, P. (2018). Well-Being of Elderly People: The Various Concepts and Factors Involved. *Journal of Health Education*. 41 (1), 1-15. (in Thai)
- Psychiatric Association of Thailand. (2014) Suffering will be smaller with our hearts. Retrieved On January 12, from [https://www.facebook.com/ThaiPsychiatric Association](https://www.facebook.com/ThaiPsychiatricAssociation). (in Thai)
- Ryff, C.D. (2014). Psychological Well-Being Revisited: Advances in the Science and Practice of Eudaimonia. *PsychtherPsychosom*. 83 (1), 10-28.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995) .The structure of psychological well-being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*. 69 (4), 719-727.
- Ryff, Carol D. (1989). Happiness is everything, or is it? Exploration on Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 57 (6), 1069 – 1081.
- Sapprawong, K. (2012). Mental Health in Thai Elderly. *BU Academic Review*, 11 (2), 99 - 110. (in Thai)
- Semamon, W. (2014). *Study format recreational elderly Ayutthaya and Angthong*. Ayutthaya : Ayutthaya Rajabhat University. (in Thai)
- Thongdee, J., Rongmuang, D. & Nakchattree, C. (2012). Health status and quality of life in the elderly in the southern border provinces. *Journal of Nursing, Ministry of Public Health*, 22 (3), 88 - 99. (in Thai)
- Wongpanarak, N. (2013). Promoting Psychological Well-being in the elderly society. (in Thai)

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือ ตลาดนัดสุขภาพ ที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2

Received: Feb. 23, 2021

Accepted: Oct. 26, 2021

Published: Nov. 15, 2021

The Effect of Cooperative Learning with Health Market of Second-Year Nursing Students

สาธิตาน มากชูจิต

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา

Satiman Makchuchit

Boromarajonani College of Nursing, Yala

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในหน่วยความผิดปกติระบบสืบพันธุ์สตรีก่อนและหลังเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 ที่ได้รับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือตลาดนัดสุขภาพ เพื่อศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือตลาดนัดสุขภาพ และเพื่อศึกษาความสามารถในการทำงานร่วมกันของนักศึกษาหลังได้รับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือด้วยตลาดนัดสุขภาพ รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (One group pre – post test design) กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา ปีการศึกษา 2561 จำนวน 66 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือตลาดนัดสุขภาพ จำนวน 1 แผน เวลา 4 ชั่วโมง แบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ก่อนและหลังเรียน แบบปรนัยชนิดเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือตลาดนัดสุขภาพ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 12 ข้อ และแบบประเมินความสามารถในการทำงานร่วมกันของนักศึกษาต่อการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือตลาดนัดสุขภาพ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 10 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการทดสอบค่าที (Paired sample t-test)

ผลการศึกษา พบว่า 1) ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลหลังได้รับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือตลาดนัดสุขภาพ (Mean = 10.07 SD = 2.06) สูงกว่าก่อนเรียน (Mean = 7.36 SD = 2.51) และเมื่อเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือตลาดนัดสุขภาพ นักศึกษามีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในหน่วยความผิดปกติระบบสืบพันธุ์สตรี เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.000$) 2) ความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือตลาดนัดสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 4.39, SD = 0.76) และ 3) ความสามารถในการทำงานร่วมกันของนักศึกษาหลังได้รับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือตลาดนัดสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 4.28, SD = 0.83)

คำสำคัญ : การเรียนรู้แบบร่วมมือ, ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน, ระบบสืบพันธุ์สตรี, นักศึกษาพยาบาล

Corresponding author: สาธิตาน มากชูจิต Email: satiman@bcnyala.ac.th

*Original article***Abstract***Received: Feb. 23,2021**Accepted: Oct. 26,2021**Published: Nov. 15,2021*

The present study aimed to compare the academic achievement and satisfaction of second-year nursing students before and after engaging in cooperative learning using health marketing on female reproductive system disorders. We measured the satisfaction of those students after using cooperative learning with health marketing, and studied the cooperation ability of students after receiving the lessons. This study used a one-group, pre-post test, quasi-experimental design. The subjects were 66 second-year nursing students enrolled at Boromarajonani College of Nursing, Yala during the 2018 academic year. The experimental instruments included 4 hours lessons containing cooperative learning with health marketing, an achievement test with 20 questions (4 possible answers per question), and a satisfaction survey with 12 items, test measuring cooperation ability of students after receiving lessons with 10 items. The data analysis consisted of descriptive statistics and a paired t-test.

The results found that the nursing students' achievement after using cooperative learning with the health marketing (Mean = 10.07, SD = 2.06) was higher than before the lessons (Mean = 7.36, SD = 2.51). There was a significant difference between nursing students' knowledge of the female reproductive system disorders before compared to their knowledge after participating in cooperative learning with health marketing ($p < 0.0001$). The satisfaction of those students after using cooperative learning with the health marketing was high (Mean = 4.37, SD = 0.76). The cooperative ability of students after receiving cooperative learning with the health marketing was a high level (Mean = 4.28, SD = 0.83).

Keywords : Cooperative learning, achievement, female reproductive system disorders, Nursing students

Corresponding author: Satiman Makchuchit Email: satiman@bcnyala.ac.th

บทนำ

แนวคิดการเรียนการสอนในศตวรรษที่ 21 ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแนวทางการจัดการเรียนการสอน เปลี่ยนจากผู้สอนที่เน้นการเป็นผู้มอบความรู้เปลี่ยนมาเป็นผู้ส่งเสริมหรือออกแบบการเรียนรู้ และเปลี่ยนผู้เรียนจาก นักศึกษาเป็นนักแสวงหาด้วยตนเอง ประกอบกับในปัจจุบันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้นักศึกษาในยุคปัจจุบันมีลักษณะที่แตกต่างจากนักศึกษาในอดีตอย่างสิ้นเชิง ดังนั้น การเตรียมนักศึกษาพยาบาล ให้มีสมรรถนะตามองค์ความรู้วิชาชีพและสังคมต้องการ จึงต้องมีการพัฒนากระบวนการเรียนการสอนให้ทันสมัยอยู่ ตลอดเวลา (Poosuk, Pornsri, 2015) ดังนั้นการจัดการศึกษาทางการพยาบาลจึงต้องมีการปรับปรุงรูปแบบการ จัดการเรียนการสอน ให้สอดคล้องกับลักษณะของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในยุค generation Y เพื่อที่จะทำได้ บัณฑิตทางการพยาบาลที่มีสมรรถนะในทางวิชาชีพตามความต้องการของสังคม จึงได้นำแนวคิดการเรียนการสอนที่ เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญนั้น มาใช้ในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อผลิตพยาบาลที่มี ความรู้ ทักษะ และทักษะในการดูแลรักษาพยาบาลและให้คำปรึกษาผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้อย่างมี ประสิทธิภาพ

การจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ คือ วิธีการสำคัญที่สามารถสร้างและพัฒนาผู้เรียน ให้เกิด คุณลักษณะต่าง ๆ ที่ต้องการในยุคโลกาภิวัตน์เนื่องจากการเป็นจัดการเรียนการสอนที่ให้ความสำคัญกับผู้เรียน ส่งเสริมให้ผู้เรียนรู้จักเรียนรู้ด้วยตนเอง เรียนในเรื่องที่สอดคล้องกับความสามารถและความต้องการของตนเองและได้ พัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ ดังจะเห็นได้ว่าการเรียนแบบร่วมมือ เป็นการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียน เป็นสำคัญแบบหนึ่ง เพื่อให้ผู้เรียนได้เรียนร่วมกันเรียนรู้และปฏิบัติกิจกรรมให้บรรลุผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย มุ่งเน้น การร่วมกันปฏิบัติงานที่มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และมุ่งส่งเสริมพัฒนาทักษะทางสังคม และให้ทุกคนรับผิดชอบ ต่อผลงานของตนเองและของกลุ่ม ทุกคนต้องมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ช่วยเหลือพึ่งพากัน ยอมรับความคิดเห็น ซึ่งกันและกัน ร่วมกันช่วยเหลือเพื่อนสมาชิกให้สามารถเรียนรู้ได้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด (Sarasin, Somporn, 2013)

จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าวข้างต้น เป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับอาจารย์ที่จะต้องหาแนวทางที่จะช่วยให้ ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ มีความมั่นใจในตนเอง กล้าแสดงออกในการกระทำที่ถูกต้อง สามารถพัฒนาทักษะต่าง ๆ และ รู้สึกเป็นสุขที่ได้เรียนรู้ กระบวนการจัดการเรียนการสอนจึงต้องเปลี่ยนไปใช้เทคนิคการสอนที่หลากหลายโดยเน้น ผู้เรียนเป็นสำคัญ ซึ่งการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมถือเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่กระตุ้นให้ ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการแสวงหาความรู้ การจัดการศึกษาต้องยึดหลักว่าผู้เรียนทุกคนมีความสามารถในการเรียนรู้ พัฒนาตนเองได้และถือว่า ผู้เรียนสำคัญที่สุด มุ่งเน้นให้ผู้เรียนมีการพัฒนาด้านผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และส่งเสริม ความสามารถในการทำงานร่วมกัน เพื่อให้ผู้เรียนมีคุณภาพทั้งด้านความรู้ ความสามารถและทักษะที่จำเป็น ตาม หลักสูตร ซึ่งแนวทางหนึ่งคือ การเรียนแบบร่วมมือ (Cooperative Learning) ซึ่งเป็นการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่ อาศัยหลักพึ่งพากันเพื่อความสำเร็จมีการทำงานร่วมกัน มีปฏิสัมพันธ์ เพื่อพัฒนาทักษะทางสังคม และการเรียนรู้ด้าน ต่าง ๆ (Rewadee, 2019) ช่วยให้ผู้เรียนมีความพยายามในการเรียนรู้ เป็นผลทำให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงขึ้น มี ทักษะการทำงานกลุ่มย่อย และการวิเคราะห์กระบวนการกลุ่ม ที่เน้นให้ผู้เรียนลงมือปฏิบัติงานเป็นกลุ่มย่อย โดย สมาชิกกลุ่มที่มีความสามารถที่ต่างกัน เพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพการเรียนรู้ของแต่ละคน สนับสนุนให้มีการ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จนบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ (Tisana, 2016) นอกจากนี้ยังเป็นการส่งเสริมการทำงาน ร่วมกันเป็นหมู่คณะ หรือทีม ตามระบอบประชาธิปไตย และเป็นการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ ทำให้สามารถ ปรับตัวอยู่กับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข การเรียนรู้แบบร่วมมือมีข้อดีหลายประการในการพัฒนาผู้เรียน ดังนี้ คือ ช่วย

พัฒนาความเชื่อมั่นของผู้เรียน พัฒนาความคิดของผู้เรียน เกิดเจตคติที่ดีในการเรียน ช่วยยกระดับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ช่วยส่งเสริมบรรยากาศในการเรียน สร้างความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนสมาชิก ส่งเสริมทักษะในการทำงานร่วมกัน ฝึกให้รู้จักรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ทำให้ผู้เรียนมีวิสัยทัศน์หรือมุมมองกว้างขึ้น ส่งเสริมทักษะ ทางสังคมตลอดจนช่วยให้ผู้เรียนมีการปรับตัวในสังคมได้ดีขึ้น โดยอาศัยความร่วมมือแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างกลุ่มผู้เรียนด้วยกัน (Pitsini, 2016)

การจัดการเรียนแบบร่วมมือมีรูปแบบของการจัดกิจกรรมที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับผู้สอนที่จะเลือกใช้รูปแบบใดที่เหมาะสมกับผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ บรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่ผู้สอนกำหนดไว้ ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบใดล้วนส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดทักษะของการทำงานเป็นทีม การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ยอมรับซึ่งกันและกัน รวมไปถึงเกิดกระบวนการคิดที่สร้างสรรค์ นำไปสู่การพัฒนาทางสังคมเมื่อผู้เรียนออกไปใช้ชีวิตนอกห้องเรียน (Rewadee, 2019) การเรียนรู้แบบร่วมมือที่น่าสนใจรูปแบบหนึ่ง คือ กลุ่มเรียนรู้ร่วมกัน (Learning Together : LT) เป็นเทคนิคการจัดกิจกรรมที่ให้สมาชิกในกลุ่มได้รับผิชอบ มีบทบาทหน้าที่ทุกคน เช่น เป็นผู้อ่าน เป็นผู้จัดบันทึก เป็นผู้รายงานนำเสนอ เป็นต้น ทุกคนช่วยกันทำงาน จนได้ผลงานสำเร็จ ส่งและนำเสนอผู้สอน ลักษณะการจัดกิจกรรม กลุ่มผู้เรียนจะแบ่งหน้าที่กันทำงาน เช่น เป็นผู้อ่านคำสั่งใบงาน เป็นผู้จัดบันทึกงาน เป็นผู้หาคำตอบ เป็นผู้ตรวจคำตอบ กลุ่มจะได้ผลงานที่เกิดจากการทำงานของทุกคน ซึ่งเป็นการเรียนที่เหมาะสมกับธรรมชาติของวิชาและตัวผู้เรียน เป็นระยะวัยรุ่นการทำงานร่วมกันลักษณะเช่นนี้จะสร้างประโยชน์แก่การเรียนรู้สำหรับผู้เรียน สามารถพัฒนาผู้เรียนให้มีองค์ความรู้ผ่านการศึกษาค้นคว้า และขึ้นการเรียนรู้ด้วยตนเอง การทำงานทำเป็นทีม

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ออกแบบการจัดการเรียนการสอนโดยประยุกต์ใช้การเรียนรู้แบบร่วมมือ ในหน่วยความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์สตรี ในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา เนื่องจากเป็นหัวข้อที่เนื้อหาค่อนข้างเยอะ แต่ชั่วโมงสอนมีเวลาที่จำกัด เพื่อให้เกิดการเรียนรู้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ คือภายหลังสิ้นสุดการเรียนการสอนผู้เรียนสามารถประเมินภาวะสุขภาพและการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ และหากผู้เรียนลงมือปฏิบัติด้วยตนเองจะทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีกว่าการนั่งฟังบรรยาย จึงเลือกการสอนที่ให้ผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติโดยใช้กระบวนการทำงานเป็นทีมเข้ามาประกอบการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือ โดยเลือกใช้รูปแบบกลุ่มเรียนรู้ร่วมกัน (Learning Together : LT) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือ โดยผ่านกิจกรรม “ตลาดนัดสุขภาพ” เป็นสื่อกลางสำหรับการเรียนรู้ร่วมกัน เป็นกิจกรรมที่ผู้สอนกำหนดสถานการณ์ พร้อมกำหนดเงื่อนไข รายละเอียดของงาน เพื่อช่วยกระตุ้นผู้เรียนมีความคิดสร้างสรรค์ ผลงานเอง และเพื่อช่วยให้ผู้เรียนได้พัฒนาการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง การทำงานทำเป็นทีม ซึ่งคาดว่าผลการศึกษาครั้งนี้จะนำไปสู่การพัฒนา กิจกรรมการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ สามารถส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์ที่ได้จากการศึกษาค้นคว้า และลงมือปฏิบัติจริงภายใต้กระบวนการทำงานเป็นทีม ส่งผลให้ผู้เรียนจดจำและนำความรู้ไปประยุกต์ใช้และช่วยให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาเพิ่มขึ้น

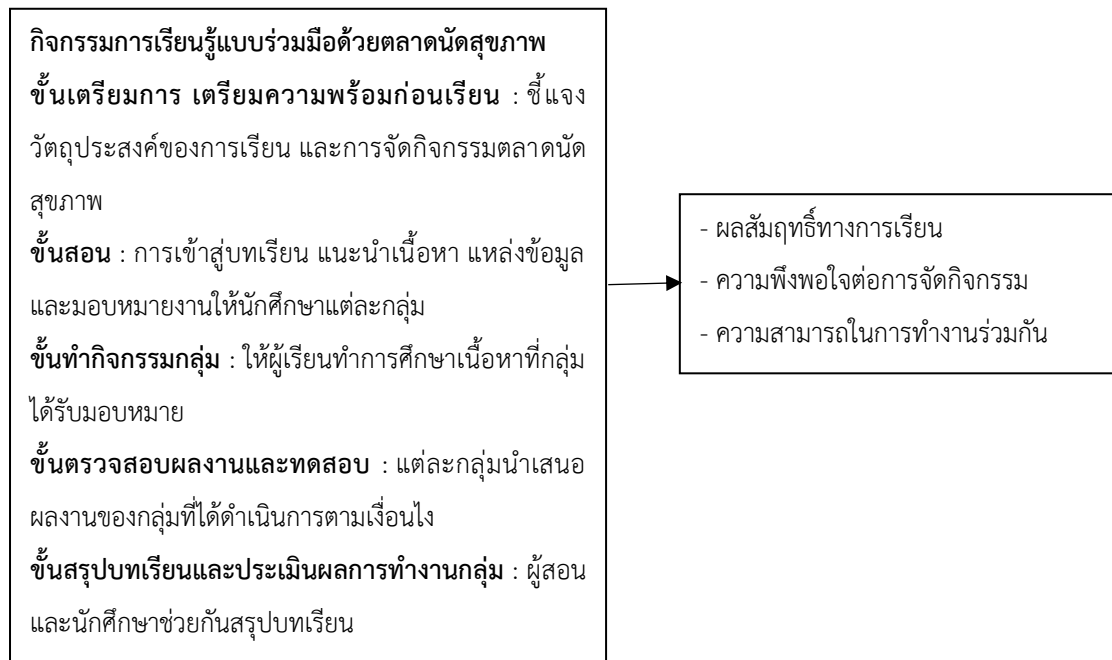
วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในหน่วยความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์สตรีก่อนและหลังของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 ที่ได้รับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือด้วยตลาดนัดสุขภาพ
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือด้วยตลาดนัดสุขภาพในหน่วยความผิดปกติระบบสืบพันธุ์สตรี

- เพื่อศึกษาความสามารถในการทำงานร่วมกันของนักศึกษาหลังได้รับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือด้วยตลาดนัดสุขภาพ ในหน่วยความผิดปกติระบบสืบพันธุ์สตรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ได้นำแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้แบบร่วมมือ (Cooperative Learning) คือ การเรียนรู้เป็นกลุ่มย่อยโดยมีสมาชิกกลุ่มที่มีความสามารถแตกต่างกัน ช่วยกันเรียนรู้เพื่อไปสู่เป้าหมายของกลุ่ม



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยศึกษากลุ่มเดียววันก่อนหลังการทดลอง (pre – post test one group design) เพื่อศึกษาผลของการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือตลาดนัดสุขภาพ ที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา ในหน่วยความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์สตรี ในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ในปีการศึกษา 2561 จำนวน 66 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

- เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) แผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือตลาดนัดสุขภาพ จำนวน 1 แผน เวลา 4 ชั่วโมง ในหน่วยความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์สตรี 2) ใบงานเนื้อหาในหน่วยความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์สตรี

2. แบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก่อนและหลังเรียน ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อเป็นชนิดข้อคำถามแบบเลือกตอบ (Multiple Choices) มีข้อย่อยให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรู้ โดยวิธี Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้เท่ากับ 0.80

3. แบบประเมินความพึงพอใจของนักศึกษา และแบบประเมินความสามารถในการทำงานร่วมกันของนักศึกษาหลังได้รับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือด้วยตลาดนัดสุขภาพ ในหน่วยความผิดปกติระบบสืบพันธุ์สตรี เป็นชนิดการตอบแบบลิเคิร์ต (Likert) แบ่งระดับความคิดเห็นเป็น 5 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 1- 5 คะแนน ได้แก่ ความพึงพอใจมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ประกอบด้วย 3 ตอนดังนี้ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ตอนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือตลาดนัดสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ ตอนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการทำงานร่วมกันของนักศึกษาหลังได้รับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือด้วยตลาดนัดสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะที่มีต่อการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือตลาดนัดสุขภาพ เป็นแบบคำถามปลายเปิด โดยนำเครื่องมือวิจัยไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 30 คน ทดสอบความเชื่อมั่น ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbrach'alpha Coefficient) เท่ากับ 0.89 และผ่านการตรวจสอบด้านความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน จากนั้นนำคะแนนจากผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดมาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องได้ค่าความสอดคล้องของแบบสอบถาม (Index of litem Objective Congruence: IOC) ระหว่าง 0.75 - 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ เป็นขั้นตอนของการเตรียมความพร้อมก่อนเรียน

1.1 แจกวัสดุอุปกรณ์การเรียน และการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือตลาดนัดสุขภาพ

1.2 ให้นักศึกษาทำแบบทดสอบก่อนเรียน (pre - test) ด้วยแบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน จำนวน 20 ข้อ

1.3 ให้นักศึกษาแบ่งกลุ่ม ๆ ละ 6 -7 คน (จำนวน 10 กลุ่ม) แบ่งกลุ่มผู้เรียนจากผลการเรียน โดยทุกกลุ่มจะมีผู้เรียนที่จัดอยู่ในกลุ่มเก่ง กลาง อ่อน กระจายอยู่ภายในกลุ่มทุกกลุ่ม

1.4 ผู้สอนแนะนำวิธีการทำงานกลุ่มและบทบาทของสมาชิกภายในกลุ่ม

2. ขั้นสอน ในขั้นตอนนี้ผู้สอนเริ่มนำเข้าสู่บทเรียน

2.1 ผู้สอนมอบหมายให้แต่ละกลุ่มศึกษาโรคและรายละเอียดของโรคตามใบงานที่มอบหมาย

2.2 ผู้สอนแนะนำแหล่งสืบค้นข้อมูล พร้อมทั้งอธิบายถึงรายละเอียดการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือตลาดนัดสุขภาพ “Body paint”

3. ขั้นทำกิจกรรมกลุ่ม

3.1 จัดกิจกรรมตลาดนัดสุขภาพ “Body paint”

3.2 ให้นักศึกษาแต่ละกลุ่มศึกษารายละเอียดตามหัวข้อที่กลุ่มได้รับ และนำมาสรุปสาระสำคัญตามรูปแบบ “Body paint” และจัดคนนำเสนออยู่ประจำฐานที่กลุ่มรับผิดชอบ 1 คน เพื่อนำเสนอเนื้อหาของกลุ่มต่อผู้เข้าชมฐานในกิจกรรมตลาดนัดสุขภาพ

3.3 ให้สมาชิกที่เหลือทุกคนเข้าร่วมฟังเนื้อหาแต่ละฐานของกลุ่มอื่น ๆ และร่วมกันอภิปรายเนื้อหาที่ได้ค้นคว้า ซึ่งเวลาในการเข้าฐานละ 10 นาที

3.4 ผู้สอนสังเกตการณ์ทำงานของกลุ่มในแต่ละฐาน ให้ข้อเสนอแนะต่าง ๆ เมื่อกลุ่มต้องการ หรือเมื่อผู้สอนสังเกตเห็นว่าสมาชิกในแต่ละฐานมีความเห็นที่แตกต่างกัน ไม่ตรงประเด็น ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

4. ขั้นตรวจสอบผลงานและทดสอบ

4.1 สุ่มตัวแทนจากนักศึกษาทั้งหมด 10 คน เพื่อช่วยสรุปสาระสำคัญในแต่ละฐานอีกครั้ง

5. ขั้นสรุปบทเรียนและประเมินผลการทำงานกลุ่ม

5.1 ให้นักศึกษาทุกคนสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการเข้าฐานในครั้งนี้ โดยการสรุปความรู้ที่ได้รับลงบนแผนผังความคิดภายหลังสิ้นสุดการสอน

5.2 ให้นักศึกษาทุกคนทำแบบทดสอบหลังเรียน (post - test) ด้วยแบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน จำนวน 20 ข้อ

5.3 ให้นักศึกษาทำแบบประเมินความพึงพอใจของนักศึกษา และแบบประเมินความสามารถในการทำงานร่วมกันของนักศึกษาหลังได้รับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือด้วยตลาดนัดสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปตามขั้นตอน ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. เปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในหน่วยความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์สตรี ก่อนและหลังเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 ที่ได้รับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือตลาดนัดสุขภาพ ด้วยสถิติ (Paired sample t - test)
3. วิเคราะห์ระดับความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือตลาดนัดสุขภาพ โดยใช้สถิติร้อยละจากค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. วิเคราะห์ระดับความสามารถในการทำงานร่วมกันของนักศึกษาหลังได้รับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือด้วยตลาดนัดสุขภาพ ของนักศึกษาต่อการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือตลาดนัดสุขภาพ โดยใช้สถิติร้อยละจากค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมวิจัย

เมื่อได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา BCNYA 023/2561 ผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลอย่างชัดเจนถึงสิทธิในการเข้าร่วมวิจัยขึ้นอยู่ด้วยความสมัครใจในการตอบแบบสอบถาม โดยกลุ่มตัวอย่างมีอิสระและตัดสินใจในการตอบแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้รับจากการเก็บรวบรวมข้อมูล จะเก็บไว้เป็นความลับและนำมาวิเคราะห์ภาพรวม ซึ่งผู้วิจัยจะนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 66 คน เป็นเพศหญิง 59 คน (ร้อยละ 89.39) และเพศชาย 7 คน (ร้อยละ 10.61)
2. ผลการเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก่อนและหลังเรียน ในหน่วยความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์สตรี โดยใช้การจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือตลาดนัดสุขภาพ พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังเรียนของกลุ่มตัวอย่าง 66 คน มีความแตกต่างกัน โดย คะแนนผลสัมฤทธิ์ก่อนเรียนมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 7.36 คะแนน และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.51 ผลสัมฤทธิ์หลังเรียนมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 10.07 คะแนน และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ

2.06 ส่วนค่าสถิติ t มีค่าเท่ากับ -7.82 ผู้เรียนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($<.000$) ดังแสดงในตารางที่ 1

3. ผลการศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือตลาดนัดสุขภาพ ในหน่วยความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์สตรี พบว่า นักศึกษามีความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 4.39 S.D. = 0.76) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่อยู่ในระดับมากที่สุด คือ การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ครั้งนี้ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง (Mean = 4.63 S.D. = 0.56) และ การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ครั้งนี้ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษารักการอ่าน และเกิดการใฝ่รู้ (Mean = 4.63 S.D. = 0.56) ดังแสดงในตารางที่ 2

4. ผลการศึกษาความสามารถในการทำงานร่วมกันของนักศึกษาหลังจากได้รับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือตลาดนัดสุขภาพ ในหน่วยความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์สตรี พบว่า นักศึกษามีความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 4.28 S.D. = 0.83) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่อยู่ในระดับมากที่สุด คือ การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ครั้งนี้ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาทำงานร่วมกัน (Mean = 4.74 S.D. = 0.53) รองลงมา คือ การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ครั้งนี้ช่วยให้นักศึกษาสามารถแสดงพฤติกรรมบทบาทที่ได้รับมอบหมายของกลุ่ม (Mean = 4.59 S.D. = 0.50) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ในหน่วยความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์สตรี ก่อนและหลังเรียนด้วยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือตลาดนัดสุขภาพ

การทดสอบ	จำนวน (N)	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	S.D	t	p
ก่อนเรียน	66	20	7.36	2.51	-7.82	0.000*
หลังเรียน	66	20	10.07	2.06		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือ ตลาดนัดสุขภาพ ในหน่วยความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์สตรี

ประเด็นคำถาม	ระดับความพึงพอใจ		
	$\bar{X}$	SD	แปลผล
1. มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมชัดเจน	4.44	0.58	ระดับดีมาก
2. การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ครั้งนี้ช่วยส่งเสริมกระบวนการคิด	4.41	0.57	ระดับดีมาก
3. การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ครั้งนี้ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง	4.63	0.56	ระดับดีมาก
4. การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ครั้งนี้ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริง	3.96	0.76	ระดับดี
5. การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ครั้งนี้ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษารักการอ่าน และเกิดการใฝ่รู้	4.63	0.56	ระดับดีมาก
6. การจัดกิจกรรมการเรียนรู้สอดคล้องกับความถนัดและความสนใจของผู้เรียน	4.56	0.58	ระดับดีมาก
7. การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ครั้งนี้มีการผสมผสานสาระความรู้ด้านต่าง ๆ	4.41	0.57	ระดับดี
8. การจัดการเรียนการสอนมีการปลูกฝังคุณธรรม ค่านิยมที่ดีงาม	4.22	0.75	ระดับดี
9. ชิ้นงานที่มอบหมายให้ปฏิบัติเหมาะสมกับเนื้อหาวิชา	4.22	0.75	ระดับดี
10. วิธีการวัดและประเมินผลมีความหลากหลาย (มากกว่า 3 วิธี) เช่น การทดสอบ การสังเกตพฤติกรรม การเรียน ความพฤติ	4.56	0.58	ระดับดีมาก

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือ ตลาดนัดสุขภาพ ในหน่วย
ความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์สตรี (ต่อ)

ประเด็นคำถาม	ระดับความพึงพอใจ		
	$\bar{X}$	SD	แปลผล
11. มีการสรรหา และแนะนำแหล่งเรียนรู้ด้วยตนเองที่ทันสมัย เพียงพอ สะดวกและพร้อมใช้	4.41	0.57	ระดับดี
12. การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ครั้งนี้ช่วยให้นักศึกษามีการกล้าแสดงออก	4.22	0.75	ระดับดี
รวม	4.39	0.76	ระดับดี

ตารางที่ 3 ความสามารถในการทำงานร่วมกันของนักศึกษาที่มีหลังจากได้รับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือ
ตลาดนัดสุขภาพ ในหน่วยความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์สตรี

ประเด็นคำถาม	ระดับความสามารถในการทำงานร่วมกัน		
	$\bar{X}$	SD	แปลผล
1. การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ครั้งนี้ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาทำงานร่วมกัน	4.74	0.53	ระดับดีมาก
2. การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ครั้งนี้ช่วยส่งเสริมให้มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในการทำงานร่วมกัน	3.96	0.76	ระดับดี
3. การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ครั้งนี้ช่วยส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในกระบวนการทำงานกลุ่ม	4.44	0.64	ระดับดี
4. การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ครั้งนี้ช่วยส่งเสริมให้มีการกำหนดเป้าหมายในการทำงานร่วมกัน	4.56	0.58	ระดับดีมาก
5. การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ครั้งนี้ช่วยให้นักศึกษาสามารถแสดงพฤติกรรมบทบาทที่ได้รับมอบหมายของกลุ่ม	4.59	0.50	ระดับดีมาก
6. การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ครั้งนี้ช่วยให้นักศึกษาในกลุ่มเรียนรู้ที่จะพึ่งพาอาศัยกัน	4.04	0.60	ระดับดี
7. การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ครั้งนี้ช่วยให้นักศึกษารู้สึกว่าตนเองสำคัญและช่วยขับเคลื่อนงานสู่เป้าหมายของทีม	4.06	0.68	ระดับดี
8. การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ครั้งนี้ช่วยให้นักศึกษาได้เรียนรู้การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นโดยไม่รบกวนความคิดผู้อื่น	4.14	0.67	ระดับดี
9. การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ครั้งนี้ช่วยให้นักศึกษาตระหนักว่างานจะสำเร็จได้ขึ้นอยู่กับความรับผิดชอบของทุกคนในกลุ่ม	4.10	0.68	ระดับดี
10. การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ครั้งนี้ช่วยให้นักศึกษาได้ฝึกการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันในกลุ่ม	4.04	0.73	ระดับดี
รวม	4.28	0.83	ระดับดี

อภิปรายผล

1. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือ ตลาดนัดสุขภาพ สูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย Niranat , Siriporn (2017), Wanida (2013), Satiman (2018). ที่พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่จัดการเรียนรู้แบบร่วมมือ หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน อธิบายได้ว่าการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือ ตลาดนัดสุขภาพ ช่วยส่งเสริมให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงขึ้น และมีส่วนสำคัญในกระบวนการเรียนรู้ ในการส่งเสริมให้สมาชิกฟังและเกื้อกูลกันในการทำงาน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และมีกระบวนการทำงานเป็นกลุ่ม ความสามารถเพื่อความสำเร็จตามเป้าหมายของกลุ่มทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้แบบร่วมมือของ Tisana (2013) ที่กล่าวว่า การเรียนรู้แบบร่วมมือเป็นการจัดการเรียนการสอนที่ผู้เรียนได้ร่วมมือกันในการเรียนรู้ ทำงานร่วมกัน มีการอภิปราย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ผลงานของกลุ่มขึ้นอยู่กับผลงานของสมาชิกทั้งหมดในกลุ่ม โดยแบ่งกลุ่มผู้เรียนเป็นกลุ่มเล็ก ๆ สมาชิกในกลุ่มมีความสามารถแตกต่างกัน เพื่อให้ทุกคนประสบความสำเร็จตามเป้าหมายของกลุ่มและยังช่วยพัฒนาทักษะทางสังคมด้วย ยังจะเห็นได้ว่าการเรียนรู้แบบร่วมมือเป็นวิธีการเรียนที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนแสวงหาความรู้ด้วยตนเองโดยอาศัยกระบวนการกลุ่มมีการปรึกษาหารือกัน นอกจากนี้ผู้สอนยังเปิดโอกาสให้ผู้เรียนร่วมกันอภิปรายเพื่อให้ข้อเสนอแนะและตอบข้อสงสัยเป็นระยะ ๆ อีกทั้งผู้สอนได้สรุปเนื้อหาสำคัญและเชื่อมโยงความรู้ให้กับผู้เรียนในช่วงสุดท้ายของการเรียนแบบร่วมมือ ตลาดนัดสุขภาพ ทำให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจมากขึ้น ทำให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ส่งผลให้ผู้เรียนจดจำและนำไปประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ได้ดียิ่งขึ้น และยังส่งผลให้ผู้เรียนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงขึ้น

2. ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นของนักศึกษาต่อการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือ ตลาดนัดสุขภาพ ในหน่วยความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์ พบว่า นักศึกษามีความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Poosuk , Pornsi (2015), Satiman (2018), Sukaya (2013), Pitchinee (2016) ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลชอบรูปแบบการเรียนรู้แบบร่วมมือ เพราะรูปแบบการเรียนรู้แบบร่วมมือมักจะสามารถเรียนรู้ได้ดีด้วยการแสดงความคิดเห็น หรือร่วมกันใช้ความสามารถของกลุ่มที่มีอยู่ทำให้เกิดการทำงานร่วมกัน ทำให้ผู้เรียนรู้สึกสนุก และมีส่วนร่วมกับการเรียนอย่างเต็มที่ เกิดความกระตือรือร้นในการเรียนรู้ ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองมากขึ้น ทำให้เกิดสังคมการเรียนรู้ร่วมกัน อธิบายได้ว่าการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือ ตลาดนัดสุขภาพ เป็นการจัดการกิจกรรมการเรียนที่ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ส่งเสริมให้เกิดการทำงานร่วมกันโดยใช้กระบวนการกลุ่มเข้ามามีส่วนช่วย และมีการแข่งขันที่กระตุ้นให้นักศึกษาเกิดแรงจูงใจ กระตือรือร้นอยากเรียนรู้กล้าคิด กล้าทำ และกล้าแสดงออก อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ยังพบประเด็นที่น่าสนใจ คือ หัวข้อที่ได้ค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยที่สุดจำแนกตามรายชื่อ คือ การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ครั้งนี้ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริง ซึ่งสิ่งนี้ทำให้เห็นว่าการจัดกิจกรรมครั้งต่อไปควรมีการสอดแทรกกรณีศึกษาเข้าไปในเนื้อหา เพื่อให้ นักศึกษาได้มีการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงเพิ่มมากขึ้น

3. ผลการวิเคราะห์ความสามารถในการทำงานร่วมกันของนักศึกษาหลังจากได้รับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือตลาดนัดสุขภาพ ในหน่วยความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์สตรี พบว่า นักศึกษามีความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Pitsini (2016) ที่พบว่า การจัดการเรียนรู้แบบร่วมมือ ทำให้ผู้เรียนมีความสุขที่ได้แนะนำและร่วมอภิปรายกับกลุ่มเพื่อน มีความเชื่อมั่นในศักยภาพ และมีระบบการเรียนรู้ด้วยตนเองเพิ่มขึ้น พัฒนานิสัยใฝ่รู้ รู้คุณค่าการทำงานเป็นทีม และมีวินัยเพิ่มมากขึ้น อธิบายได้ว่าการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือ ตลาดนัดสุขภาพ สามารถพัฒนาผู้เรียนให้มีองค์ความรู้ ผ่านการศึกษาค้นคว้าและขึ้นการเรียนรู้ด้วยตนเอง

การทำงานเป็นทีม มีความรู้และมีทักษะในการเรียนรู้ตลอดชีวิต พัฒนาทักษะทางสังคมต่าง ๆ ได้ เช่น ทักษะการสื่อสาร การทำงานร่วมกับผู้อื่น การสร้างความสัมพันธ์ การแก้ปัญหา เพื่อช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ในเรื่องที่ศึกษา โดยอาศัยการร่วมมือและแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างกลุ่มผู้เรียนด้วยกัน

4. ผลจากการสอบถามความคิดเห็นของนักศึกษาต่อการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือ ตลาดนัดสุขภาพ ในหน่วยความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์สตรี พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นกิจกรรมที่ดี “ทำให้นักศึกษารู้จักค้นคว้าหาความรู้ ทำงานร่วมกัน ได้อ่านหนังสือเพื่อเตรียมพร้อมในการนำเสนอเพื่อถ่ายทอดให้เพื่อนๆ อีกทั้งยังช่วยให้ทุกคนต้องช่วยกันทำงานและเตรียมพร้อมอยู่เสมอ” “ชอบกิจกรรมแบบนี้ ทำให้ไม่ง่วง แต่เมื่อฟังในทัก ๆ เรื่องพร้อมกันทำให้จำได้ไม่หมดต้องกลับมาทำความเข้าใจอีกครั้ง” “อยากให้มีการเรียนรู้แบบกิจกรรมครั้งนี้ในรายวิชาอื่น ๆ ด้วย เพราะเป็นการกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความใฝ่รู้ และสนุกสนานไปกับการเรียน” “อยากให้เพิ่มช่วงเวลาในการนำเสนอและจัดกิจกรรม”

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะทั่วไป

- ควรนำวิธีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือ ตลาดนัดสุขภาพ ไปใช้ในการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ตามความเหมาะสมของรูปแบบกิจกรรมและนักศึกษา
- การนำวิธีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือ ตลาดนัดสุขภาพ ผู้สอนควรศึกษาวิธีการ และขั้นตอนการจัดกิจกรรมให้เข้าใจอย่างละเอียด เพื่อให้การจัดกิจกรรมการเรียนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพบรรลุตามจุดมุ่งหมาย
- ควรมีการเตรียมเอกสารประกอบการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือ ตลาดนัดสุขภาพ ให้เหมาะสม เพียงพอต่อกลุ่มผู้เรียนเพื่อประสิทธิภาพสูงสุดในการเรียนรู้ และควรมีนำเสนอเนื้อหาสรุปเป็นสาระสำคัญเพื่อสรุปเป็นความคิดรวบยอดให้กับผู้เรียนซึ่งจะทำให้ผู้เรียนมีความสนใจใฝ่รู้ใฝ่เรียนมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- ควรมีการศึกษาวิจัยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือ ตลาดนัดสุขภาพ ที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนร่วมกับตัวแปรอื่น เช่น ความสามารถในการแก้ปัญหา เป็นต้น
- ควรมีการวิจัยเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ได้รับจากการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือตลาดนัดสุขภาพ กับวิธีการสอนรูปแบบอื่น ๆ เช่น วิธีการสอนแบบบรรยาย วิธีการสอนแบบเพื่อนช่วยเพื่อน และวิธีการสอนแบบกรณีศึกษา เป็นต้น

References

- Niranart Vithayachockitikhun, Sisiporn Kaewkulpat. (2017). Development of Jigsaw Cooperative Learning Technique to Enhance Learning Outcomes of Nursing Students Undertaking Bachelor of Nursing Science Pro-gram Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakhonsawan. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 27(special): 158-171. (in Thai)
- Pitsini Mongkhonsiri. (2016). An Acticon Research to Develop Teaching and Learning Nursing Theories by Cooperative Learning Strategy Using Jigsaw Technique. *Journal of Nursing and Health Care*, 34(2), 123-131. (In Thai)
- Poolsuk Janepanish Visudtibhan, Pornsri Disornatiwat. (2015) Learning Style Preferences of Nursing Students at Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 25(1): 70-82. (in Thai)
- Rewadee Srisuk. (2019). Application of the cooperative learning theory in teaching and learning design. *The Journal of Boromajonani College of Nursing Suphaburi*, 2(1), 5-16. (In Thai)
- Sarasin Lekjaroen, Somporn Ruamsuk. (2013). A Comparison of The Achievement of Prathomsuksa One Student on Word Spelling Abilities Taught by Using Cooperative Learning TGT Technique and Conventional Method. *Silpakorn Education Research Journal*, 5(1): 132-143. (in Thai)
- Satiman Makchuchit. (2018). Effect of cooperative learning with Jigsaw II technique on blood diseases learning achievement of third – year nursing students. *Journal of Nursing and Education*, 11(4), 81-93. (In Thai)
- Sukanya Jandaeng. (2013). Effects of Learning by CO3Operative's Instructional Package on Learning Achievement and Teamwork's Ability, Science Subject of Pathomsuksa 6 Students. *Veridian E-Journal Silpakorn University, Social Sciences and arts*, 6(2): 567-581. (in Thai)
<https://tci-thaijo.org/index.php/Veridian-E-Journal/article/view/30617>
- Tisana Khanommani. (2013). *Teaching Knowledge to Effective Learning Process*. (17nd). Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai)
- Tisana Khanommani. (2016). *Pedagogical Sciences: Knowledge for organizing effective learning processes*. (20nd). Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai)
- Wanida Chompoopong. (2013). Effects of Cooperative Learning by Using Jigsaw Technic on Thailand Geography Lesson of Matthayomsuksa 1 Students, Tassaban 4 School (Chowwanapreechautit). *Veridian E-Journal Silpakorn University, Social Sciences and arts*, 6(2): 597-611. (in Thai)
<https://tci-thaijo.org/index.php/Veridian-E-Journal/article/view/30637>

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: Aug.28,2020

Accepted: Nov.29,2021

Published: Dec. 5,2021

คุณลักษณะของบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ และผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี

สุพรรณบุรี

Qualifications of Graduates according to Thai Qualifications Framework for Higher Education and Desired Outcome of Education to Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi

เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์¹ สุนทรี ขะชาตย์² อุษณียาภรณ์ จันทน์³

^{1,2,3}วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี

Saowalak Sripho¹ Soontaree Khachat² Ausaniyaphon Chantorn³

^{1,2,3}Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ และผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการศึกษา ปีการศึกษา 2561 ประชากรคือ ผู้ใช้บัณฑิตพยาบาล จำนวน 80 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประเภทให้ตอบด้วยตนเอง โดยส่งทางไปรษณีย์ไปยังผู้ใช้บัณฑิต จำนวน 80 คน และได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาทั้งสิ้น จำนวน 75 ฉบับ คิดคิดอัตราการตอบแบบสอบถามกลับเท่ากับร้อยละ 93.75 วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน และความแปรปรวนทางเดียว

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ใช้บัณฑิตมีความคิดเห็นต่อคุณภาพบัณฑิต โดยรวมมีค่าเท่ากับ 4.35 อยู่ในระดับดี ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านคุณธรรม จริยธรรม ($\bar{X}$ = 4.63, S.D.=0.32) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านทักษะทางปัญญา ($\bar{X}$ = 4.15, S.D. = 0.35) สำหรับผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการศึกษาโดยภาพรวม มีค่าเท่ากับ 4.26 อยู่ในระดับดี ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านพลเมืองที่เข้มแข็ง ($\bar{X}$ = 4.47, S.D.=0.30) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านผู้สร้างสรรค์ ($\bar{X}$ = 3.98, S.D. = 0.23) และเมื่อจำแนกตามประเภทของโรงพยาบาลต้นสังกัด ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารทางการศึกษาพยาบาล เพื่อวางแผนปรับจัดกิจกรรมกระบวนการเรียนการสอน ที่ส่งเสริมการคิดวิเคราะห์ของนักศึกษา

คำสำคัญ: คุณลักษณะของบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ, ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการศึกษา, ผู้สำเร็จการศึกษา, ความคิดเห็นของผู้ใช้บัณฑิต

***Corresponding author:** เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์, E-mail: Saowalak@snc.ac.th

Original article

Abstract

Received: Aug.28,2020

Accepted: Nov.29,2021

Published: Dec. 5,2021

The objective of this descriptive study was to study the employer satisfaction with the quality of nursing student graduates, according to the Thai Qualifications Framework (TQF) for Higher Education in Nursing and Desired Outcomes of Education at the Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi during the academic year 2018. Our population sample included 80 employers of graduated nurses. The data were collected by self-administered questionnaires. Seventy-five employers returned the questionnaires, resulting in a 93.75 % response rate. Data were analyzed by using descriptive statistics and one-way ANOVA.

The results showed that employers were satisfied with the quality of the graduates according to the TQF, which contains six domains. The ethics and moral domain had the highest mean score for satisfaction ($\bar{X}$ =4.63, S.D.=0.32). Respondents reported the lowest mean score for satisfaction for the cognitive skill domain ($\bar{X}$ =4.15, S.D. =0.35). As measured by the Desired Outcomes of Education, employers were satisfied with all aspects at high level ($\bar{X}$ =4.26). Among the various outcomes, employers had the highest satisfaction with the Active Citizen outcome ($\bar{X}$ = 4.17, S.D. = 0.66), followed by the Co- create outcome ($\bar{X}$ =3.98, S.D. =0.23). For the TQF domain of numerical analysis, communication, and information technology skills, scores of graduates working at secondary hospitals were significantly higher than those working at tertiary hospitals ($p < 0.05$). These results can be used as basic information for nursing education administrators. They can also be used to plan and adjust the teaching and learning processes that enhance students' critical thinking and improve the English language skills.

Keywords: Desired Characteristics of Nursing Graduates for Thailand Qualifications Framework, Desired Outcomes of Education, Graduates of Bachelor of Nursing Science Program, Employers' Perception

***Corresponding author:** Saowalak Sripcho, E-mail: Saowalak@snc.ac.th

บทนำ

การศึกษาในระดับอุดมศึกษาถือเป็นกำลังสำคัญของการผลิตและพัฒนากำลังคน สร้างองค์ความรู้ สร้างงานวิจัยและนวัตกรรมขั้นสูงเพื่อการพัฒนาประเทศ มุ่งให้เกิดการผลิตบัณฑิตที่มีความสัมพันธ์สอดคล้องกับแผนพัฒนาการศึกษาระดับอุดมศึกษาของชาติ ปรัชญาของการอุดมศึกษา ปรัชญาของสถาบันอุดมศึกษา และมาตรฐานวิชาการและวิชาชีพที่เป็นสากล มี 4 พันธกิจหลัก ประกอบด้วย การผลิตและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การวิจัยและพัฒนา การบริการวิชาการ และการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม (Office of the Higher Education Commission, 2018) และคุณภาพบัณฑิตให้เป็นหนึ่งในมาตรฐานหลักตามประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่องกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2552 โดยกำหนดให้บัณฑิตในระดับอุดมศึกษาต้องเป็นผู้มีความรู้ มีคุณธรรม จริยธรรม มีความสามารถในการเรียนรู้และพัฒนาตนเองตามมาตรฐานใกล้เคียงกันทั้งในระดับชาติและระดับสากล คุณภาพของบัณฑิตต้องเป็นไปตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ (TQF) 6 ด้าน ได้แก่ 1) คุณธรรม จริยธรรม 2) ความรู้ 3) ทักษะทางปัญญา 4) ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 5) ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยี และ 6) ทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ (Office of the Higher Education Commission, 2015) เพื่อให้บัณฑิตมีคุณภาพ เป็นบุคคลที่มีจิตสำนึกของความเป็นพลเมืองดีที่สร้างสรรค์ประโยชน์ต่อสังคม และมีศักยภาพในการพึ่งพาตนเองบนฐานภูมิปัญญาไทย ภายใต้กรอบศีลธรรมจรรยาอันดีงาม เพื่อนำพาประเทศสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนและทัดเทียมมาตรฐานสากล (Office of the Higher Education Commission, 2017)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ได้นำกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ (TQF) ดังกล่าวนำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอน หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2555 (Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, 2018) โดยมุ่งหวังให้บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรดังกล่าวมีคุณธรรม จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ มีความรับผิดชอบ มีความรู้ สามารถคิดวิเคราะห์ แก้ปัญหา มีสัมพันธภาพที่ดี มีภาวะผู้นำ มีทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศได้ นอกจากนี้วิทยาลัยยังได้มีการกำหนดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการศึกษา คือ การเป็นผู้เรียนรู้ เป็นผู้สร้างสรรค์ และเป็นพลเมืองที่เข้มแข็ง ตามมาตรฐานการศึกษาของชาติ (DOE) (Ministry of Education, 2018) ซึ่งหมายถึงการทำตนให้มีการเรียนรู้ตลอดเวลา รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงในโลกดิจิทัล มีความเป็นผู้นำและประยุกต์ใช้ความรู้ได้ สามารถสร้างสรรค์ผลงานงานนวัตกรรมเพื่อเพิ่มมูลค่าให้กับตนเองและสังคมได้ ตลอดจนพัฒนาตนให้เป็นพลเมืองที่เข้มแข็ง (Office of the Education Council, 2020) ดังนั้นในการจัดการเรียนการสอนจึงได้ระบุผลการเรียนรู้ 6 ด้าน และผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ 3 ด้าน ไว้ในรายละเอียดของรายวิชา (มคอ. 3) และรายละเอียดของประสบการณ์ภาคสนาม (มคอ.4) เพื่อจัดการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับมาตรฐานผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์ ตามที่วิทยาลัยกำหนด

จากการศึกษาที่ผ่านมาของวิทยาลัยในการประเมินคุณภาพบัณฑิตจากผู้สำเร็จการศึกษา 2561 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2555) จำนวน 91 คน มีผู้ใช้บัณฑิตตอบแบบประเมินกลับทั้งหมด 91 ฉบับ มีฉบับที่สมบูรณ์ครบถ้วน จำนวน 83 ฉบับ (คิดเป็นร้อยละ 91.21) พบว่าผลการประเมินโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 4.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.36 ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือด้านคุณธรรม จริยธรรม (mean= 4.61, SD= 0.33) รองลงมาคือ ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ (mean= 4.48, SD= 0.40) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยี

สารสนเทศ (mean= 4.13, SD= 0.52) รองลงมา คือ ทักษะทางปัญญา (mean= 4.17, SD= 0.47) (Saowalak, Soontraree & Ausaneeyaporn, 2020) จึงมีการปรับปรุงการจัดการเรียนการสอนโดยการวิพากษ์รายละเอียดของรายวิชา (มคอ. 3) และรายละเอียดของประสบการณ์ภาคสนาม (มคอ.4) การออกแบบการจัดการเรียนรู้ทุกรายวิชา ก่อนเปิดภาคการศึกษา เพื่อพัฒนารายวิชาในส่วนที่มีผลการประเมินคะแนนเฉลี่ยน้อย

จากการประเมินดังกล่าวช่วยให้วิทยาลัยฯได้รับรู้ข้อมูล ภูมิความรู้ความสัมพันธ์ของคุณภาพบัณฑิตตามมาตรฐานคุณวุฒิ รวมถึงข้อเสนอนะ หรือข้อคิดเห็นต่างๆซึ่งเป็นการสะท้อนถึงคุณภาพการจัดการเรียนการสอนของวิทยาลัยฯ ข้อมูลเหล่านี้มีประโยชน์ในการนำมาปรับปรุง และวางแผนพัฒนาการจัดการเรียนการสอนของปีการศึกษาต่อไป รวมไปถึงการผลิตบัณฑิตให้ตรงกับความต้องการ และความคาดหวังของนายจ้างหรือผู้ใช้บัณฑิต ซึ่งจากการศึกษาการติดตามผู้สำเร็จการศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรีที่ผ่านมาเป็นการศึกษาการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิตต่อคุณภาพบัณฑิต พบว่าการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิตต่อคุณภาพอยู่ในระดับดี แต่ยังไม่เห็นความแตกต่างของบัณฑิตที่ชัดเจน รวมทั้งยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติและอัตลักษณ์ของผู้สำเร็จการศึกษาในแต่ละปีการศึกษา และยังไม่มีการศึกษาในเรื่องผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการศึกษา ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี หลังปฏิบัติงานครบ 1 ปี ในมุมมองของผู้ใช้บัณฑิต จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาลต้นสังกัด และศึกษาผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการศึกษา เพื่อใช้เป็นข้อมูลคุณภาพของบัณฑิตในแต่ละปีการศึกษาในการพัฒนาประสิทธิภาพของกระบวนการจัดการเรียนการสอนให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น และสอดคล้องกับความต้องการของแหล่งทุนเป็นการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บัณฑิตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะของบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ และผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการศึกษา ของผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ปีการศึกษา 2561 หลังปฏิบัติงานครบ 1 ปี ตามความเห็นของผู้ใช้บัณฑิต
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะของบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ของผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ปีการศึกษา 2561 หลังปฏิบัติงานครบ 1 ปี จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาลต้นสังกัดได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพบัณฑิตที่ครอบคลุม ตามที่สำนักงาน Office of the Higher Education Commission (2015) ได้อธิบายเกี่ยวกับคุณภาพบัณฑิต ในแต่ละหลักสูตรซึ่งจะสะท้อนไปที่คุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ โดยพิจารณาจากผลลัพธ์การเรียนรู้ การมีงานทำซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่ 2.1 ในระบบการประกันคุณภาพการศึกษาภายใน ระดับหลักสูตร โดยกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ได้มีการกำหนดคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามที่หลักสูตรกำหนดไว้ในมคอ.2 ซึ่งครอบคลุมผลการเรียนรู้ 6 ด้าน คือ ด้านคุณธรรมจริยธรรม ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข ด้านทักษะทางปัญญา ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และด้าน

ทักษะการปฏิบัติเฉพาะสาขา และผู้วิจัยได้ศึกษาผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการศึกษา ทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านผู้เรียนรู้ ด้านผู้ร่วมสร้างสรรค์ และด้านพลเมืองที่เข้มแข็ง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะของบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ และผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการศึกษา ของผู้สำเร็จการศึกษาลัทธิสุทธพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี ปีการศึกษา 2561 หลังปฏิบัติงานครบ 1 ปี จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาลต้นสังกัด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือ นายจ้างหรือผู้บังคับบัญชาขั้นต้นของบัณฑิตซึ่งมีประสบการณ์ทำงานร่วมกับผู้สำเร็จการศึกษาที่สำเร็จการศึกษา ในปีการศึกษา 2561 ของผู้สำเร็จการศึกษาลัทธิสุทธพยาบาลศาสตรบัณฑิต รุ่นที่ 21 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี มาแล้วใน 1 ปีจำนวน 80 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้บัณฑิต
2. แบบประเมินการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิตต่อคุณภาพบัณฑิต ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้คุณสมบัติทั้ง 6 ด้าน กรอบมาตรฐานคุณวุฒิการอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2555 และมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ ได้กำหนดคุณภาพบัณฑิตทุกระดับคุณวุฒิและสาขาต้องเป็นไปตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ที่คณะกรรมการการอุดมศึกษากำหนด คือ ด้านคุณธรรมจริยธรรม ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข ด้านทักษะทางปัญญา ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และด้านทักษะการปฏิบัติเฉพาะสาขาโดยคำนวณได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.87
3. แบบประเมินผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการศึกษา ที่ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้คุณสมบัติทั้ง 3 ด้าน กรอบมาตรฐานการศึกษาของชาติ พ.ศ. 2561 ได้กำหนดคุณภาพบัณฑิต คือ ด้านผู้เรียนรู้ ด้านผู้ร่วมสร้างสรรค์ นวัตกรรม และด้านพลเมืองที่เข้มแข็ง คำนวณได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.96
4. แบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามความต้องการของผู้ใช้บัณฑิตซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยปรับข้อคำถามโดยให้ผู้ใช้บัณฑิตมีความต้องการให้บัณฑิตมีการพัฒนาด้านใดโดยระบุตามลำดับความสำคัญ สามลำดับแรก

การตรวจสอบคุณภาพ

การหาความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำมาปรับปรุงความถูกต้องทางด้านภาษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 3 คน และนำไปทดลองใช้กับผู้บัณฑิตที่เป็นกลุ่มใกล้เคียงกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 ราย หาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิตต่อคุณภาพบัณฑิตโดยคำนวณได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.87 แบบและประเมินผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการศึกษา ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามไปยังผู้ใช้บัณฑิตซึ่งเป็นผู้บังคับบัญชาขั้นต้นเป็นผู้ตอบแบบสอบถามกลับแล้วส่งมาทางไปรษณีย์ระหว่างเดือนมิถุนายน – กรกฎาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยจำแนกข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์หน่วยงาน ตำแหน่ง และสถานที่บันทึกปฏิบัติงานของผู้ใช้บัณฑิต โดยการใช้การแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์คุณลักษณะบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ และผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการศึกษา ของผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ด้วยการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงลักษณะของข้อมูลและระดับของสมรรถนะ
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคุณลักษณะของบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ของผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ปีการศึกษา 2561 หลังปฏิบัติงานครบ 1 ปี ตามความเห็นของผู้ใช้บัณฑิต จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาลต้นสังกัด โดยใช้สถิติการทดสอบวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One- way ANOVA)
4. รวบรวมข้อมูลปลายเปิดเกี่ยวกับคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามความต้องการของผู้ใช้บัณฑิต

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ตามเอกสารรับรองเลขที่ 029/150563 โดยวิทยาลัยฯ ทำหนังสือถึงผู้ใช้บัณฑิต โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาการรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แนะสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการให้ข้อมูล และสามารถออกจากการวิจัยได้ทันทีที่ต้องการโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ข้อมูลที่ได้รับจะได้รับการปกปิดและจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายและวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามปลายเปิดตามลำดับ ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ใช้บัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต รุ่นที่ 21 จำแนกตามผู้ประเมิน

ข้อ	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
1	หน่วยงานที่ท่านทำงานอยู่		
	1.1 โรงพยาบาลศูนย์	47	62.70
	1.2 โรงพยาบาลชุมชน	19	25.30
	1.3 โรงพยาบาลทั่วไป	9	12.00
2	ตำแหน่ง		
	2.1 หัวหน้างาน / หัวหน้าหอผู้ป่วย	68	90.70
	2.2 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	6	8.00
	2.3 พยาบาลประจำการ	1	1.30
3	สถานที่ที่บันทึกปฏิบัติงาน		
	3.1 แผนกผู้ป่วยใน	24	32.00

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ใช้บัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
รุ่น ที่ 21 จำแนกตามผู้ประเมิน (ต่อ)

ข้อ	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
3.2	หอผู้ป่วยหนัก	12	16.00
3.3	หอผู้ป่วยอายุรกรรม	10	13.33
3.4	อุบัติเหตุและฉุกเฉิน	8	10.67
3.5	หอผู้ป่วยศัลยกรรม	7	9.33
3.6	ห้องผ่าตัด	5	6.67
3.7	ห้องคลอด	4	5.33
3.8	หอผู้ป่วยเด็ก	4	5.33
3.9	หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก	1	1.34

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ใช้บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2561 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาล
ศูนย์ คิดเป็นร้อยละ 62.70 ส่วนใหญ่เป็นหัวหน้างาน/หัวหน้าหอผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 90.70 และสถานที่ที่บัณฑิต
ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นแผนกผู้ป่วยใน คิดเป็นร้อยละ 32.00

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิตต่อคุณลักษณะบัณฑิตตามกรอบ
มาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตรุ่นที่ 21 จำแนกเป็นโดยรวมและ
รายด้าน

ข้อ	รายการประเมิน	$\bar{X}$	SD.	แปลผล
1	ด้านคุณธรรม จริยธรรม	4.63	0.32	ดี
2	ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ	4.49	0.35	ดี
3	ทักษะการปฏิบัติวิชาชีพ	4.30	0.40	ดี
4	ด้านความรู้	4.22	0.40	ดี
5	ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้ เทคโนโลยีสารสนเทศ	4.19	0.42	ดี
6	ทักษะทางปัญญา	4.15	0.35	ดี
ค่าเฉลี่ยรวม		4.35	0.26	ดี

จากตารางที่ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิตต่อคุณลักษณะบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ
ระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ที่สำเร็จการศึกษาปีการศึกษา 2561 จำแนกรายด้านโดยภาพรวม มีค่าเท่ากับ 4.35 อยู่ใน
ระดับดี ซึ่งด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือด้านคุณธรรม จริยธรรม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.63 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
เท่ากับ 0.32 รองลงมาคือ ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.49 ส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.35 ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ทักษะทางปัญญา มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.15
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.35 รองลงมา คือ ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยี
สารสนเทศ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.42 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิตผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต รุ่นที่ 21 จำแนกโดยรวม และรายด้าน

ข้อ	รายการประเมิน	$\bar{X}$	SD.	แปลผล
1.	พลเมืองที่เข้มแข็ง	4.47	0.30	ดี
2.	ผู้เรียนรู้	4.33	0.26	ดี
3.	ผู้สร้างสรรค์	3.98	0.23	ดี
	ค่าเฉลี่ยรวม	4.26	0.26	ดี

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิต ที่สำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2561 ต่อผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการศึกษา โดยภาพรวม มีค่าเท่ากับ 4.26 อยู่ในระดับดี ซึ่งด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือพลเมืองที่เข้มแข็งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.30 รองลงมาคือ ด้านผู้เรียนรู้มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.26 ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านผู้สร้างสรรค์เท่ากับ 3.98 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.23 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคุณลักษณะของบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ
ของผู้สำเร็จการศึกษา จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาลต้นสังกัด (n = 75)

TQF	แหล่งความ แปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ด้านคุณธรรม จริยธรรม	ระหว่างกลุ่ม	2	.15	.08	.73	.481
	ภายในกลุ่ม	72	7.55	.11		
	รวม	74	7.70			
ด้านความรู้	ระหว่างกลุ่ม	2	0.43	0.22	1.39	.256
	ภายในกลุ่ม	72	11.17	0.16		.
	รวม	74	11.60			
ทักษะทางปัญญา	ระหว่างกลุ่ม	2	0.59	0.30	2.58	.082
	ภายในกลุ่ม	72	8.28	0.12		
	รวม	74	8.88			
ทักษะความสัมพันธ์ระหว่าง บุคคลและความรับผิดชอบ	ระหว่างกลุ่ม	2	0.43	0.22	1.87	.162
	ภายในกลุ่ม	72	8.38	0.11		
	รวม	74	8.81			
ทักษะการวิเคราะห์เชิง ตัวเลขการสื่อสารและการใช้ เทคโนโลยีสารสนเทศ	ระหว่างกลุ่ม	2	1.08	0.54	3.21	.046**
	ภายในกลุ่ม	72	12.04	0.17		
	รวม	74	13.11			

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคุณลักษณะของบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา
แห่งชาติของผู้สำเร็จการศึกษา จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาลต้นสังกัด (n = 75) (ต่อ)

TQF	แหล่งความ แปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ทักษะการปฏิบัติวิชาชีพ	ระหว่างกลุ่ม	2	0.05	0.03	0.16	.851
	ภายในกลุ่ม	72	11.82	0.16		
	รวม	74	11.87			

** $p < .05$

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ของด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขการสื่อสารและการ
ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของผู้สำเร็จการศึกษา จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาลต้นสังกัด

สถานที่ทำงาน	รพ.ศูนย์	รพ.ทั่วไป	รพ.ชุมชน
รพ.ศูนย์	-	.069	.282**
รพ.ทั่วไป		-	.212
รพ.ชุมชน			-

** $p < .05$

จากตารางที่ 4 และตารางที่ 5 พบว่า ผลการเปรียบเทียบคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาลต้นสังกัด พบว่า ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขการสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 4) โดยพบว่า ผู้สำเร็จการศึกษาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน มีคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขการสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสูงกว่าผู้สำเร็จการศึกษาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 5)

ข้อเสนอแนะจากคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามความต้องการผู้ใช้บัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ที่สำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2561 ดังนี้ คือ 1. ความรู้ความสามารถทางวิชาการวิชาชีพที่ผู้ใช้บัณฑิตต้องการมากที่สุด ได้แก่ ความสามารถในการคิด การตัดสินใจแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่างๆ ความรู้โรค และการตรวจรักษาโรคเบื้องต้น 2. ทักษะวิชาชีพที่ผู้ใช้บัณฑิตต้องการมากที่สุด ได้แก่ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (CPR) การทำหัตถการพื้นฐานของพยาบาล การปรับตัวในการทำงานกับทีมต่างๆ กับสถานการณ์ต่างๆ และด้านการปฏิบัติการพยาบาล และ 3. คุณลักษณะอื่นๆที่ผู้ใช้บัณฑิตต้องการมากที่สุด ได้แก่ ภาวะความเป็นผู้นำ การนอบน้อมถ่อมตนและความกระตือรือร้นในการทำงาน

อภิปรายผล

ผู้วิจัยพบประเด็นสำคัญที่สามารถนำมาอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. ผู้ใช้บัณฑิตต่อคุณลักษณะบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ มีความเห็นเกี่ยวกับคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของผู้สำเร็จการศึกษาหลังปฏิบัติงานเป็นเวลา 1 ปี เมื่อพิจารณาครบทั้ง 6 ด้าน โดยรวมมีค่าเท่ากับ 4.35 อยู่ในระดับดี โดยสมรรถนะด้าน

คุณธรรม จริยธรรม มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X} = 4.63$, S.D. = 0.32) ที่ ซึ่งอธิบายได้ว่า การจัดการเรียนการสอนที่เน้น การให้บริการด้วยความเอื้ออาทร การเห็นคุณค่าความเป็นมนุษย์ ความเมตตา ความสนใจ ความเอาใจใส่ ความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ และจุดเน้นที่ให้การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ตลอดจนแผนการส่งเสริมการเรียนการสอนที่ สอดแทรกคุณธรรม จริยธรรมในรายวิชา และกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่เน้นคุณธรรม จริยธรรมที่ทางวิทยาลัยฯ จัดให้มี เพิ่มเติม เช่น โครงการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรม (Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, 2017) จึง ทำให้บัณฑิตพยาบาลมีทักษะด้านคุณธรรม จริยธรรม ตามการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิต สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Napassawan, Niranart, Srisuda, and Dherisa (2019) Prapapun and Naowanit (2016) และ Plearnpis (2016) การที่บัณฑิตพยาบาลมีผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านคุณธรรมจริยธรรมสูงนั้นเกิดจากการปลูกฝังจิตสำนึกในวิชาชีพ พยาบาลต้องยึดหลักจรรยาบรรณวิชาชีพในการปฏิบัติงาน เพราะเป็นงานที่ต้องปฏิบัติกับชีวิตมนุษย์ การมี สัมพันธภาพอันดีกับผู้ป่วยและผู้ร่วมวิชาชีพ จึงทำให้สถาบันการศึกษาพยาบาลตระหนักและให้ความสำคัญ

ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ทักษะทางปัญญา ($\bar{X} = 4.15$, S.D. = 0.35) สอดคล้องกับการศึกษา คุณลักษณะที่พึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ และอัตลักษณ์ของผู้สำเร็จการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ตามความเห็นของผู้ใช้บัณฑิต (Vidaporn, Penwan, Waraporn, & Pramote. 2019) อธิบายได้ว่า นักศึกษาส่วนใหญ่เคยชินกับการเรียนการสอนแบบบรรยาย แม้ว่าวิทยาลัยพยาบาลฯ ได้มีการปรับการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ครูผู้สอนทำหน้าที่อำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ (learning facilitator) ปรับวิธีการสอน ออกแบบการเรียนการสอนที่หลากหลาย เน้นใช้คำถาม กระตุ้น เน้นลงมือทำ (learning by Doing) เช่น การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก (Problem-based learning) การ เรียนจากสถานการณ์จริง (Simulation-based learning) การเรียนจากกรณีศึกษา (Case study) เพื่อให้เกิดความ กระตือรือร้น อย่างตื่นตัว (Active) และเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง สร้างความรู้ด้วยตนเอง (Construction) ส่งเสริมให้ พัฒนาพหุปัญญา (Multiple intelligences) สอนให้เข้าใจเกี่ยวกับบทสนทนาและแนวคิดที่สำคัญมากกว่าการท่องจำ กระตุ้นให้ผู้เรียนเห็นคุณค่า มีทัศนคติ ที่ดี และนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้จริงตามสถานการณ์ต่างๆ ในการปฏิบัติงาน ซึ่งการเรียนการสอนแบบนี้เป็นปัจจัยสู่ความสำเร็จของการพัฒนาทักษะทางปัญญา ซึ่งผู้สำเร็จการศึกษาอาจต้องใช้ เวลาในการปรับตัว และฝึกทักษะกระบวนการคิดใหม่ เมื่อพบกับงานใหม่ๆ ที่ท้าทาย เพื่อพัฒนาทักษะทางปัญญาให้ เพิ่มขึ้น

2. ผู้ใช้บัณฑิตมีความเห็นเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการศึกษา (DOE) โดยภาพรวม มีค่าเท่ากับ 4.26 อยู่ในระดับดี ซึ่งด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านพลเมืองที่เข้มแข็ง ($\bar{X} = 4.47$, S.D.=0.30) ที่เป็นเช่นนี้เป็น เพราะวิทยาลัยไม่เพียงแต่ให้ความสำคัญต่อการจัดการเรียนการสอนทางด้านวิชาการเท่านั้น ยังมีการจัดกิจกรรมใน โครงการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษา ผ่านกิจกรรมการพัฒนาความรับผิดชอบ (Responsibility) ส่งเสริมให้ นักศึกษาเป็นพลเมืองที่ดีของสังคม เช่น การอนุรักษ์พลังงาน และการจัดการขยะ เป็นต้น เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Songsiri (2013) ที่ศึกษาเรื่องคุณลักษณะพลเมืองดีของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนครที่พบว่า นักศึกษามีความเป็นพลเมืองดีอยู่ในระดับมาก และ Teamjan and Jaroon (2017) ที่พบว่านิสิตมีความเป็นพลเมือง อยู่ในระดับมากทุกองค์ประกอบ เนื่องจากมีการจัดให้มีรายวิชาการศึกษาทั่วไปเพื่อพัฒนาผู้เรียนในรายวิชาภาวะผู้นำ กับความรักโดยมีคำอธิบายรายวิชาคือ ความสำคัญของผู้นำ ผู้นำในศตวรรษที่ 21 การเรียนรู้ด้วยความรัก การใช้ชีวิต ด้วยความรัก การเป็นพลโลก พลเมืองที่ดีศึกษาแนวปฏิบัติที่ดีในการทำกิจกรรมเชิงสาธารณะที่สามารถเป็นแนวทาง ในการทำจริงของผู้เรียน ที่นิสิตระดับปริญญาตรีต้องเรียนในรายวิชานี้และเป็นรายวิชาที่เรียนรู้จากการทำกิจกรรมซึ่ง ทำให้ นิสิตได้รับการปลูกฝังความเป็นพลเมืองการปฏิบัติจริงจึงทำให้นิสิตมีความเป็นพลเมืองอยู่ในระดับมาก

ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านผู้สร้างสรรค์ ($\bar{X} = 3.98$, S.D. = 0.23) เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลซึ่งจบการศึกษาเพียงปีเดียว ยังมีประสบการณ์ทำงานที่น้อยทำให้ความสามารถในการเป็นผู้สร้างสรรค์มีคะแนนเฉลี่ยน้อย ดังนั้นเพื่อเป็นการฝึกประสบการณ์กระบวนการคิด การตัดสินใจ ซึ่งอาจต้องใช้ประสบการณ์ที่หลากหลายและใช้เวลาในการสะสมประสบการณ์ด้วย ดังนั้นทางวิทยาลัยฯ ได้มีการพัฒนาหลักสูตรในการศึกษา 2561 โดยมีรายวิชานวัตกรรมทางการแพทย์ ที่มีการนำระเบียบวิธีการวิจัยมาเป็นแนวทางในการพัฒนาสิ่งประดิษฐ์ หรือดัดแปลงสิ่งที่มีอยู่เดิมให้ทันสมัยและใช้ได้ผลดียิ่งขึ้น เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงกว่าเดิม (Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, 2018)

3. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา แห่งชาติของผู้สำเร็จการศึกษา จำแนกตามสถานที่ปฏิบัติงาน พบว่า ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขการสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 5) โดยพบว่า ผู้สำเร็จ การศึกษาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน มีคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ ระดับอุดมศึกษาแห่งชาติด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขการสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสูงกว่าผู้สำเร็จ การศึกษาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า ความจำเป็นในการใช้ บุคลากรที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงานเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลแต่ละระดับมีความแตกต่างกัน โดยจากโครงสร้างหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป จะมีเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่โดยตรงเกี่ยวกับการวิเคราะห์เชิงตัวเลขและ เทคโนโลยีสารสนเทศ ได้แก่ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ นักวิชาการสถิติ นักวิชาการโสตทัศนศึกษา เจ้าพนักงานโสตทัศน ศึกษา ช่างภาพการแพทย์และช่างศิลป์ซึ่งมีเจ้าหน้าที่เพียงพอในการปฏิบัติงาน ความจำเป็นในการใช้พยาบาล สำหรับการปฏิบัติงานเหล่านี้ลดลง ทำให้ผู้ใช้บัณฑิตในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป มีความคาดหวังในด้าน นี้น้อยกว่าผู้ใช้บัณฑิตของโรงพยาบาลชุมชนเนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนมีตำแหน่งงานที่เกี่ยวข้องกับงานเทคโนโลยี สารสนเทศเพียงนักวิชาการคอมพิวเตอร์และเจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา ซึ่งบางครั้งโรงพยาบาลชุมชนจำเป็นต้องใช้ พยาบาลที่มีความรู้ความสามารถในด้านเทคโนโลยีสารสนเทศช่วยในการปฏิบัติงานดังกล่าว จึงทำให้ผู้ใช้บัณฑิตของมี ความคาดหวังสูง และมองเห็นความสามารถของพยาบาล (Narumol et al., 2019)

การนำผลงานวิจัยไปใช้

1. ควรจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่หลากหลายอย่างต่อเนื่องให้กับนักศึกษาตั้งแต่เริ่มเข้ามาศึกษาใน วิชาชีพพยาบาล เพื่อพัฒนาทักษะทางปัญญาอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพบัณฑิตตามมาตรฐานคุณวุฒิ ระดับอุดมศึกษา ในด้านทักษะทางปัญญาและ ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

2. ศึกษาวิจัยในการจัดการเรียนการสอนที่เสริมสร้างคุณภาพบัณฑิตตามมาตรฐานคุณวุฒิ ระดับอุดมศึกษา ในทักษะทางปัญญา

3. ศึกษาคุณลักษณะของบัณฑิตที่พึงประสงค์ แยกตามรายชั้นปี และหลักสูตรที่เปิดสอน หากพบว่านักศึกษา มีคุณลักษณะของบัณฑิตที่ไม่พึงประสงค์ไม่สอดคล้องในรายชั้นปี จะได้นำผลการศึกษามาจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล ต่อไป

References

- Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi. (2018). Bachelor of Nursing Science (Revised Curriculum, 2012). Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi.
- Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi. (2017). Moral and Ethics Development Project. Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi
- Ministry of Education. (2019). Announcement of the Ministry of Education on Higher Education Standards B.E. 2019. (in Thai)
- Napassawan, B., Niranart, V., Srisuda E., and Dherisa, S. (2019). The Quality of Graduate Students as Thai Qualifications framework for Higher Education, Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharuk Nakhonsawan, *Ganesha Journal*, 15(2): 115 - 126. (in Thai)
- Narumol, L., Saranit, B., & Sujira, V. (2019). The Quality of Graduated Nurses in Bachelor of Nursing Science Program, Boromarajonani College of Nursing, Changwat Nonthaburi. *Mahasarakham Hospital Journal*, 16(3): 43 – 52. (in Thai)
- Office of the Higher Education Commission. (2015). *Handbook Quality assurance Internal education Tertiary level Year 2014*. Printmaking Limited Partnership: Nonthaburi. (in Thai)
- Office of the Higher Education Commission. (2017). Higher Education Curriculum Criteria 2015 and Related Standards. Wongsawang Publishing & Printing Company Limited: Bangkok. (in Thai)
- Office of the Higher Education Commission. (2018). *20 Year Long-Term Higher Education Plan 2018-1937*. Thailand Standard Industrial Classification: Bangkok. (in Thai)
- Office of the Education Council. (2020). *National Education Standards 2018*. Nonthaburi: 21 Century Company Limited.
- Plearpis., S. (2016). Characteristics of Graduates According to Thai Qualifications Framework for Higher Education (TQF : HEd) in Southerst Bangkok college, 2013-2014 (BATCH # 15), *SOUTHEAST BANGKOK JOURNAL*, 2(2): 55 - 67. (in Thai)
- Prapapun, P., & Naowanit, P. (2016). Satisfaction of the Employers Toward Competencies for Graduate Nurses, Policenursing College. *Journal of the Police Nurses*, 8(1): 136 - 144. (in Thai)
- Saowalak, S., Soontaree, K., and Ausaniyaphon , C. (2020). Qualifications of Graduates according to Thai Qualifications Framework for Higher Education and Desirable Characteristics according to Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing Suphanburi*, 3(1): 61-80. (in Thai)
- Teamjan, P., and Jaroon, P. (2017). Citizenship of Undergraduate Students in Naresuan University. *The Golden Teak : Humanity and Social Science Journal*, 23(1): 1 -13. (in Thai)
- Vidaporn, D., Penwan, K., Waraporn, V., and Pramote, H. (2019). The Desired Characteristics of Graduate for Thailand Qualifications Framework and Identities of Graduates in Bachelor of Nursing Science Program from Boromarajonani College of Nursing, Bangkok as Perceived by their Supervisors, *Journal of Boromarajonani College of Nursing*, 35 (1): 252 - 263. (in Thai)

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาข้อมูลเบื้องต้นด้านองค์ประกอบทางเคมีและฤทธิ์ด้านการอักเสบ
ของสมุนไพรที่ใช้แทนกันระหว่างโกฐเชียงและไพล
ตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย

Received: April 3, 2021

Accepted: Nov. 9, 2021

Published: Dec. 10, 2021

Preliminary Study of Chemical Profiles and Anti-inflammatory
Activity to Explore Interchangeability of *Angelica sinensis*
(Oliv.) Diels. and *Zingiber cassumunar* Roxb. Herbs according
to Thai Traditional Medicine Theory

นิพนธ์ แก้วต่าย , วสิน บำรุงชัยชนะ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก

Nipon kaewtai , Wasin Bumrungchaichana

Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok, Faculty of Public Health and Allied
Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

บทคัดย่อ

ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย กำหนดตัวยาสมุนไพรที่มีสรรพคุณใกล้เคียงกัน
สามารถใช้แทนกันได้ โกฐเชียงระบุให้ใช้ไพลทดแทน เนื่องจากโกฐเชียงเป็น
สมุนไพรที่ต้องนำเข้าจากต่างประเทศและมีราคาแพง งานวิจัยนี้จึงทำการศึกษาเพื่อ
เปรียบเทียบองค์ประกอบทางเคมีและฤทธิ์ด้านการอักเสบ ระหว่างโกฐเชียงและ
ไพล โดยศึกษาองค์ประกอบทางเคมีด้วยวิธีThin Layer Chromatography แผ่นบาง และ
ศึกษาฤทธิ์ด้านการอักเสบโดยการยับยั้งเอนไซม์ไลโปอกซีจีเนส ผลการศึกษาพบว่า 1)
ไพลกับโกฐเชียงที่สกัดด้วยเมทานอล มีค่าอัตราการเคลื่อนที่ของสารบนตัวดูดซับ
ตรงกันที่ตำแหน่ง 0.34, และ 0.42 สารที่สกัดด้วยเอทิลอะซิเตท มีค่าอัตราการ
เคลื่อนที่ของสารบนตัวดูดซับตรงกันที่ตำแหน่ง 0.64, 0.68 และ 0.77 และสารที่สกัด
ด้วยเอ็น-เฮกเซน มีค่าอัตราการเคลื่อนที่ของสารบนตัวดูดซับตรงกันที่ตำแหน่ง
0.22, 0.30 และ 0.60 2) สารสกัดโกฐเชียงและไพล ที่สกัดด้วยเมทานอล เอ
ทิลอะซิเตทและเอ็น-เฮกเซน ความเข้มข้น 0.1mg/ml และ 1mg/ml มีฤทธิ์ด้าน
การอักเสบไม่แตกต่างกัน จากผลการศึกษาโกฐเชียงและไพลมีองค์ประกอบทางเคมี
บางองค์ประกอบในกลุ่มเดียวกันและฤทธิ์ด้านการอักเสบไม่แตกต่างกัน อาจมีความ
เป็นไปได้ในการนำมาใช้ทดแทนกัน แต่จำเป็นต้องศึกษาทางการวิจัยเชิงคลินิก
เพิ่มเติม

คำสำคัญ : โกฐเชียง, ไพล, สมุนไพรใช้แทนกัน, ฤทธิ์ด้านการอักเสบ,
เอนไซม์ไลโปอกซีจีเนส

Corresponding author: นิพนธ์ แก้วต่าย E-mail: niponkt@gmail.com

Original article

Abstract

Received: April 3, 2021

Accepted: Nov. 9, 2021

Published: Dec. 10, 2021

The theory of Thai traditional medicine indicates that medicinal plants possessing similar indications can be used interchangeably as ingredients in traditional recipes. Thus, *Angelica sinensis* has been recommended to be replaced by *Zingiber cassumunar* because *Angelica sinensis* is an imported raw material and is more expensive. This study aimed to investigate and evaluate the possibility of interchanging *Angelica sinensis* with *Zingiber cassumunar*. The chemical profiles and anti-inflammatory activity of the two herbs were identified using thin layer chromatography technique and lipoxygenase inhibition assay, respectively. The results indicated that: 1) The methanolic extracts of *Zingiber cassumunar* and *Angelica sinensis* presented similar retention factor (Rf) values of 0.34 and 0.64, respectively. The Rf values of ethyl acetate extracts were 0.64, 0.68, and 0.77, respectively. The Rf values of the hexane extracts were 0.22, 0.30, and 0.60 respectively, 2) Methanolic, ethyl acetate, and hexane extracts of the herbs at 0.1 mg/mL and 1 mg/mL also showed insignificant anti-inflammatory activity. Our findings that *Angelica sinensis* and *Zingiber cassumunar* extracts have similar chemical profiles and patterns of anti-inflammatory activity suggest that those herbs might be used interchangeably as ingredients in traditional recipes. However, further clinical study comparing the two herbs is necessary to confirm their interchangeability.

Keywords: *Angelica sinensis*, *Zingiber cassumunar*, interchangeable herb, anti-inflammation, lipoxygenase enzyme

Corresponding author: Nipon Kaewtai E-mail: niponkt@gmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ทฤษฎีการแพทย์แผนไทยมีการกำหนดตัวยาสุมไพรที่มีสรรพคุณใกล้เคียงกันหรือมีสรรพคุณเสมอกันสามารถใช้แทนกันได้ เพราะยาบางชนิดที่อยู่ในตำรับยานั้น ขาดแคลน หรือตัวยานั้นต้องนำเข้ามาจากต่างประเทศ ทำให้ผู้ป่วยต้องรอนานหรือขาดยา (Restoration and Promotion of Thai Traditional Medicine Foundation, 2005) ซึ่งตัวยามีสรรพคุณใกล้เคียงกันและใช้แทนกันได้มี 38 ตัวยา มีการระบุตัวยาแทนโกษฐ์ไว้ถึง 8 ตัวยา คิดเป็นร้อยละ 21.05 จะเห็นได้ว่า “โกษฐ์” เป็นเครื่องยาที่มีความสำคัญ คำว่า “โกษฐ์” (ออกเสียงว่า โกด) ตำรายาไทยเขียนไว้หลายแบบแตกต่างกันออกไป เช่น โกฐ โกฎ โกฎ โกฎ โกด โกษฐ์ สันนิษฐานว่า “โกษฐ์” น่าจะมาจากคำในภาษาทิเบต (tibbi) อันเป็นภาษาหนึ่งของเปอร์เซีย แปลว่า ข่า ปราบ กำจัด ทำให้หายไป แพทย์แผนไทยแบ่งพืชโกษฐ์ออกเป็น 4 ประเภท คือ โกษฐ์ทั้ง 5 โกษฐ์ทั้ง 7 โกษฐ์ทั้ง 9 และโกษฐ์พิเศษ (Department of Development of Thai Traditional Medicine and Alternative Medicine, 2009)

สำหรับโกษฐ์เชียงเป็นเครื่องยาที่อยู่ในโกษฐ์ทั้ง 5 โกษฐ์ทั้ง 7 และโกษฐ์ทั้ง 9 เป็นเครื่องยาที่ได้จากรากแห้งของพืชที่มีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า *Angelica sinensis* (oliv.) ในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2563 พบตำรับยาที่ใช้โกษฐ์เชียงจำนวน 11 ตำรับ 5 กลุ่มอาการ ดังนี้ ยารักษากลุ่มอาการทางระบบไหลเวียนโลหิต (แก้ลม) ได้แก่ ยาหอมทิพโอสถ ยาหอมเทพจิตร ยาหอมนวโกฐ ยาหอมแก้ลมวิงเวียน ยาหอมอินทจักร์ ยารักษาอาการทางระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ยาธาตุบรรจบ ยามันธาตุ ยาวิสมัพยาใหญ่ ยารักษาอาการทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ได้แก่ ยาสตรีหลังคลอด ยาแก้ไข้ ได้แก่ ยาประสะประาะใหญ่ และยากลุ่มบำรุงโลหิต ได้แก่ ยาบำรุงโลหิต นอกจากนี้ข้อมูลการขึ้นทะเบียนยาแผนโบราณที่นำเข้าของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา พบว่า โกษฐ์เชียงเป็นสมุนไพรที่มีการขึ้นทะเบียนมากถึง 1,371 ตำรับจัดเป็นอันดับที่ 3 จาก 100 รายการ (Disthaporn, 2008) ตำราสรรพคุณไทยระบุว่า โกษฐ์เชียง มีกลิ่นหอม รสหวานขม มีสรรพคุณแก้ไข้ แก้สะอึก แก้เสียดแทงราวข้าง คนจีนเรียกรากของ *Angelica sinensis* (oliv.) ว่าตังกุย โดยเรียกส่วนรากแตกต่างกัน คือ ส่วนเหง้าอวบสั้นที่อยู่บนบนสุดเรียก กุยไถ่ มักใช้เป็นยาบำรุงกำลังส่วนรากแก้วเรียก กุยเชิน (แต่ปัจจุบันนี้ทั้งกุยไถ่และกุยเชินมักจะไม่แยกจากกันและรวมกันเป็นกุยไถ่) และส่วนรากแขนงเรียก กุยเหว่ย ใช้เป็นยาขับระดู แก้กตืดขึ้น ขับรก และแก้ไข้ในเรือนไฟ ยาเกี่ยวกับอาการเลือดออกทุกชนิด แก้วหวัด แก้วท้องขึ้น ท้องเฟ้อ ตมูกเลือด (Department of Development of Thai Traditional Medicine and Alternative Medicine, 2009) นอกจากนี้ยังมีรายงานว่าในสารสกัดส่วนที่เป็นน้ำมันหอมระเหย สามารถลดการบีบตัวของมดลูกได้ จึงช่วยลดอาการปวดประจำเดือนได้ (Limmuthawapirath, M., 2010) เนื่องจากโกษฐ์เชียง มีถิ่นกำเนิดจากประเทศจีน ต้องนำเข้ามา ทำให้ล่าช้า ในการรักษาผู้ป่วย ตำรายาไทยระบุให้ใช้ไพล (*Zingiber cassumunar* Roxb.) เป็นตัวยาทดแทนกันได้ และอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติชื่อตำรับประสะไพล ซึ่งมีไพลเป็นตัวยาลึก มีสรรพคุณ บรรเทาอาการระดูมาไม่สม่ำเสมอหรือมาน้อยกว่าปกติ บรรเทาอาการปวดประจำเดือน ขับน้ำคาวปลาในหญิงหลังคลอด และมีรายงานการวิจัยสารสำคัญในไพล เช่น คอร์คิวมิน ซึ่งเป็นสารสีเหลือง น้ำมันหอมระเหย และสารอื่นๆ เช่น สาร (E)-4 (3',4'-dimethylphenyl) but-3-en-l-ol พบว่ามีฤทธิ์ยับยั้ง prostaglandin ซึ่งเป็นสารที่ทำให้เกิดการอักเสบ (Department of Thai Traditional Medicine and Alternative Medicine, 2015)

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่า สมุนไพรทั้งสองชนิดมีสรรพคุณทางการแพทย์แผนไทย รักษาอาการทางสูติศาสตร์นรีเวชวิทยาเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ยังได้มีการศึกษาเปรียบเทียบองค์ประกอบทางเคมีระหว่าง โกษฐ์-เชียงและไพล ผลการศึกษาพบว่า สมุนไพรทั้งสองชนิดมีองค์ประกอบเดียวกัน (Kongkum, 2016) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการแพทย์แผนไทย เรื่องตัวยาทดแทนกันได้ แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบฤทธิ์ทางชีวภาพ

โดยเฉพาะฤทธิ์ด้านการอักเสบ คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเปรียบเทียบฤทธิ์ด้านการอักเสบของสมุนไพรรักษาทั้งสองชนิด เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการนำตัวยามาใช้ทดแทนกันตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อเปรียบเทียบองค์ประกอบทางเคมีของสมุนไพรรักษาใช้แทนกันได้ระหว่างโกฐฐูเชียงและไพล
2. เพื่อเปรียบเทียบฤทธิ์ด้านการอักเสบของสมุนไพรรักษาใช้แทนกันได้ระหว่างโกฐฐูเชียงและไพล

ระเบียบวิธีวิจัย

1. การวิเคราะห์องค์ประกอบทางเคมี

1.1 การเตรียมสารสกัด

โกฐฐูเชียงและไพล ได้มาจากร้านยา ในจังหวัดพิษณุโลกนำผงสมุนไพรมาสกัดด้วยวิธี Maceration โดยเริ่มจากตัวทำละลาย n-hexane, ethyl acetate และ methanol ตามลำดับ โดยใช้วิธี sonicate เป็นเวลา 30 นาที ก่อนจะเปลี่ยนตัวทำละลายในขั้นต่อไปโดยการสกัดซ้ำๆ ด้วยตัวทำละลาย ชนิดเดิมจนตัวทำละลายใสเพื่อให้สารสำคัญของสมุนไพรรักษาในขั้นนั้นๆ ออกมาให้มากที่สุด และนำสารสกัดแต่ละชั้นที่ได้ระเหยตัวทำละลายออกด้วยเครื่อง rotary evaporator ก่อนนำไปศึกษา (Kongkum,2016)

1.2 การตรวจสอบองค์ประกอบทางเคมีของโกฐฐูเชียงและไพล ด้วยเทคนิคThin Layer Chromatography (TLC)

นำส่วนสกัดชั้น n-hexane, ethyl acetate และ methanol มาทำการตรวจสอบองค์ประกอบทางเคมีด้วยเทคนิค TLC โดยสารสกัดในชั้น n-hexane ใช้ n-hexane : ethyl acetate ในอัตราส่วน 13 : 7 เป็นวัฏภาคเคลื่อนที่ สารสกัดในชั้น ethyl acetate ใช้ toluene : ethyl acetate : methanol ในอัตราส่วน 12 : 6 : 2 และ acetic acid 8 หยด เป็นวัฏภาคเคลื่อนที่และการทดสอบสารสกัดในชั้น methanol ใช้ ethyl acetate : methanol : H₂O ในอัตราส่วน 20 : 2 : 1 และ acetic acid 8 หยด เป็นวัฏภาคเคลื่อนที่ นำไปตรวจสอบภายใต้แสงอัลตราไวโอเล็ตที่ความยาวคลื่น 254 และ 366 นาโนเมตร และพ่นด้วยน้ำยาพ่น anisaldehyde แล้วให้ความร้อน นานจนสารเกิดปฏิกิริยาแสดงเป็นแถบสีชัดเจน นำไปตรวจสอบภายใต้แสงอัลตราไวโอเล็ตที่ความยาวคลื่น 254 นาโนเมตร และความยาวคลื่น 366 นาโนเมตร (Kongkum,2016)

2. วิธีทดสอบฤทธิ์ด้านการอักเสบ

ในการศึกษานี้ใช้วิธีการของ Lu et al. (2013) Anti-lipoxygenase activity assay ซึ่งเป็นการทดสอบฤทธิ์ด้านการอักเสบผ่านกลไกการยับยั้ง เอนไซม์ Lipoxygenases โดยการทดสอบปฏิกิริยาเคมีในห้องปฏิบัติการ ปฏิกิริยาระหว่างสารที่ทดสอบกับเอนไซม์ Lipoxygenases จะได้สารที่มีสีซึ่งวัดได้จากค่าการดูดกลืนคลื่นแสงและเทียบกับสารมาตรฐาน วิธีการทดสอบดังนี้

เตรียมสารสกัดโกฐฐูเชียง/ไพล / Nordihydroguaiaretic (NDGA,สารมาตรฐาน) ปริมาตร 10 μ l จากนั้นเติม Lipoxygenases (Lox, 10 μ M in buffer) ปริมาตร 5 μ l เติม Arachidonic acid (2mM in 5% of 0.1 M KOH from stock solution of 40mM in methanol) ปริมาตร 5 μ l เติม Buffer (assay buffer: 50 mM Tris-HCl [pH 7.5], 0.3 mM CaCl₂, 0.1 mM ethylenediaminetetraacetic acid [EDTA], 0.1 mM ATP) ปริมาตร 80 μ l ทั้งไว้ที่อุณหภูมิห้อง 5 นาที เติม FTC reagent 1 e (reagent I: 4.5 mM FeSO₄ in 0.2 M HCl ,reagent 2 reagent II: 3% NH₄SCN methanolic solution) อย่างละปริมาตร 100 μ l ทั้งไว้ที่อุณหภูมิห้อง 5 นาที วัดค่าดูดกลืนคลื่นแสง ที่ความยาวคลื่น 480 นาโนเมตร คำนวณค่าเปอร์เซ็นต์การยับยั้ง

คำนวณเปอร์เซ็นต์การยับยั้งดังนี้

$$\% \text{ inhibition} = \frac{\text{Abs control} - \text{Abs extract} \times 100}{\text{Abs control}}$$

Abs control

ผลการวิจัย

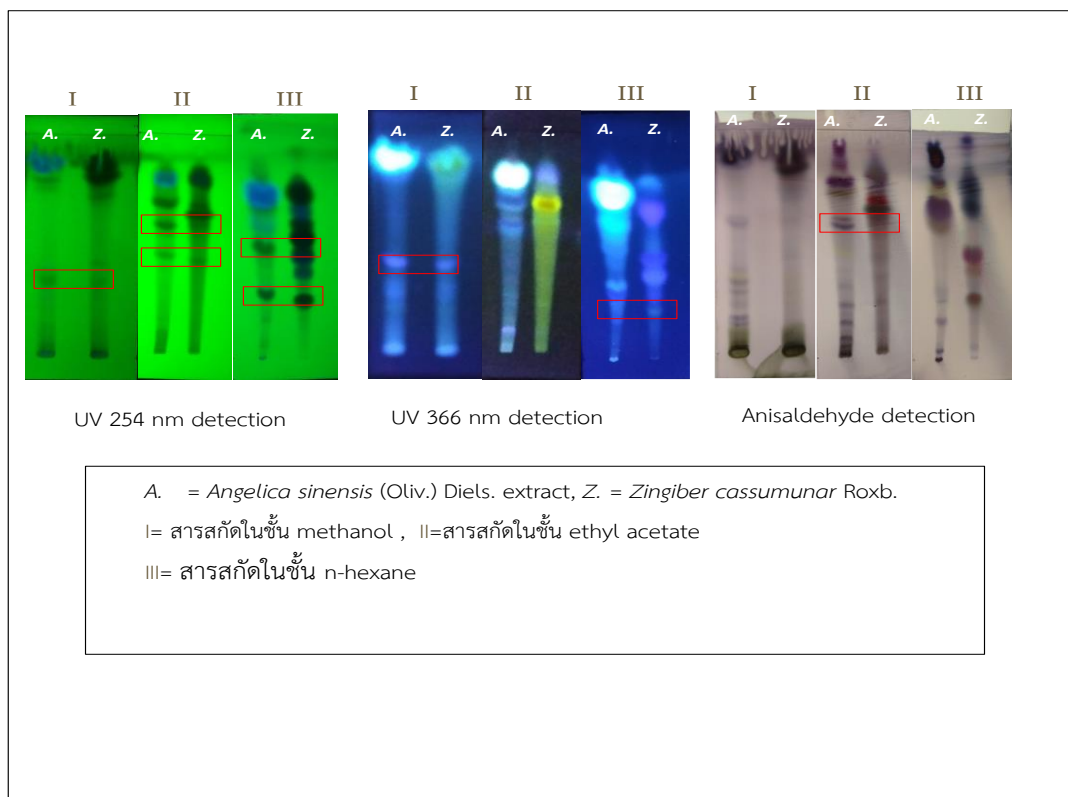
1. การวิเคราะห์องค์ประกอบทางเคมีโดยวิธี thin layer chromatography

การวิเคราะห์องค์ประกอบทางเคมีของโสมเชียงและโสมด้วยเทคนิคThin Layer Chromatography (TLC) พบว่า

โสมกับโสมเชียงที่สกัดด้วย เมทานอล ภายใต้ UV 254 มีค่าอัตราเคลื่อนที่ของสารบนตัวดูดซับ ตรงกัน 1 ตำแหน่ง (R_f Value=0.34),ภายใต้ UV 366 ตรงกัน 1 ตำแหน่ง (R_f Value=0.42) และย้อมด้วย anisaldehyde ตรงกัน 1 ตำแหน่ง (R_f Value=0.64)

โสมกับโสมเชียงที่สกัดด้วย เอทิลอะซิเตทภายใต้ UV 254 มีค่าอัตราเคลื่อนที่ของสารบนตัวดูดซับ ตรงกัน 2 ตำแหน่ง (R_f Value=0.68,0.77) และเมื่อย้อมด้วย anisaldehyde ตรงกัน 1 ตำแหน่ง (R_f Value=0.64)

โสมกับโสมเชียงที่สกัดด้วย เฮกเซนภายใต้ UV 254 มีค่าอัตราเคลื่อนที่ของสารบนตัวดูดซับ ตรงกัน 2 ตำแหน่ง (R_f Value=0.30,0.62),ภายใต้ UV 366 ตรงกัน 1 ตำแหน่ง (R_f Value=0.22) ดังแสดงในภาพที่ 1 และ ตารางที่ 1



ภาพที่ 1 TLC fingerprint ของสารสกัดโสมเชียงและโสมในชั้น methanol, ethyl acetate และ n-hexane

ตารางที่ 1 ค่า R_f Value ของสารสกัดโกฐจุฬารักษ์และโพลีในชั้น methanol, ethyl acetate และ n-hexane

ชนิดของการทดสอบ	R _f Value	Methanol		Ethyl acetate		N-Hexane	
		A.	Z.	A.	Z.	A.	Z.
		<i>sinensis</i>	<i>cassumunar</i>	<i>sinensis</i>	<i>cassumunar</i>	<i>sinensis</i>	<i>cassumunar</i>
UV 254	0.30					/	/
	0.34	/	/				
	0.60					/	/
	0.68			/	/		
	0.77			/	/		
UV 366	0.22					/	/
	0.42	/	/				
Anisaldehyde	0.64			/	/		

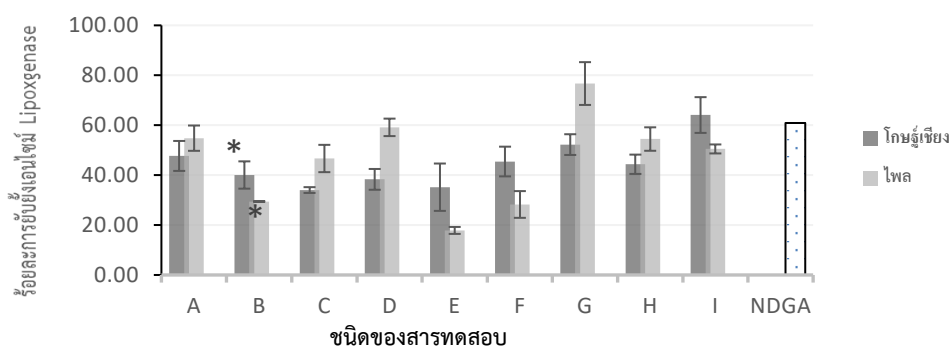
2.ฤทธิ์ต้านการอักเสบโดยการยับยั้งเอนไซม์ Lipoxxygenase

จากภาพที่ 2 พบว่าสารสกัดโกฐจุฬารักษ์และโพลี ความเข้มข้น 0.01 mg/ml พบว่า สารสกัดของโกฐจุฬารักษ์ในชั้น methanol มีเปอร์เซ็นต์การยับยั้งเอนไซม์ lipoxxygenase มากที่สุดคือ โดยมีเปอร์เซ็นต์การยับยั้งเฉลี่ย เท่ากับ 47.69 ± 6.00 และ สารสกัดของโพลีในชั้น methanol มีเปอร์เซ็นต์การยับยั้งมากที่สุด โดยมีเปอร์เซ็นต์การยับยั้งเฉลี่ย เท่ากับ 54.81 ± 5.07

สารสกัดโกฐจุฬารักษ์และโพลี ความเข้มข้น 0.1 mg/ml พบว่า สารสกัดของโกฐจุฬารักษ์ในชั้น n-hexane มีเปอร์เซ็นต์การยับยั้งมากที่สุด โดยมีเปอร์เซ็นต์การยับยั้งเฉลี่ย เท่ากับ 45.45 ± 5.95 และ สารสกัดของโพลีในชั้น methanol มีเปอร์เซ็นต์การยับยั้งมากที่สุด โดยมีเปอร์เซ็นต์การยับยั้งเฉลี่ย เท่ากับ 59.14 ± 3.50

สารสกัดโกฐจุฬารักษ์และโพลี ความเข้มข้น 1 mg/ml พบว่า สารสกัดของโกฐจุฬารักษ์ในชั้น n-hexane มีเปอร์เซ็นต์การยับยั้งเอนไซม์ lipoxxygenase มากที่สุด โดยมีเปอร์เซ็นต์การยับยั้งเฉลี่ย เท่ากับ 64.08 ± 7.16 และ สารสกัดของโพลีในชั้น methanol มีเปอร์เซ็นต์การยับยั้งมากที่สุด โดยมีเปอร์เซ็นต์การยับยั้งเฉลี่ย เท่ากับ 76.69 ± 8.57

ร้อยละการยับยั้งเอนไซม์ Lipoxxygenase



* แสดงความแตกต่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ภาพที่ 2 ร้อยละการยับยั้งเอนไซม์ Lipoxxygenase ของสารสกัดในชั้น methanol ความเข้มข้น 0.01 mg/ml (A), สารสกัดในชั้น ethyl acetate ความเข้มข้น 0.01 mg/ml (B), สารสกัดในชั้น n-hexane ความเข้มข้น 0.01 mg/ml (C), สารสกัดในชั้น methanol ความเข้มข้น 0.1 mg/ml (D), สารสกัดในชั้น ethyl acetate ความเข้มข้น 0.1 mg/ml (E), สารสกัดในชั้น n-hexane ความเข้มข้น 0.1 mg/ml (F), สารสกัดในชั้น methanol ความเข้มข้น 1 mg/ml (G), สารสกัดในชั้น ethyl acetate ความเข้มข้น 1 mg/ml (H) สารสกัดในชั้น n-hexane ความเข้มข้น 1 mg/ml (I), และสารมาตรฐาน NDGA (Nordihydroguaiaretic)

3. ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยร้อยละการยับยั้งเอนไซม์ Lipoxygenase

การทดสอบเปอร์เซ็นต์การยับยั้งเอนไซม์ lipoxygenase ของสารสกัดโกฐ์เชียงและไพล พบว่า

สารสกัดในชั้น methanol มีเปอร์เซ็นต์การยับยั้งเอนไซม์ lipoxygenase ในความเข้มข้น 0.01 mg/ml, 0.1 mg/ml และ 1 mg/ml ไม่แตกต่างกัน

สารสกัดในชั้น ethyl acetate มีเปอร์เซ็นต์การยับยั้งเอนไซม์ lipoxygenase ในความเข้มข้น 0.1 mg/ml และ 1 mg/ml ไม่แตกต่างกัน ส่วนที่ความเข้มข้น 0.01 mg/ml มีเปอร์เซ็นต์การยับยั้งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 (p value = 0.036)

สารสกัดในชั้น n-hexane มีเปอร์เซ็นต์การยับยั้งเอนไซม์ lipoxygenase ในความเข้มข้น 0.01 mg/ml, 0.1 mg/ml และ 1 mg/ml มีฤทธิ์การยับยั้ง ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบการยับยั้งเอนไซม์ lipoxygenase ของสารสกัดโกฐ์เชียงและไพล

ความเข้มข้น (mg/ml)	สารสกัด	ร้อยละการยับยั้ง		t	p-value
		โกฐ์เชียง	ไพล		
0.01	methanol	47.69±6.00	54.81±5.07	1.570	0.862
	ethyl acetate	40.05±5.47	29.43±0.07	3.360	0.036*
	n-hexane	34.02±1.16	46.66±5.47	4.196	0.064
0.1	methanol	38.30±4.17	59.14±3.50	6.606	0.654
	ethyl acetate	35.16±9.49	17.85±1.39	3.128	0.105
	n-hexane	45.45±5.95	28.24±5.35	3.726	0.859
1	methanol	52.23±4.15	76.69±8.57	4.449	0.183
	ethyl acetate	44.35±3.87	54.45±4.70	2.874	0.853
	n-hexane	64.08±7.16	50.49±1.80	3.191	0.088

*แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

การเปรียบเทียบองค์ประกอบทางเคมีของสมุนไพรใช้แทนกันได้ระหว่างโกฐ์เชียงและไพล พบว่าสารสกัดโกฐ์เชียงและไพลในแต่ละชั้นโดยเรียงตามลำดับความมีขั้วจากน้อยไปมาก คือ n-hexane ,ethyl acetate และ methanol เมื่อส่องภายใต้ UV มีองค์ประกอบของสารที่ตรงกันอย่างน้อย 1 ตำแหน่ง ในแต่ละชั้น และเมื่อ ย้อมด้วย anisaldehyde มีองค์ประกอบของสารที่ตรงกัน 1 ตำแหน่ง ในสารสกัดในชั้น methanol ซึ่งอธิบายได้ว่าสมุนไพรทั้งสองชนิดมีสารที่มีองค์ประกอบทางเคมี คือ สารในกลุ่ม terpenoids เนื่องจาก ย้อมด้วย anisaldehyde เกิดแถบสีม่วงเกิดขึ้น ซึ่งสารกลุ่ม terpenoids นี้ พบในโกฐ์เชียงที่เป็นองค์ประกอบทางเคมีในส่วนของน้ำมันหอมระเหย มีฤทธิ์ด้านการอักเสบ เช่นเดียวกับสารกลุ่ม terpenoids ที่พบในน้ำมันหอมระเหยในไพล (Department of Development of Thai Traditional Medicine and Alternative Medicine, 2009) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีทางการแพทย์แผนไทยเรื่องสมุนไพรที่ใช้แทนกันได้ (Restoration and Promotion of Thai Traditional Medicine Foundation,2005) และสอดคล้องกับการศึกษาของ kongkum (Kongkum,2016) ที่พบว่าองค์ประกอบทางเคมีของโกฐ์เชียงและไพล มีสารองค์ประกอบทางเคมีในกลุ่มเดียวกัน อาจมีความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ทดแทนกัน

การเปรียบเทียบฤทธิ์ด้านการอักเสบโดยผ่านการยับยั้งเอนไซม์ lipoxxygenase พบว่าสารสกัดสารสกัดโกษฐ์เชียงและไพลในชั้น n-hexane และ methanol ทุกความเข้มข้นมีฤทธิ์การยับยั้งไม่แตกต่างกันอย่าง สารสกัดในชั้น ethyl acetate ที่ความเข้มข้น 0.1 mg/ml และ 1 mg/ml มีฤทธิ์การยับยั้งไม่แตกต่างกันและที่ความเข้มข้นที่ต่ำที่สุดคือ 0.01 mg/ml มีฤทธิ์การยับยั้งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 (p value = 0.036) อาจมีความเป็นไปได้ว่า องค์ประกอบทางเคมีของสารสกัดจากโกษฐ์เชียงและไพล มีสารกลุ่ม terpenoids อยู่ในกลุ่มเดียวกัน จึงทำให้ฤทธิ์ด้านการอักเสบไม่แตกต่างกัน ซึ่งหากนำไพลทดแทนโกษฐ์เชียงในตำรับยาแผนไทยที่มีสรรพคุณ ลดไข้ ลดการอักเสบ เช่น โกษฐ์ทั้ง 5 7 และ 9 จะทดแทนกันได้ทฤษฎีทางการแพทย์แผนไทยเรื่องสมุนไพรที่ใช้แทนกันได้ แต่อย่างไรก็ตามจำเป็นต้องทดสอบฤทธิ์ด้านชีวภาพอื่นๆ เช่น ฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ ฤทธิ์ด้านการอักเสบโดยผ่านกลไก Cox-2 ฤทธิ์ฆ่าเชื้อแบคทีเรีย เป็นต้น และการศึกษาทางคลินิกด้านการใช้ยาทั้งสองชนิดทดแทนกัน

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้พบว่า องค์ประกอบทางเคมีและฤทธิ์ด้านการอักเสบของโกษฐ์เชียงและไพล มีองค์ประกอบทางเคมีบางประการในกลุ่มเดียวกัน คือ สารกลุ่ม terpenoids และฤทธิ์ด้านการอักเสบของโกษฐ์เชียงและไพล ที่สกัดด้วย methanol, ethyl acetate, และ n-hexane ที่ความเข้มข้น 0.1 mg/ml และ 1 mg/ml ไม่แตกต่างกัน สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพิจารณาใช้ไพลเพื่อทดแทนโกษฐ์เชียงในตำรับยาแผนไทย

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

จากผลการศึกษาฤทธิ์ด้านการอักเสบของสมุนไพรทั้ง 2 ชนิด ในกลไกอื่นๆ เช่น การยับยั้งผ่าน enzyme Cyclooxygenase (Cox-2) และ ไนตริกออกไซด์(NO) เป็นต้น มีศึกษาเปรียบเทียบปริมาณสารสำคัญของสารสกัดของสมุนไพรทั้ง 2 ชนิด โดยวิธี HPLC (High Performance Layer Chromatography) และศึกษาฤทธิ์ด้านการอักเสบของตำรับยาที่ใช้โกษฐ์เชียงและไพล เช่น โกษฐ์ทั้ง 5 7 และ 9

References

- Chen XP, Li W, Xiao XF, Zhang LL, Liu CX. (2013) .Phytochemical and pharmacological studies on Radix Angelica sinensis. Chin J Nat Med,11(6): 577-587.
- Department of Development of Thai Traditional Medicine and Alternative Medicine .(2009) Monographs of selected Thai Materia Medica volume 1. Bangkok:Amarin Printing & Publishing. (In Thai).
- Department of Development of Thai Traditional Medicine and Alternative Medicine .(2015) Monographs of selected Thai Materia Medica volume 2.Bangkok:Amarin Printing & Publishing. (In Thai).
- Disthaporn,O.(2008).Development of Chinese medicinal plants in Thailand [Online].Retrieved July30,2020,from http://www.agriman.doae.go.th/home/Research/Herb/7_epigraph%20at%20%20Pharmacopoeia.pdf.(in Thai).
- Kongkum C., Kongkum A.(2016). Comparison of chemical composition of *Angelica sinensis* (Oliv.) *Diels*.and *Zingiber cassumunar Roxb.*,a substitute herb according to Thai Traditional Medicine. Journal of Science and Technology Mahasarakham University, 36 (3):360-367. (In Thai).
- Limmuthawapirath, C.,Meenabun,N. (2010).Tang kui:Chainese herb for health.Pharmatime, 8 (81):41-49. (In Thai).
- Lu W, Zhao X, Xu Z, Dong N, Zou S, Shen X, Huang J. (2013). Development of a new colorimetric assay for lipoxigenase activity. Anal Biochem,441(2):162-8.
- Restoration and Promotion of Thai Traditional Medicine Foundation.(2005). Thai Traditional Pharmacy Textbook.Bangkok:Phikhnes Printing Center. (In Thai).

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพตัวเองของ ประชาชนในกลุ่มวัยทำงาน

Received: April 27, 2021

Accepted: Nov. 9, 2021

Published: Dec. 13, 2021

Factors associated with Health Literacy for Self-Health Care of among People in the Working Age Group

เบญจวรรณ พูนธนานิวัฒน์กุล, อรุณี ยันตรปรกรณ์, ปาริชาติ จันทรเที่ยง, เฉลิมชัย เพาะบุญ,

นลินภัทร์ รตนวิบูลย์สุข, ธัญวาทิตี วราชนโชติกุล

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก

Benjawan Poonthananiwatkul, Arunee Yantarapakorn, Parichat Junthiang,

Chalermchai Pohboon, Nalipas Ratanawiboonsook, Thanwapisit Varathanachotikul

Kanchanabhishek Institute of Medical and Public Health Technology

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา
ระดับความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพ
สุขภาพตัวเองของประชาชนในกลุ่มวัยทำงาน ประชากร คือ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ จำนวน 1,768 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบใช้สัดส่วนคงที่แบบชั้น
ภูมิตามภาค เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ google form มีค่าเฉลี่ยดัชนีความสอดคล้อง
(IOC) มีค่าเท่ากับ 0.89 และ มีความเที่ยงของสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.87
วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอย

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ =
119.16, SD. = 17.31) ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ ช่วงเวลา
ในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความเชื่อถือของข้อมูล
ข่าวสาร องค์ประกอบของสื่อนำเสนอ ด้านเนื้อหา ด้านสื่อที่ใช้ประกอบ และด้านการส่งมอบส่งผล
ต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ 0.001 และทุกตัวแปรอิสระสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของความรู้
ด้านสุขภาพได้ 90.30 (R^2 = 0.903, F = 185.18, p < .001) ข้อเสนอแนะ ควรออกแบบและ
ตรวจสอบคุณภาพสื่อด้านสุขภาพ และสร้างกลวิธีให้สุขศึกษาแก่ประชาชนโดยเพิ่มความสามารถ
ของบุคลากรทางการแพทย์

คำสำคัญ: ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ, ความรู้ด้านสุขภาพ, กลุ่มวัยทำงาน

Corresponding author: เบญจวรรณ พูนธนานิวัฒน์กุล

E-mail: bp_benjawan@hotmail.com

Original article

Abstract

Received: April 27,2021

Accepted: Nov. 9,2021

Published: Dec. 13,2021

The study is cross-sectional research that aimed to explore a level of health literacy and to investigate factors associated with health literacy for self-health care of people in working group. Population is a people aged 18 years and over. The 1,768 people were samples in this study and were randomly sampled by regions. Online questionnaires as a google form were used to collect data. The content validity of the questionnaire was tested via the IOC. It was showed as mean as 0.89 and the reliability via the Cronbach's alpha coefficient was 0.87. Data analysis were used descriptive analysis and multiple regression analysis.

The finding in study indicated that health literacy of most samples was in a good level ($\bar{x} = 119.16$, $SD = 17.31$). Results of hypothesis test showed that personal factors such as revenue, information recognition period, information awareness, accessing information, information trust, presentation of media elements: content, visual and delivery were associated for the level of health literacy for self-health care of people in working group ($p\text{-value} < .01$) and the all independent factors were capable of explaining 90.30% of variation in the health literacy for self-health care ($R^2 = 0.903$, $F = 185.18$, $p < .001$) Recommendations should design and verify the quality of health media and create a strategy to provide public health education by increasing the capacity of healthcare workers.

Keywords: Health risk factors, health literacy, working age group

Corresponding author: Benjawan Poonthananiwatkul

E-mail: bp_benjawan@hotmail.com

บทนำ

อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการตายอันดับแรกทั่วโลก ไม่น้อยกว่า 36 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 62 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 75 หรือ 320,000 คน/ปี คิดเป็นอัตราการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ชั่วโมงละ 37 คน และพบว่าโรคหลอดเลือดสมอง เป็นอันดับหนึ่งที่ทำให้เสียชีวิต รองลงมา คือโรคหัวใจขาดเลือด โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังพบว่าโรคที่คนไทยป่วยมากที่สุดอันดับแรก คือ โรคไตเรื้อรัง (8 ล้านคน) รองลงมา คือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน (Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2018) ซึ่งสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเหล่านั้นคือ พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรค หากเปรียบเทียบงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพย้อนหลัง ตั้งแต่ปี 2550 - ปี 2561 พบว่าภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่รัฐบาลต้องตั้งงบประมาณสนับสนุนเพิ่มขึ้นทุกปีจาก 148,704.5 ล้านบาท ในปี 2550 เป็น 303,517.1 ล้านบาท ในปี 2561 (Congressional Budget Office, 2018) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรคส่งผลให้ประเทศมีรายจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นเรื่องที่หลายประเทศให้ความสำคัญมาก แม้ว่าคนที่อ่านออกเขียนได้ แต่การศึกษาไม่ได้ตัวบอกว่าคนนั้นมีความรู้ด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้นิยามความหมายของคำว่า “ความรู้ด้านสุขภาพ” คือ ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี (Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, 2018) ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับสุขภาพ ผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ส่งผลต่อประสิทธิภาพการใช้และรับรู้ข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การดูแลรักษาโรคภัยไข้เจ็บเบื้องต้นด้วยตนเอง และการป้องกันโรค (Wansiri Nilnate, 2014) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่มีความรู้ทางด้านสุขภาพต่ำ จะมีคุณภาพชีวิตค่อนข้างต่ำเนื่องจากความเจ็บป่วย (Kitpapon Srithanee, 2017) ดังนั้น หากประชากรส่วนใหญ่ มีความรู้ด้านสุขภาพมีระดับต่ำ ย่อมส่งผลต่อสถานะสุขภาพโดยรวมของประเทศ

กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดให้มีบริการสุขภาพกลุ่มวัยทำงานแบบบูรณาการในปี 2558 ตามมาตรการหลักและสนับสนุน ซึ่งประกอบด้วย 1) การสร้างเสริมสุขภาพ ลดพฤติกรรมเสี่ยง ลดป่วย 2) การค้นหาผู้ป่วย ดูแลรักษา มีคุณภาพชีวิตที่ดี 3) ระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อให้กลุ่มวัยทำงานเกิดการปรับพฤติกรรม และการสื่อสารด้านสุขภาพในชุมชนผ่านการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ สื่อสารความรู้ด้านสุขภาพผ่านช่องทางต่างๆ เช่น แผ่นป้าย แผ่นพับ แผ่นปลิว สื่อออนไลน์ต่างๆ ฯลฯ (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2015) จากรายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บในประเทศไทย พ.ศ.2552 ปัญหาสุขภาพของกลุ่มวัยทำงาน ระบุว่า วัยทำงานอายุ 15-59 ปี ในภาพรวมตายจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อในสัดส่วนที่สูงที่สุด รองลงมา ได้แก่ กลุ่มการบาดเจ็บ และกลุ่มโรคติดเชื้อ (International Health Policy Development Agency, 2009) และข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี 2548-2553 พบว่า กลุ่มคนวัยทำงานอายุระหว่าง 15-59 ปี เป็นกลุ่มคนที่มีอัตราฆ่าตัวตายสูงสุด 7.1 ต่อแสนประชากร สาเหตุของการฆ่าตัวตาย คือ ความเครียด โรคซึมเศร้า ดิยาเสพติดและการเจ็บป่วยทางกาย ตามลำดับ (Public Health System Research Institute Office of the National Health Commission, 2012)

จากข้อมูลสถิติจากสำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (องค์การมหาชน) กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร รายงานว่า ในปี 2563 การสำรวจกลุ่มตัวอย่างจำนวน 25,844 คน พบว่า เฟซบุ๊ก (Facebook) มีจำนวนความถี่ในการใช้งานมากที่สุดในบรรดาเครื่องมือสื่อสารออนไลน์ประเภทอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 98.2 รองลงมา คือ ยูทูบ (YouTube) คิดเป็นร้อยละ 97.5 ไลน์ (Line) คิดเป็นร้อยละ 96.0 และ Tik Tok คิดเป็นร้อยละ 35.8 ตามลำดับ (Electronic Transactions Development Agency, 2016) ซึ่งถือว่าเป็นช่องทางในการสื่อสารกันเองโดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงาน ทำให้ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับอาจจะยังไม่ผ่านระบบการคัดกรองและการยืนยันความถูกต้องของข้อมูล และอาจทำให้ประชาชนได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องและไม่ถูกต้องและอาจเกิดอันตรายต่อสุขภาพได้

บุคลากรด้านสาธารณสุขจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยคัดกรอง ยืนยันหรือให้ความรู้หรือข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง โดยผ่านสื่อต่างๆ เพื่อไม่ให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของประชาชน ขณะเดียวกันความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ของประชาชนก็ยิ่งมีความสำคัญ หากประชาชนมีทักษะในการรับรู้ เข้าใจ และการนำข้อมูลไปใช้ หรือนำไปปฏิบัติหรือไปบอกต่อ จะสามารถป้องกันอันตรายต่อสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาพฤติกรรมในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของประชาชนในกลุ่มวัยทำงาน ความเชื่อถือข้อมูลหลังจากที่ได้รับข้อมูลข่าวสารนั้น ความสำคัญของข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในกลุ่มวัยทำงาน ตลอดจนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพตัวเองของประชาชนในกลุ่มวัยทำงาน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพตัวเองของประชาชนในกลุ่มวัยทำงาน

สมมติฐาน

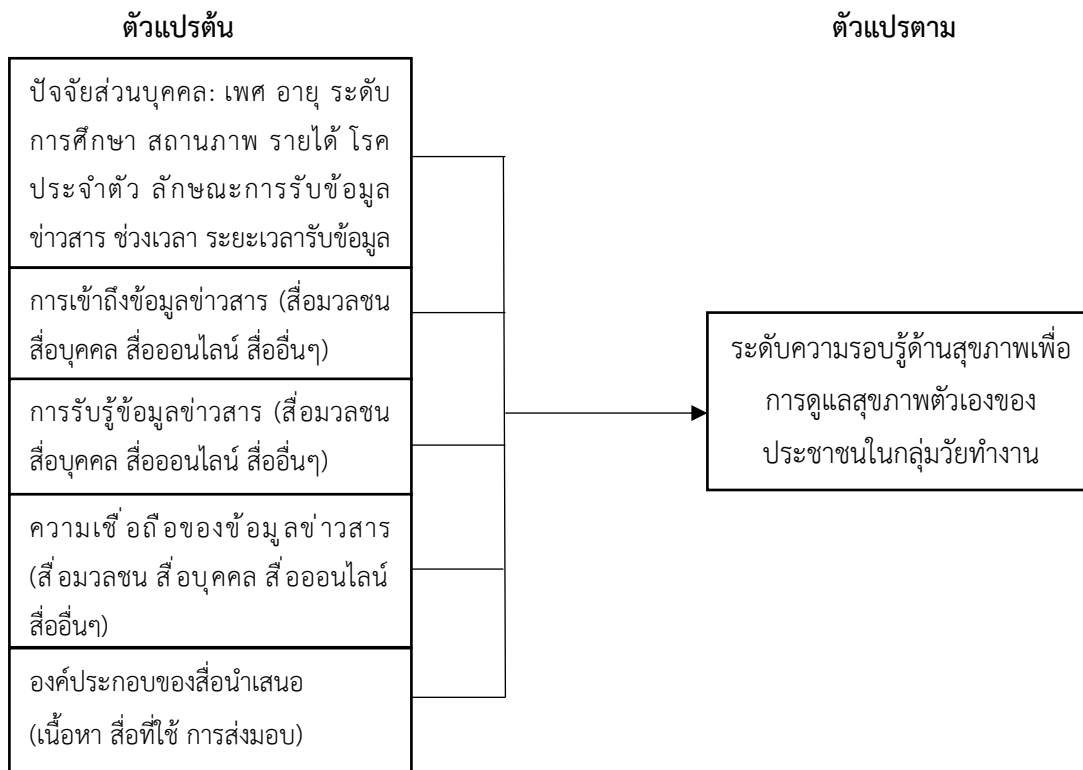
ปัจจัยส่วนบุคคล การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความเชื่อถือข้อมูลข่าวสารและองค์ประกอบของสื่อแนะนำมีผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพตัวเองของประชาชนในกลุ่มวัยทำงาน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นเชิงทำนายแบบตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2563- มีนาคม 2564

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมจากทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดดังต่อไปนี้



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ประชาชนทั่วไปที่มีอายุตั้งแต่ 18-60 ปีที่รับข่าวสารด้านสุขภาพทุกภาคของประเทศไทย จำนวนทั้งสิ้น 53,170,131 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ประชาชนชนทั่วไปที่มีอายุ 18-60 ปี ทุกภาคของประเทศไทย จำนวนทั้งสิ้น 1,760 คน

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power ใช้ Test family เลือก F-test, Statistical test เลือก Linear multiple regression: fix model, R^2 deviation from zero กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.15 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = .80 ตัวแปรอิสระ (Number of predictors) 25 ตัวแปร และเพื่อให้ความสมบูรณ์ของการวิจัยและความน่าเชื่อถือของข้อมูล ประกอบกับการวิจัยนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามออนไลน์ จึงทำการทดแทนกรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามกลับมาไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ตามจำนวนร้อยละ 10 ทั้งนี้ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างประชาชนที่ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยทั้งจาก 4 ภาค ๆ ละ 440 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 1,760 คน โดยใช้วิธีการวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิตามภาคของประเทศไทยซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคอีสาน และภาคใต้ กำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างแบบใช้สัดส่วนคงที่ (Non Proportional Stratified Random Sampling)

โดยสุ่มจังหวัด สุ่มโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป สุ่มประชาชนที่มารับบริการโรงพยาบาลนั้น ตามลำดับ เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) ประชาชนทั่วไปที่มีอายุ 18-60 ปี 2) สามารถใช้ภาษาไทยได้ดีโดยเฉพาะอ่านและเขียน 3) สามารถเข้าถึงแบบสอบถามออนไลน์ google form 4) ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) ผู้ที่ไม่สามารถเข้าถึงแบบสอบถามออนไลน์ google form ได้ด้วยตนเอง 2) ผู้ที่ทำแบบสอบถามไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภูมิลำเนาอยู่ภาคเหนือ 441 คน ภาคกลาง 453 คน ภาคอีสาน 452 คน และภาคใต้ 440 คน รวมทั้งสิ้น 1,786 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากแนวคิดการเข้าถึงข้อมูล และการรับรู้สุขภาพประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ที่อยู่ ระดับการศึกษา สถานภาพ รายได้ โรคประจำตัว ประเภทการรับข้อมูลข่าวสาร ช่วงเวลาและระยะเวลารับข้อมูลข่าวสาร รวม 11 ข้อ

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินตนเองเกี่ยวกับการเข้าถึง การรับรู้ข้อมูลข่าวสารและความเชื่อถือข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการดูแลสุขภาพตัวเองจากสื่อ รวมทั้งสิ้นจำนวน 20 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามแบ่งพิจารณาดังนี้

1) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การให้คะแนนการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ซึ่งแต่ละคะแนนมีช่วงคะแนนที่เท่ากัน จากปฏิบัติวันละหลายครั้งให้ 5 คะแนน ปฏิบัติวันละครั้งให้ 4 คะแนน ปฏิบัติสัปดาห์ละ 1-2 ครั้งให้ 3 คะแนน ปฏิบัติเดือนละ 1-2 ครั้งให้ 2 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติเลยให้ 1 คะแนน

2) การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การให้คะแนนของการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งแต่ละคะแนนมีช่วงคะแนนที่เท่ากัน โดยการรับรู้ข้อมูลข่าวสารมากที่สุด ให้ 5 คะแนน มาก ให้ 4 คะแนน ปานกลาง ให้ 3 คะแนน น้อยให้ 2 คะแนน และ น้อยที่สุดให้ 1 คะแนน

3) ความเชื่อถือข้อมูลข่าวสาร การให้คะแนนความน่าเชื่อถือข้อมูลข่าวสาร ซึ่งแต่ละคะแนนมีช่วงคะแนนที่เท่ากันโดยความน่าเชื่อถือข้อมูลข่าวสารมากที่สุด ให้ 5 คะแนน มาก ให้ 4 คะแนน ปานกลาง ให้ 3 คะแนน น้อยให้ 2 คะแนน และน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อประเมินตนเองเกี่ยวกับองค์ประกอบของสื่อนำเสนอข้อมูลด้านสุขภาพ จำนวน 25 ข้อ ซึ่งแต่ละคะแนนมีช่วงคะแนนระดับความสำคัญของข้อมูลมากที่สุดให้ 5 คะแนน มากให้ 4 คะแนน ปานกลางให้ 3 คะแนน น้อยให้ 2 คะแนน และน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในกลุ่มวัยทำงาน ดัดแปลงมาจาก Office of Risk Communication and Health Behavior Development in collaboration with Indrakamang (2019) เพื่อประเมินการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ การได้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ มีจำนวน 30 ข้อ ให้ผู้ตอบแบบสอบถามพิจารณาระดับความเป็นจริงที่ตรง คำตอบเป็นมาตราส่วนค่า 5 ระดับ มากที่สุด (5 คะแนน)

จนถึง น้อยที่สุด (1 คะแนน) คะแนนทั้งหมดอยู่ในช่วง 30-150 คะแนน ถ้าได้คะแนนอยู่ในช่วง 120-150 คะแนน ($\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม) หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนระดับดี ถ้าได้คะแนน 90-119 (60-79% ของคะแนนเต็ม) หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนระดับพอใช้ ถ้าได้คะแนน 30-89 ($< 60\%$ ของคะแนนเต็ม) ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนระดับไม่เพียงพอ (Indrakamang, 2018)

การแปลผลพฤติกรรมความรอบรู้ แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมตรงกับความจริง น้อยที่สุด ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมตรงกับความจริง น้อย ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมตรงกับความจริง ปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมตรงกับความจริง มาก 4.50 – 5.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมตรงกับความจริง มากที่สุด (Karnnasut, 1999)

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ทั้งแบบสอบถาม มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของข้อคำถามเฉลี่ย เท่ากับ 0.89 ส่วนการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) (Cronbach, 1951) เท่ากับ 0.87

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลแบบ Online Survey โดยการส่งแบบสอบถามออนไลน์ google form ไปยังประชาชนทั่วไป ไปยังตัวแทนแต่ละจังหวัด จากนั้นตัวแทนแต่ละจังหวัดส่งต่อไปยังกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์และการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ภายหลังส่งแบบสอบถามออนไลน์ ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามของแต่ละภาคในทุก ๆ วัน หากได้จำนวนแบบสอบถามครบตามที่กำหนดในแต่ละภาคแล้ว ผู้วิจัยจะยุติการรับแบบสอบถามโดยแจ้งและแสดงความขอบคุณไปยังตัวแทนภาค และตัวแทนจังหวัด

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความเชื่อถือของข้อมูลข่าวสารของประชาชนในกลุ่มวัยทำงาน องค์ประกอบการนำเสนอสื่อและความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด (Min) และค่าสูงสุด (Max) และวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลของปัจจัยส่วนบุคคล การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การรับรู้ข้อมูล ความเชื่อถือของข้อมูลกับระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้ค่าเฉลี่ยในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพล กรอกข้อมูลพร้อมกันทีเดียว กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และจากการทดสอบเบื้องต้นการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normality) ทั้งตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) ตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง (Nonmulticollinearity) และมีความแปรปรวนคงที่ (homogeneity of variance) และค่าความเป็นอิสระจากกันของตัวแปร (Independent) เท่ากับ 1.910

6. จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเทคโนโลยีทาง
การแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก KMPHT-63010008 ลงวันที่ 1 มิถุนายน 2563

ผลการวิจัย

1) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73.60 มีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 57.60 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 59.50 สถานภาพ โสด คิดเป็นร้อยละ 64.00 มีรายได้อยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 52.40 และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 92.80 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับข้อมูลข่าวสารจากการฟัง คิดเป็นร้อยละ 44.20 ช่วงเวลาในการรับข้อมูลข่าวสาร คือ 14.01 – 18.00 น. คิดเป็นร้อยละ 32.30 โดยระยะเวลาที่ใช้ในการรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ประมาณ 1 - 2 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 94.50 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=1,786)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	471	26.40
หญิง	1,315	73.60
อายุ		
<= 20 ปี	158	8.80
21 – 30 ปี	1,029	57.60
31 – 40 ปี	458	25.60
41 – 50 ปี	106	5.90
51 – 60 ปี	35	2.00
$\bar{x}$ = 29.47, SD = 7.41, Min = 18, Max = 59		
การศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	506	28.30
ปริญญาตรี	1,062	59.50
สูงกว่าปริญญาตรี	218	12.20
สถานภาพ		
โสด	1,143	64.00
สมรส	527	29.50

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=1,786)	ร้อยละ
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	116	6.50
รายได้		
ต่ำกว่า 10,000	209	11.70
10,001 – 20,000	935	52.40
20,001 – 30,000	493	27.60
30,001 – 40,000	125	7.00
40,001 – 50,000	12	0.70
มากกว่า 50,000	12	0.70
ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่		
มี	1,658	92.80
ไม่มี	128	7.20
ท่านคิดว่าท่านเป็นคนที่ได้รับข้อมูลข่าวสารประเภทใดมากที่สุด		
จากการอ่าน	368	20.60
จากการฟัง	790	44.20
จากการเขียน	12	0.70
จากการดู	616	34.50
ช่วงเวลาในการรับข้อมูลข่าวสาร		
06.00 – 10.00 น.	336	18.80
10.01 – 14.00 น.	515	28.80
14.01 – 18.00 น.	577	32.30
18.01 – 22.00 น.	344	19.30
22.01 – 02.00 น.	14	0.80
ระยะเวลาที่ท่านใช้ในการรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ(ชม./วัน)		
< 1 ชั่วโมง	5	0.30
1 - 2 ชั่วโมง	1,688	94.50
3 - 4 ชั่วโมง	79	4.40
5 - 6 ชั่วโมง	2	0.10
7 - 8 ชั่วโมง	12	0.70

2) ผลการวิเคราะห์การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร

กลุ่มตัวอย่างมีระดับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อประเภทต่างๆของประชาชนในกลุ่มวัยทำงานในภาพรวมอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.58 ($\bar{x} = 3.58$, S.D.= 0.83) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า สื่อออนไลน์มีค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับมาก เท่ากับ 4.18 ($\bar{x} = 4.18$, S.D. = 0.56) และสื่อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ สื่ออื่นๆ อยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 3.17 ($\bar{x} = 3.17$, S.D. =1.26)

3) ผลการวิเคราะห์การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร

กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อประเภทต่างๆของประชาชนในกลุ่มวัยทำงานในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.71 ($\bar{x} = 3.71$, S.D. =0.83) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า สื่อมวลชนและสื่อบุคคลมีค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับมาก เท่ากับ 4.06 ($\bar{x} = 4.06$, S.D. = 0.61) และสื่อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ สื่ออื่นๆ อยู่ในระดับมาก เท่ากับ 3.61 ($\bar{x} = 3.61$, S.D. =1.08)

4) ผลการวิเคราะห์ความเชื่อถือของข้อมูลข่าวสาร

กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเชื่อถือข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อประเภทต่างๆของประชาชนในกลุ่มวัยทำงานในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.95 ($\bar{x} = 3.95$, S.D. =0.52) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า สื่อบุคคล มีค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับมาก เท่ากับ 4.17 ($\bar{x} = 4.17$, S.D. = 0.53) และสื่อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ สื่ออื่นๆ อยู่ในระดับมาก เท่ากับ 3.70 ($\bar{x} = 3.70$, S.D. =0.94)

5) ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบการนำเสนอสื่อ

กลุ่มตัวอย่างมีระดับการให้ความสำคัญขององค์ประกอบของสื่อนำเสนอ ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของประชาชนในกลุ่มวัยทำงาน ภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.85 ($\bar{x} = 3.85$, S.D = 0.37) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมาก คือ ด้านสื่อที่ใช้ประกอบ เท่ากับ 4.11 ($\bar{x} = 4.11$, S.D. = 0.48) และด้านการส่งมอบ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดแต่อยู่ในระดับมาก เท่ากับ 3.50 ($\bar{x} = 3.50$, S.D. = 0.27)

6) ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองในภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.97 (SD = 0.58) และเพื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในระดับมาก คือ การเข้าถึงข้อมูลและการบริการสุขภาพ เท่ากับ 4.03 (SD = 0.53) รองลงมา คือ ด้านการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เท่ากับ 4.01 (SD = 0.03) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เท่ากับ 3.85 (SD = 0.89) และรองลงมา คือ ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เท่ากับ 3.98 (SD = 0.57) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน
จำแนกรายด้านและรายโดยรวม (n = 1,786)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	$\bar{x}$	SD.	ระดับ
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	4.03	0.53	มาก
ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ	4.00	0.56	มาก
การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้	3.85	0.89	มาก
การตัดสินใจด้านสุขภาพ	3.98	0.57	มาก
การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	4.01	0.53	มาก
การบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ	3.98	0.58	มาก
รวม	3.97	0.58	มาก

กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 119.16 (SD = 17.31) และยังพบว่าประชาชนกลุ่มวัยทำงานร้อยละ 59.8 มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดี รองลงมา คือ ระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 32.2 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (n=1,786)	ร้อยละ
ระดับดี (150-120 คะแนน)	1,068	59.8
ระดับพอใช้ (90-119.99 คะแนน)	575	32.2
ระดับไม่เพียงพอ (30-89.99 คะแนน)	143	8.00
รวม	1,786	100.00

$\bar{x}$ = 119.16, SD. = 17.31, Min = 68.0, Max = 150

7) ผลการวิเคราะห์ทดสอบสมมติฐาน

จากตารางที่ 4 แสดงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในกลุ่มวัยทำงาน พบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมด 25 ตัวแปรสามารถอธิบายความผันแปรของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในกลุ่มวัยทำงานได้ร้อยละ 90.3 ($R^2 = 0.903$, $p = <0.001$) ตัวแปรที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนาย 0.1846 โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ องค์ประกอบของสื่อนำเสนอ ด้านเนื้อหา ($\beta = 0.70$) ตัวแปรย่อยรายได้มากกว่า 50,000 บาท ($\beta = -0.50$) การรับรู้ข้อมูลจากสื่อมวลชน ($\beta = 0.21$) ส่วนตัวแปรที่มีอิทธิพลน้อยที่สุด 5 อันดับแรก คือ การเข้าถึงข้อมูลจากสื่อบุคคล ($\beta = -0.05$) ตัวแปรย่อยช่วงเวลาในการรับข้อมูลข่าวสาร 06.00-10.00 น. ($\beta = 0.05$)

ปัจจัยเชิงบวกที่มีอิทธิพลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในกลุ่มวัยทำงาน ได้แก่ องค์ประกอบของสื่อนำเสนอ ได้แก่ เนื้อหา ($\beta = 0.709$) รับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อมวลชน ($\beta = 0.218$) สื่อ

ออนไลน์ ($\beta=0.121$) ความเชื่อถือข้อมูลข่าวสารจากสื่ออื่นๆ เช่น นิทรรศการ ($\beta= 0.117$) และสื่ออื่นๆ ($\beta=0.086$) เช่น งานนิทรรศการ วิดีโอ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ($\beta=0.073$) รายได้มากกว่า 50,000 บาท ($\beta=0.052$) ช่วงเวลาในการรับข้อมูลข่าวสาร 06.00-10.00 น. ($\beta= 0.058$)

ปัจจัยที่มีผลทางลบต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพตัวเองของประชาชนในกลุ่มวัยทำงาน ได้แก่ สื่อที่ใช้ประกอบ ($\beta=-0.123$) การส่งมอบ ($\beta=-0.088$) ความเชื่อถือข้อมูลข่าวสารจากสื่อบุคคล ($\beta=-0.082$) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารจากสื่ออื่นๆ ($\beta=-0.068$) เช่น โปสเตอร์ วิดีโอ

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพตัวเองในกลุ่มวัยทำงานที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($n=1,786$)

ตัวแปร	B	SE	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	-0.303	0.116	-	-2.604	0.009
รายได้ > 50,000 บาท (รายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท)	0.370	0.070	0.052	5.251	<0.001*
ช่วงเวลาในการรับข้อมูลข่าวสาร 06.00 -10.00 น. (14.01 -18.00 น.)	0.086	0.015	0.058	5.861	<0.001*
องค์ประกอบของสื่อนำเสนอ เนื้อหา (Content)	1.109	0.052	0.709	21.147	<0.001*
สื่อที่ใช้ประกอบ (Visual)	-0.147	0.025	-0.123	-5.867	<0.001*
การส่งมอบ (Delivery)	-0.185	0.033	-0.088	-5.707	<0.001*
การเข้าถึงข้อมูลจากสื่อออนไลน์	0.076	0.012	0.073	6.271	<0.001*
การเข้าถึงข้อมูลจากสื่ออื่นๆ	-0.031	0.010	-0.068	-3.037	<0.001*
การรับรู้ข้อมูลจากสื่อมวลชน	0.152	0.014	0.218	10.667	<0.001*
การรับรู้ข้อมูลจากสื่อออนไลน์	0.116	0.017	0.121	6.877	<0.001*
การรับรู้ข้อมูลจากสื่ออื่นๆ	0.046	0.013	0.086	3.471	<0.001*
ความเชื่อถือข้อมูลจากสื่อบุคคล	-0.090	0.018	-0.082	-4.953	<0.001*
ความเชื่อถือข้อมูลจากสื่ออื่นๆ	0.071	0.013	0.117	5.424	<0.001*
R = .950 R ² = .903 adj. R ² = .898 df = 85, 1700 F = 185.185*** SE _{est} = .18460 p - value = <.001					

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองในกลุ่มวัยทำงานอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Waraphok, Ratinthorn & Limruangrong (2020) ที่พบว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพของมารดาในระดับสูง แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลตัวเองในระดับดี มีความสามารถในการ

การเข้าถึง รับรู้และนำข้อมูลไปใช้เพื่อนำไปสู่สุขภาวะที่ดี ขณะที่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Thuchanok Khumthong, Wilaporn Phothisiri & Khanmuang Kaedumkoeng (2016) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในกลุ่มวัยทำงาน ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล คือ รายได้ ช่วงเวลาในการรับข้อมูลข่าวสาร 06.00-10.00 น. 2) องค์ประกอบของสื่อนำเสนอ คือ ด้านเนื้อหา (content) ด้านสื่อที่ใช้ประกอบ (Visual) ด้านการส่งมอบ (Delivery) 3) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารโดยผ่านสื่อมวลชน (วิทยุ หนังสือพิมพ์) สื่อออนไลน์ (อินเทอร์เน็ต โลก ทีวีเตอร์) สื่ออื่นๆ (งานนิทรรศการ วีดิโอ) 4) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารโดยผ่านทางสื่อออนไลน์ (ไลน์ ทีวีเตอร์ และอินสตราแกรม) และสื่ออื่นๆ (โปสเตอร์ วีดิโอ) 5) ความเชื่อถือข้อมูลสื่ออื่นๆ (นิทรรศการ) และสื่อบุคคล

ด้านเนื้อหาที่มีอิทธิพลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในกลุ่มวัยทำงาน เจริญบวกร อธิบายได้ว่า หากประชาชนได้รับข้อมูลเนื้อหาที่ถูกต้องครอบคลุมมากเพียงใดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพยิ่งเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลจะสามารถนำองค์ความรู้ไปใช้ได้ เนื้อหาที่มีความสำคัญมากที่สุด หากข้อมูลข่าวสารเนื้อหาไม่ถูกต้อง เข้าใจยาก ปริมาณเนื้อหาไม่เพียงพอ ไม่มีความทันสมัยจะส่งผลกระทบต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้รับข้อมูล (Pawan, Boonchuatanasit, Polrajam, Sukolpak, Thomyasirikul & Prommayon, 2016) รายได้มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในกลุ่มวัยทำงานในเชิงบวก คนที่มีรายได้มากอาจมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูงเมื่อเทียบกับผู้ที่มีรายได้น้อย ซึ่งสอดคล้องกับของ Waraphok, Ratinthorn & Limruangrong (2020) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีรายได้ครอบคลุมสูงจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง ส่วนการรับรู้ข้อมูลจากสื่อมวลชน สื่อออนไลน์ และสื่ออื่นๆ ความเชื่อถือข้อมูลจากสื่ออื่นๆ การเข้าถึงข้อมูลจากสื่อออนไลน์ ทั้ง 3 ปัจจัยมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในการดูแลตัวเองในกลุ่มทำงาน โดยผู้ที่มีการรับรู้ข้อมูลจากสื่อมวลชน เช่น โทรทัศน์ วิทยุ นิตยสาร/วารสาร สื่อออนไลน์ เช่น อินเทอร์เน็ต โลก ทีวีเตอร์ อินสตราแกรม สื่ออื่นๆ เช่น วีดิโอ นิทรรศการ เอกสารต่างๆ เป็นประจำย่อมทำให้เป็นผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีไปด้วย จากการศึกษาของ Jomkham (2018) พบว่า เจนเนอเรชันวายมีพฤติกรรมบริโภคเนื้อหา 3 รูปแบบแรก ได้แก่ วีดิโอ รูปภาพ และอินโฟกราฟฟิก และ 3 อันดับแรกที่เจนเนอเรชันวายเลือกบริโภค ได้แก่ สื่อประเภทอิเล็กทรอนิกส์ สื่อสิ่งพิมพ์ และสื่อออนไลน์ สื่อที่ถูกบริโภคมากที่สุดคือ สื่อออนไลน์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pawan, Boonchuatanasit, Polrajam, Sukolpak, Thomyasirikul & Prommayon (2016) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพจากแหล่งข้อมูล 5 อันดับแรก ได้แก่ 1) โทรทัศน์/เคเบิลทีวี 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3) อาสาสมัครสาธารณสุข 4) เพื่อน/ญาติ /คนในครอบครัว และ 5) อินเทอร์เน็ต จากการศึกษาพบว่า ความเชื่อถือข้อมูลและการเข้าถึงข้อมูลจากสื่อบุคคล มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพแต่เป็นไปในเชิงลบ อาจเป็นเพราะสื่อบุคคลอาจส่งมอบข้อมูลข่าวสารที่ไม่น่าเชื่อถือ ไม่น่าเชื่อถือ หรือวิธีการถ่ายทอดไม่เหมาะสมส่งผลให้ผู้ข้อมูลสับสน ไม่สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Khumthong, Potisiri & Kaedumkoeng (2016) ที่พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครอบครัว ญาติและเพื่อนเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

ด้านองค์ประกอบของสื่อแนะนำเสนอ ด้านสื่อที่ใช้ประกอบและด้านการส่งมอบ มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในเชิงลบ ความพอดีของสื่อประกอบเป็นสิ่งสำคัญ หากไม่ดึงดูดความสนใจ เนื้อหามากเกินไป ทำให้ผู้รับข้อมูลจากสื่อไม่น่าสนใจ ข้อมูลดังกล่าว นอกจากนี้การออกแบบการนำเสนอ ถ้าไม่เน้นประเด็นที่ต้องการสื่อ ทั้งนี้รวมถึงน้ำเสียง ท่าทาง ภาษากายของผู้นำเสนอไม่เหมาะสม อาจส่งผลต่อประสิทธิภาพการรับรู้ข้อมูลได้ (Khoponklang, 2015)

ช่วงเวลาในการรับข้อมูลข่าวสาร 06.00-10.00 น. มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง ประชาชน อาจอธิบายได้ว่า หากประชาชนได้รับข้อมูลในช่วงเวลาดังกล่าว จะทำให้ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่บุคคลรับข้อมูลข่าวสารและสามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเอง หรือนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้มาก การศึกษานี้มีข้อจำกัดในเรื่องกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในวัย 21-30 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มวัยทำงานที่สามารถเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศได้ดีและยินดีตอบคำถามวิจัยมากกว่าช่วงวัยอื่น จึงทำให้ตัวอย่างที่ได้ อาจไม่สามารถเป็นตัวแทนกลุ่มตัวอย่างที่ดีได้

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามออนไลน์แบบ google form ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าถึงและสมัครใจยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการอาจไม่ได้เป็นตัวแทนของประชากรที่ดี
2. การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2563- มีนาคม 2564 ซึ่งผลการศึกษาอาจจะเหมือนหรือแตกต่างจากการศึกษาอื่นๆ
3. การวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะปัจจัยส่วนบุคคล การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความเชื่อถือของข้อมูลข่าวสาร และองค์ประกอบของสื่อแนะนำเสนอ ไม่ได้ศึกษาปัจจัยหลักและปัจจัยร่วมอื่นๆ เช่น ปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอกที่อาจส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในกลุ่มวัยทำงาน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองของประชาชนเชิงบวกและมีความสำคัญมากที่สุดคือ องค์ประกอบของสื่อแนะนำเสนอ ได้แก่ เนื้อหา รองลงมา คือ การรับรู้ข้อมูลจากสื่อมวลชน การรับรู้ข้อมูลจากสื่อออนไลน์ ความเชื่อถือจากสื่ออื่นๆ เช่น นิทรรศการ และอินเทอร์เน็ต ผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานประชาสัมพันธ์ด้านสุขภาพจึงควรจัดทำสื่อที่มีคุณภาพ มีความถูกต้องเพื่อให้ข้อมูลด้านสุขภาพทางสื่อมวลชนออนไลน์ ให้มากขึ้น เพื่อเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงานเป็นเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุให้เกิดโรคในอนาคต
2. จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองของประชาชนเชิงลบและมีความสำคัญสำหรับองค์กร/หน่วยงานด้านสาธารณสุขสามารถนำไปพัฒนาปรับปรุงได้ คือ สื่อที่ใช้ประกอบ รองลงมา คือ ด้านการส่งมอบข้อมูล ผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานประชาสัมพันธ์ด้านสุขภาพจึงควรแก้ปัญหาโดยการปรับกลวิธีให้สุขศึกษาแก่ประชาชนโดยเพิ่มความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ในการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อดูแลตัวเองของประชาชนในเรื่องของความเหมาะสมของสื่อที่ให้ความรู้ การเพิ่มประสิทธิภาพการส่งมอบข้อมูลข่าวสารไปยังผู้รับสาร ควรเป็นสื่อที่กระชับ ไม่ยืดเยื้อ น่าสนใจ เหมาะกับกลุ่มวัย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในเชิงวิจัยเชิงคุณภาพหรือเชิงผสมผสานเพื่อให้ได้ทราบข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของประชาชนในกลุ่มวัยทำงาน เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปแก้ไขปัญหามาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อดูแลตนเองของประชาชนในกลุ่มวัยทำงาน
2. ควรศึกษาปัจจัยหลักและปัจจัยร่วมอื่นๆ เช่น ปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอกที่อาจส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในกลุ่มวัยทำงาน

References

- Bureau of Non-Contagious Diseases. (2015). *Integrated Health Service Management Manual "Working Age Group" 2015*. Bangkok. Department of Disease Control. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16 (3), 297-334.
- Congressional Budget Office. (2018). *Congressional Budget Office Academic Report No. 7/2017 Expenditure budget burden for the health service system*. Office of the Secretary-General of the House of Representatives. Congressional estimates office. (in Thai)
- Electronic Transactions Development Agency (Public Organization). (2016). *Report results of Explore internet user behavior in Thailand*. Retrieved from [abc \(etda.or.th\)](http://abc.etda.or.th). (in Thai)
- Health Education Division Department of Health Service Support Ministry of Public Health. (2018). *Assessment and strengthening the health literacy and health behavior among teenage and adult aged 15 years and over population*. Health Education Division, Department of Health Service Support Ministry of Public Health, Bangkok
- Indrakamhang, A. (2018). *Creating and developing health awareness tools for Thai people*. . Nonthaburi. Department of Health Services Support, Ministry of Public Health. (in Thai)
- International Health Policy Development Agency. (2012). *Thailand's Disease and Injury Burden Report 2009*. Nonthaburi: The Graphico Systems Co., Ltd. (in Thai)
- Jomkham, K. (2018). Study of media consumption habits of Generation Y. Master of Communication Arts Program in Strategic Communication. Bangkok University. (in Thai)
- Karnsut, P. (1999). *Statistics for Behavioral Science Research*. 3rdEd. Publisher of Chulalongkorn University. (in Thai)
- Khoponklang, N. (2015). Capabilities Development of Local Media for Health Communication in Northeastern Rural. *Suranaree Journal Social Science*. 9(2): 61-77. (in Thai)
- Khumthong, T., Potisiri, W & Kaedumkoeng, K. (2016). Factors Influencing Health Literacy for people at risk of Diabete Mellitus and Hypertension of UthaiThani and Ang Thong. *Veridian E- Journal, Science and Technology Silpakorn University*. 3(6): 67-85. (in Thai)
- Nilnate, W. (2014). *Health literacy in Thai elders in senior citizens club of Bangkok* (Doctoral of Philosophy). Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand.
- Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. (2018). *Public Health Statistics A.D. 2018*. Nonthaburi. Ministry of Public Health. (in Thai)

- Office of Risk Communication and Health Behavior Development in collaboration with Indrakamang, A. (2019). *Report on the assessment of health awareness of disease prevention under the District's Operational Model Development Program for Health and Behavioral Prevention*. Nonthaburi: Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Public Health System Research Institute Office of the National Health Commission. (2012). *Report subject Analysis of the current situation of health promotion system according to the National Health System 2009 and future trends*. Retrieved from: Microsoft Word - Situation of Health Promotion System_Aug56 _2_.docx (ihppthaigov.net). (in Thai)
- Pawan, W., Boonchuatanasit, K., Polrajam, J., Sukolpak, M., Thomyasirikul, S. & Prommayon, C. (2016). *Information Awareness Assessment Knowledge Health behavior and image of the Department of Disease Control 2016*. Department of Disease Control. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Srithanee, K. (2017). Relationship between health literacy and quality of the elderly's life at the central part of the North-East Thailand. *Journal of health system research*, 11(1), 26-36.
- Waraphok, S., Ratinthorn, E. & Limruangrong, P. (2020). Factors influencing maternal health awareness in pregnant women. *Nursing Council Journal*, 35 (1): 86-98. (in Thai)

นิพนธ์ต้นฉบับ

การประเมินปริมาณรังสีที่ผิวหนังผู้ป่วยได้รับจากการถ่ายภาพเอกซเรย์ Assessment of Entrance Skin Dose for Patients Undergoing Radiography

Received: April 24, 2020

Accepted: Nov. 15, 2021

Published: Dec. 15, 2021

บุญเสริม เนยสูงเนิน¹ เจษฎา ตันหนูช²

¹ภาควิชารังสีเทคนิค คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

²สาขาวิชาคณิตศาสตร์ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

Boonserm Nerysungnoen¹, Jessada Tanthanuch²

¹ Department of Radiological Technology, Faculty of Allied Health Sciences, Thammasat University

²School of Mathematics, Institute of Science, Suranaree University of Technology

บทคัดย่อ

รังสีเอกซ์ถูกนำมาใช้ถ่ายภาพเอกซเรย์ผู้ป่วยเพื่อวินิจฉัยโรคแต่ในขณะถ่ายภาพเอกซเรย์ผู้ป่วยจะได้รับรังสีไปด้วย เพราะรังสีเอกซ์สำหรับแต่ละเครื่องเอกซเรย์มีปริมาณและคุณภาพที่ต่างกัน จึงมีความสำคัญยิ่งสำหรับนักรังสีการแพทย์ที่จะเป็นผู้ตั้งค่าการให้ปริมาณรังสีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่เข้ามารับการถ่ายภาพเอกซเรย์ วิธีการของ IAEA Technical Reports Series No. 457 สำหรับประเมินปริมาณรังสีที่ผิวหนังผู้ป่วยได้รับจากการถ่ายภาพเอกซเรย์มีขั้นตอนเริ่มจากการวัดค่า X-ray tube output ของเครื่องเอกซเรย์แล้วประมาณค่าเส้นแนวโน้มจากความสัมพันธ์ของค่า kVp กับ ค่า X-ray tube output เพื่อให้ได้ตัวแบบสำหรับการคำนวณค่า X-ray tube output ที่ kVp ต่าง ๆ หลังจากนั้นคำนวณ ค่า Entrance Surface Air Kerma จากข้อมูลการตั้งค่าเทคนิค ได้แก่ ค่า kVp, mAs, FOD และความหนาของผู้ป่วย วิธีการนี้สามารถนำไปใช้ประเมินปริมาณรังสีที่ผิวหนังผู้ป่วยในท่าต่าง ๆ เพื่อเป็นปริมาณรังสีอ้างอิงสำหรับเครื่องเอกซเรย์แต่ละเครื่อง มีประโยชน์เพื่อใช้สำหรับควบคุมปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับ

คำสำคัญ: ปริมาณรังสีที่ผิวหนังผู้ป่วย, การถ่ายภาพเอกซเรย์, ไอเออีเอ รายงานทางเทคนิคชุดที่ 457

Corresponding author: บุญเสริม เนยสูงเนิน E-mail: boonserm.n@allied.tu.ac.th

*Original article***Abstract***Received: April 24,2020**Accepted: Nov. 15,2021**Published: Dec. 15,2021*

Medical providers use x-rays on patients to diagnose diseases; however, the patients undergoing x-rays will be exposed to radiation. Since X-rays of each machine are different in quantity and quality, it is very important for radiological technologists to calibrate the exposure technique properly for each patient undergoing radiography. Technologists can use the International Atomic Energy Agency (IAEA) Technical Reports Series No. 457 method to evaluate the patient skin dose receiving from x-ray examination. The process begins with the X-ray tube output measurement of the X-ray machine. Then one estimates the trend line from the relationship of kilovoltage peak (kVp) and X-ray tube output. The result is a model for calculating X-ray tube output as function of various kVp. After that, one can calculate the Entrance Surface Air Kerma value from the technical setting data from kVp, milli-ampere-second (mAs), focus-to-object distance (FOD), and patient thickness. This method can be used to assess the amount of radiation for patient skin dose in different positions, which can be used as the reference dose for each X-ray machine. The benefit of developing this method is that it can be used to control the amount of radiation that the patients receive.

Keywords: Entrance skin dose, radiography, IAEA Technical reports series No. 457

Corresponding author: Boonserm Nerysunghoen E-mail: boonserm.n@allied.tu.ac.th

บทนำ

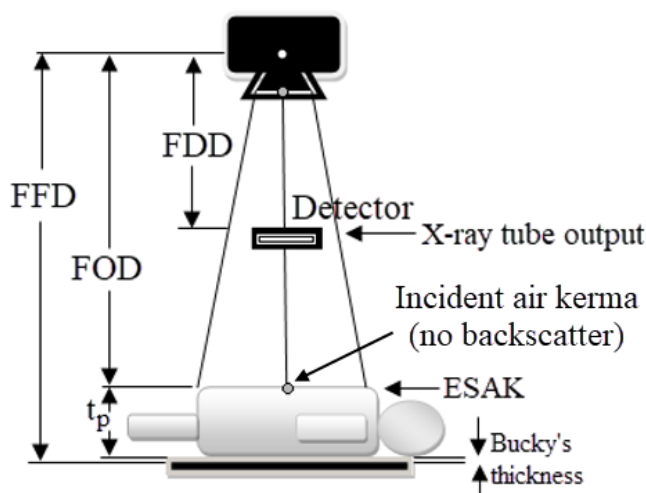
รังสีเอกซ์ (X-ray) ถูกนำมาใช้ถ่ายภาพเอกซเรย์ผู้ป่วย เพื่อช่วยให้การวินิจฉัยโรคทำได้แม่นยำ สามารถมองเห็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วยได้จากภาพเอกซเรย์ โดยไม่ต้องทำการผ่าตัดและส่งผลดีต่อการรักษา แต่ในขณะที่ทำการถ่ายภาพด้วยรังสีเอกซ์เพื่อให้ได้ภาพเอกซเรย์สำหรับการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยที่ได้รับการถ่ายภาพเอกซเรย์จะได้รับปริมาณรังสีในบริเวณที่ถูกเอกซเรย์ เช่น ผิวหนังในส่วนที่ได้รับการฉายรังสีเอกซ์ หรืออวัยวะที่รังสีเอกซ์ทะลุผ่าน ปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับจะมีผลโดยตรงกับการเกิดผลทางชีววิทยาอันเนื่องมาจากการได้รับรังสี โดยทบวงการพลังงานปรมาณูระหว่างประเทศ (International Atomic Energy Agency: IAEA) ได้เสนอแนะปริมาณรังสีจากการถ่ายภาพรังสีและวิธีการสำหรับประเมินปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับ (IAEA, 1996) เนื่องจากปริมาณรังสีเอกซ์ของแต่ละเครื่องจะมีปริมาณและคุณภาพที่แตกต่างกัน จึงมีความสำคัญยิ่งสำหรับนักรังสีการแพทย์ที่จะเป็นผู้ตั้งค่าการให้ปริมาณรังสีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่เข้ามารับการถ่ายภาพเอกซเรย์

ผลการศึกษาของ Atchara Promduang et al. (2019) ได้ศึกษา A Study of Entrance Surface Air Kerma for Patients Undergoing Chest and Abdomen from Digital Radiography at Chulabhorn Hospital จากการศึกษาค่า ESAK (Entrance Surface Air Kerma) ตามวิธีการของ IAEA Technical Reports Series No. 457 พบว่าค่า ESAK เฉลี่ย จากการถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอกท่า PA (Posteroanterior) ของผู้ป่วยเพศหญิง 0.08 mGy และของผู้ป่วยเพศชาย 0.09 mGy และจากการถ่ายภาพเอกซเรย์ช่องท้องท่า AP (Anteroposterior) ของผู้ป่วยเพศหญิง 0.98 mGy และของผู้ป่วยเพศชาย 1.06 mGy (Promduang, Pongnapang, Ritlumlert, Tangruangkiat & Phonlakrai, 2019) และ ผลการศึกษา Assessment of ESAK and ED for Adult's Patients Examined by Computed Radiography จากการศึกษาค่า ESAK ตามวิธีการของ IAEA Technical Reports Series No. 457 ในท่าการตรวจเอกซเรย์ท่าต่าง ๆ ได้แก่ Skull (AP) 0.88-3.30 mGy, Skull (Lateral) 0.59-1.87 mGy, Chest PA 0.03-2.00 mGy, Lumbar spine AP 1.50-3.40 mGy, Lumbar spine (Lateral) 2.60-5.15 mGy และ Pelvis AP 1.05-4.40 mGy (Alameen, Badrey, Abdullateef & Ahmed, 2016)

Uniyal et al ได้ ศึกษา Estimation of entrance surface air kerma due to diagnostic X-ray examinations of adult patients in Uttarakhand, India and establishment of local diagnostic reference levels ศึกษาค่า ESAK ตามวิธีการของ IAEA Technical Reports Series No. 457 ในท่าการตรวจเอกซเรย์ท่าต่าง ๆ ได้แก่ Chest PA, Cervical spine AP, Skull PA, Abdomen AP, KUB (kidney, ureter and bladder), Lumbar spine AP and Lateral, Pelvis AP, Thoracic spine AP และ Thoracic spine Lateral (Uniyal, Chaturvedi, Sharma & Raghuvanshi, 2017) และ วิชัย วิษารัตระกุล และคณะ (2553) ได้ศึกษา ปริมาณรังสีที่ผิวหนังของผู้ป่วยที่ได้รับจากการถ่ายภาพรังสีทรวงอกในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น กล่าวว่า ปริมาณรังสีที่ผิวหนังผู้ป่วย จากการตั้งเทคนิคการฉายรังสีสำหรับผู้ป่วยในการตรวจวินิจฉัยทรวงอก มีค่าเฉลี่ยและเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 เท่ากับ 0.2 และ 0.23 mGy ซึ่งไม่เกินค่าปริมาณรังสีอ้างอิงค่ามาตรฐาน IAEA (Witchathorntrakun, Wongsanon & Kheonkaew, 2010) นอกจากนี้ ศักดิ์ชัย ศิริปรีชากุล (2555) ได้ศึกษา การศึกษาปริมาณรังสีที่ผิวของผู้ป่วยที่ได้รับจากการถ่ายภาพรังสีทรวงอกในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ กล่าวว่า ผลการวัดปริมาณรังสีที่ผิวทางเข้าผู้ป่วย โดยวัดบนหุ่นจำลองส่วนร่างกายบริเวณทรวงอกด้วยเครื่องวัดรังสี UNFORS กลุ่มที่ 1 ใช้ค่าความต่างศักย์ที่จ่ายให้กับหลอด

เอกซเรย์ตั้งแต่ 75 (68-82) kVp และค่ากระแสหลอดคูณกับเวลาอยู่ในช่วง 15 (10-20) mAs ปริมาณรังสีที่ผิวทางเข้าผู้ป่วยบริเวณทรวงอก มีค่าเฉลี่ยและเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 เท่ากับ 0.178 และ 0.220 mGy ตามลำดับ ผลการวัดปริมาณรังสีในกลุ่มที่ 2 ใช้ค่าความต่างศักย์ที่จ่ายให้กับหลอดเอกซเรย์ตั้งแต่ 89 (82-96) kVp และค่ากระแสหลอดคูณกับเวลาอยู่ในช่วง 5 (2-8) mAs ปริมาณรังสีที่ผิวทางเข้าผู้ป่วยบริเวณทรวงอกมีค่าเฉลี่ยและเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 เท่ากับ 0.089 และ 0.123 mGy ตามลำดับ (Siripreeshakul, 2012)

เทคนิคการวัดค่าปริมาณรังสีตาม IAEA Technical Reports Series No. 457 เมื่อ Incident air kerma หรือ Air kerma เป็นผลลัพธ์ที่ได้จากการหารผลรวมของ Kinetic energies ของ Charged particles ทั้งหลายที่เกิดจากการชนกับตัวกลางที่มีมวลเป็น kg ในอากาศจากลำแสงเอกซเรย์ที่ถูกวัดที่แนวกึ่งกลางของลำแสงที่ตำแหน่งผิวของผู้ป่วยหรือผิวของแฟนทอม (Phantom) แสดงดังภาพที่ 1 ซึ่งค่า Incident air kerma ไม่ได้นำ Backscatter มาเกี่ยวข้อง (IAEA, 2007)



ภาพที่ 1 ตำแหน่งการวัดปริมาณรังสี

จากภาพที่ 1 แสดงการวัดปริมาณรังสีจากเครื่องเอกซเรย์ โดยตัวตรวจหา (Detector) หรือหัววัดรังสีต้องตั้งฉากกับแนวลำรังสี การวัดปริมาณรังสีจะวัดที่ระยะเอฟดีดี (FDD: Focus to detector distance) ซึ่งเป็นระยะจากจุดโฟกัส (Focal spot) ของหลอดเอกซเรย์ถึงหัววัดรังสี วัดที่ระยะเอฟโอดี (FOD: Focus to object distance) ซึ่งเป็นระยะจาก Focal spot ของหลอดเอกซเรย์ถึงวัตถุหรือผู้ป่วย และวัดที่ระยะเอฟเอฟดี (FFD: Focus to film distance) ซึ่งเป็นระยะจาก Focal spot ของหลอดเอกซเรย์ถึงฟิล์มหรือแผ่นรับสัญญาณภาพเอกซเรย์ โดย t_p คือ ความหนาของผู้ป่วยและ Bucky's thickness เป็นระยะระหว่างผู้ป่วยกับฟิล์มหรือแผ่นรับสัญญาณภาพเอกซเรย์ (IAEA, 2007)

ระยะทางที่ห่างจากจุดกำเนิด (Source) รังสีจะมีความเข้มของปริมาณรังสีเป็นไปตามกฎกำลังสองผกผัน (Inverse square law) โดยความเข้มของรังสีแปรผกผันกำลังสองของระยะทางดังสมการ (Bushong, 2017)

$$\frac{I_1}{I_2} = \frac{D_2^2}{D_1^2}$$

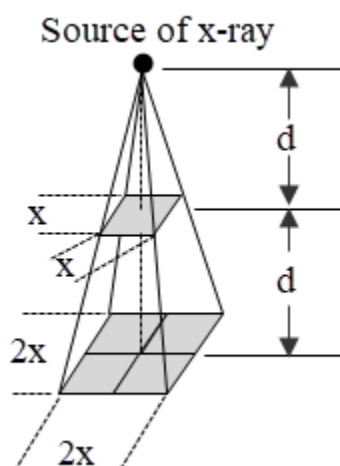
เมื่อ

I_1 = ความเข้มของรังสีที่จุดอ้างอิงที่ 1

I_2 = ความเข้มของรังสีที่จุดอ้างอิงที่ 2

D_1 = ระยะทางจากจุดกำเนิดรังสีถึงจุด d

D_2 = ระยะทางจากจุดกำเนิดรังสีถึงจุด 2d



ภาพที่ 2 แสดงความเข้มของรังสีตามกฎกำลังสองผกผัน

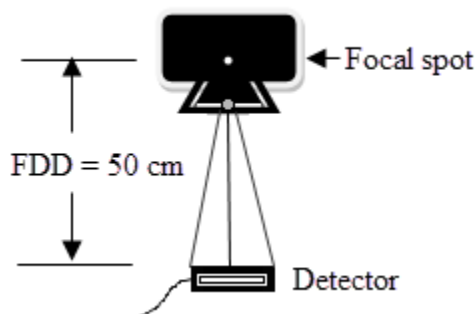
จากภาพที่ 2 ถ้าความเข้มของรังสีที่จุดอ้างอิงที่ 1 มีความเข้มของรังสีเท่ากับ 1 และระยะห่างจากจุดกำเนิดรังสีเท่ากับ d หากจุดอ้างอิงที่ 2 มีระยะห่างจากจุดกำเนิดรังสีเท่ากับ $2d$ ดังนั้น ความเข้มของรังสีที่จุดอ้างอิงที่ 2 คือ

$$I_2 = \frac{I_1 D_1^2}{D_2^2} = \frac{1 \times (d)^2}{(2d)^2} = \frac{1}{4}$$

จากการแทนค่าที่กำหนดให้ และคำนวณตามสมการได้ความเข้มของรังสีที่จุดอ้างอิงที่ 2 คือ $\frac{1}{4}$ ซึ่งเป็นไปตามกฎกำลังสองผกผัน

Entrance surface air kerma (ESAK) เป็น Kerma ในอากาศจากลำแสงเอกซที่ถูกวัดที่แนวกึ่งกลางของลำแสงที่ตำแหน่งผิวของผู้ป่วยหรือผิวของแพนทอม ซึ่งค่า ESAK ได้นำ Backscatter มาคำนวณด้วย (IAEA, 2007)

X-ray tube output เป็นผลลัพธ์ที่ได้จากการหารของ Air kerma ที่ระยะทางระยะหนึ่งจากจุดโฟกัสของหลอดเอกซเรย์ด้วย Tube current-exposure time product หรือ mAs (IAEA, 2007)



ภาพที่ 3 แผนภาพการวัดค่า X-ray tube output ของเครื่องเอกซเรย์

การวัดค่า X-ray tube output (IAEA, 2007) ของเครื่องเอกซเรย์ (ภาพที่ 3) ทำการวัดด้วยหัววัดรังสีที่ระยะเอฟดีดีหรือระยะจากจุด focal spot ถึง detector เช่น วัดที่ 50 cm โดยวางหัววัดรังสีตั้งฉากและตรงศูนย์กลางของแนวลำรังสีเปิด Field size 10 cm x 10 cm หรือให้คลุมบริเวณส่วนตอบสนองของหัววัดรังสีของเครื่องวัด ตั้งค่าเอกซโพเชอร์ (exposure) เช่น 50kVp 10mAs, 60kVp 10mAs, 70kVp 10mAs, 80kVp 10mAs, 90kVp 10mAs, และ 100kVp 10mAs ทำการ expose 3 ครั้ง ทุกค่า exposure เพื่อคำนวณค่า air kerma ($K(d)$) (IAEA, 2007) ดังสมการ

$$K(d) = \overline{M} N_{K,Q} K_Q K_{t,p}$$

เมื่อ

$K(d)$ คือค่า air kerma มีหน่วย mR หรือ mGy

$\overline{M}$ เป็นค่าเฉลี่ยของค่า dosimeter reading มีหน่วย mR หรือ mGy

$N_{K,Q}$ หรือค่า CF คือค่า calibration factor ของ dosimeter ซึ่งได้มาจากการสอบเทียบมาตรฐาน

K_Q เป็นค่าแก้ความแตกต่างในการตอบสนองของ dosimeter (≈ 1)

$K_{t,p}$ เป็นค่าแก้อุณหภูมิและความดันนิยามโดย

$$K_{t,p} = \left(\frac{273.2 + T}{273.2 + T_0} \right) \left(\frac{P_0}{P} \right) \text{ เมื่อ } T_0 = 20^\circ\text{C}, P_0 = 101.3 \text{ kPa}$$

เมื่อ T แทนอุณหภูมิ ($^\circ\text{C}$) และ P แทนความดัน (kPa)

ตัวอย่างการคำนวณค่าแก้อุณหภูมิและความดัน จากสภาพแวดล้อมของห้องเอกซเรย์ เช่น ห้องเอกซเรย์อุณหภูมิ 25.6°C ความดันบรรยากาศ 99.0 kPa มีดังนี้

$$K_{t,p} = \left(\frac{273.2 + 25.6}{273.2 + 20} \right) \left(\frac{101.3}{99.0} \right) \approx 1.0428$$

ดังนั้นค่าแก้อ่อนทรมานและความดันเท่ากับ 1.0428 อย่างไรก็ตามหาก dosimeter สามารถใส่ค่าแก้ได้ ก็ไม่จำเป็นต้องคำนวณ

ค่า Calibration factor ของ dosimeter ซึ่งได้มาจากการสอบเทียบมาตรฐานที่ห้องปฏิบัติการวัดรังสีมาตรฐานทุติยภูมิ (Secondary Standard Dosimetry Laboratory, SSDL) หากสมมติให้เท่ากับ 0.98 จะสามารถหาค่า Air kerma ได้ดังที่ปรากฏในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่า Air kerma

kVp	mAs	Output (mGy)				$N_{K,Q}$	K_Q	$K_{t,p}$	Air kerma (mGy)
		ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ค่าเฉลี่ย				
50	10	0.7884	0.7941	0.7897	0.7907	0.98	1	1.0428	0.8081
60	10	1.1855	1.1918	1.1894	1.1889	0.98	1	1.0428	1.2150
70	10	1.6337	1.6405	1.6387	1.6376	0.98	1	1.0428	1.6736
80	10	2.0235	2.0312	2.0272	2.0273	0.98	1	1.0428	2.0718
90	10	2.5153	2.5231	2.5184	2.5189	0.98	1	1.0428	2.5742
100	10	2.9148	2.9214	2.9186	2.9183	0.98	1	1.0428	2.9823

การคำนวณค่า X-ray tube output หรือ $Y(d)$ ได้จากค่า air kerma หารด้วย mAs ดังสมการ

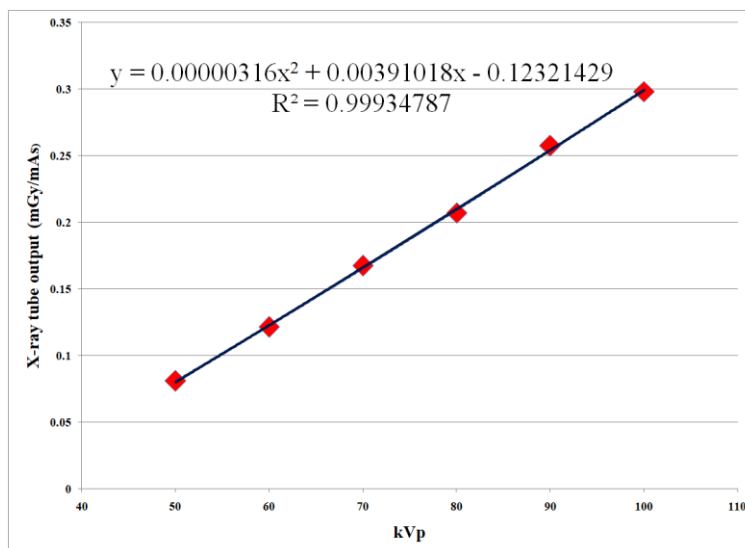
$$Y(d) = \frac{K(d)}{mAs}$$

ดังนั้นจะสามารถหาค่า X-ray tube output ได้ดังที่ปรากฏในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่า X-ray tube output ของเครื่องเอกซเรย์

kVp	mAs	ค่า Air kerma (mGy)	X-ray tube output (mGy/mAs)
50	10	0.8081	0.0808
60	10	1.2150	0.1215
70	10	1.6736	0.1674
80	10	2.0718	0.2072
90	10	2.5742	0.2574
100	10	2.9823	0.2982

การประมาณค่าเส้นแนวโน้มจากความสัมพันธ์ของ ค่า kVp กับ ค่า X-ray tube output โดยใช้พหุนามการถดถอยอันดับสอง (Polynomial regression order 2) และค่า R^2 ของสมการดังกล่าว (ค่า R square ที่ใกล้เคียงกับ 1 แสดงความแม่นยำของการประมาณค่าสมการที่ได้) สามารถพิจารณาได้จากภาพที่ 4.



ภาพที่ 4 กราฟประมาณค่าเส้นแนวโน้มจากความสัมพันธ์ของ kVp กับ X-ray tube output

จากข้อมูลข้างต้นทำให้ได้ตัวแบบ (Model) สำหรับคำนวณค่า X-ray tube output ที่ kVp ต่าง ๆ ที่ใช้ในการถ่ายภาพรังสีผู้ป่วยดังนี้

$$X\text{-ray tube output} = 0.00000316 \text{ kVp}^2 + 0.00391018 \text{ kVp} - 0.12321429$$

การคำนวณค่าปริมาณรังสีที่ผิวหนังผู้ป่วยได้รับ หรือ ESAK (IAEA, 2007) สามารถคำนวณได้ดังสมการ

$$ESAK = Y(d) \times mAs \times \left(\frac{FDD}{FOD} \right)^2 \times BSF$$

เมื่อ

ESAK คือ Entrance Surface Air Kerma (mGy)

$Y(d)$ คือค่า X-ray tube output ของเครื่องเอกซเรย์ (mGy/mAs)

mAs คือค่าเอ็มเอเอสหรือกระแสหลอดคูณด้วยเวลา (mAs)

FDD คือระยะทางจาก Focal spot ถึง detector วัดรังสี (cm)

FOD คือระยะทางจากจุดโฟกัสของหลอดเอกซเรย์ถึงผิวหนังผู้ป่วย (cm)

BSF คือ Back Scatter Factor

ตัวอย่างการประเมินปริมาณรังสีที่ผิวหนังผู้ป่วยได้รับ (ESAK) จากการถ่ายภาพเอกซเรย์ตามวิธีการของ IAEA Technical Reports Series No. 457 (IAEA, 2007) มีขั้นตอนดังนี้



ภาพที่ 5 อุปกรณ์วัดความหนาผู้ป่วย

การคำนวณค่า ESAK ของผู้ป่วยเอกซเรย์ทรวงอกท่า PA upright วัดความหนาบริเวณทรวงอกตรงจุด center ray ประมาณกระดูกสันหลัง thoracic ที่ 7 โดยใช้อุปกรณ์วัดความหนาผู้ป่วย (ภาพที่ 5) ได้เท่ากับ 20 cm ตั้งค่าเทคนิค 94kVp, 3mAs, ค่า *FFD* เท่ากับ 180 cm, ใช้ grid, Bucky หน้า 3 cm

1. คำนวณค่า $Y(d)$ หรือ ค่า X-ray tube output ของเครื่องเอกซเรย์ จากการตั้งค่า kVp = 94

จาก Model สำหรับคำนวณค่า X-ray tube output ที่ kVp ต่าง ๆ

$$\text{X-ray tube output} = 0.00000316 \text{ kVp}^2 + 0.00391018 \text{ kVp} - 0.12321429$$

แทนค่า kVp = 105 ที่ตั้งในการเอกซเรย์ทรวงอกท่า PA upright ในครั้งนี้

$$\text{X-ray tube output} = 0.00000316 \times (94)^2 + 0.00391018 \times 94 - 0.12321429 = 0.2723 \text{ mGy/mAs}$$

2. ค่า *mAs* ที่ตั้งให้กับผู้ป่วยเท่ากับ 3

3. ค่า *FDD* = 50 cm

4. ค่า *FOD* คำนวณได้จากระยะจาก focal spot ถึงแผ่นรับสัญญาณภาพ (180 cm) - ความหนาผู้ป่วย (20 cm) - ความหนา Bucky (3 cm) = 157 cm

5. ค่า *BSF* สมมติให้เท่ากับ 1.37

คำนวณค่า *ESAK* หรือ ค่า Entrance Surface Air Kerma จาก

$$ESAK = Y(d) \times mAs \times \left(\frac{FDD}{FOD} \right)^2 \times BSF$$

แทนค่า

$$ESAK = 0.2723 \times 3 \times \left(\frac{50}{157} \right)^2 \times 1.37 = 0.1135$$

ดังนั้นผู้ป่วยเอกซเรย์ทรวงอกท่า PA upright ความหนาบริเวณทรวงอก 20 cm ตั้งค่าเทคนิค 94kVp, 3mAs, FFD เท่ากับ 180 cm, ใช้ grid, bucky หนา 3 cm จะมีค่า *ESAK* เท่ากับ 0.1135 mGy

บทสรุป

วิธีการของ IAEA Technical Reports Series No. 457 สามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อหาค่า *ESAK* สำหรับเครื่องเอกซเรย์แต่ละเครื่อง เช่น มีผู้ป่วยมาเอกซเรย์ ถ้ามีผู้ป่วยหรือมีเหตุการณ์ที่จะต้องคำนวณปริมาณรังสีที่ได้รับจากการเอกซเรย์ทั่วไป สามารถสืบค้นเพื่อคำนวณปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับ โดยสืบค้นทำการตรวจ และเทคนิคที่ตั้งค่าสำหรับถ่ายภาพเอกซเรย์ได้ รวมทั้งใช้ประโยชน์สำหรับคำนวณปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับจากการตั้งค่า kVp และ mAs สำหรับนักรังสีการแพทย์ที่จะตั้งค่าสำหรับถ่ายภาพเอกซเรย์ให้ผู้ป่วย โดยตั้งค่าให้ผู้ป่วยได้รับรังสีต่ำสุดแต่ภาพเอกซเรย์มีคุณภาพที่สามารถวินิจฉัยได้ เป็นต้น ซึ่งจะเป็นการพัฒนาคุณภาพงานด้านรังสีวินิจฉัยและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการการถ่ายภาพเอกซเรย์ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

การประเมินปริมาณรังสีที่ผิวหนังผู้ป่วยได้รับจากการถ่ายภาพเอกซเรย์มีหลายวิธี และการประเมินปริมาณรังสีที่ผิวหนังผู้ป่วยตามวิธีการของ IAEA Technical Reports Series No. 457 เป็นทางเลือกหนึ่งที่สามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับการประเมินปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับจากการถ่ายภาพเอกซเรย์ และสามารถใช้ในการประเมินปริมาณรังสีที่ผิวหนังผู้ป่วยได้รับจากการถ่ายภาพเอกซเรย์ในท่าต่าง ๆ เพื่อใช้เป็นปริมาณรังสีอ้างอิงสำหรับเครื่องเอกซเรย์แต่ละเครื่อง

References

- Alameen, S., Badrey, F.A.A., Abdullateef, A.S., Ahmed, A.M. (2016). Assessment of ESAK and ED for Adult's Patients Examined by Computed Radiography. *International Journal of Medical Physics, Clinical Engineering and Radiation Oncology*, 5(4): 281-287.
- Bushong, S. C. (2017). *Radiologic science for technologist physics, biology, and protection*. 11th ed. Missouri: Elsevier.
- International Atomic Energy Agency. (1996). *International basic safety standards for protection against ionizing radiation and for the safety of radiation sources*, IAEA Safety series no. 115. Vienna: IAEA.
- International Atomic Energy Agency. (2007). *Dosimetry in diagnostic radiology: an international code of practice*, TRS No. 457. Vienna: IAEA.
- Promduang A., Pongnapang, N., Ritlumlert, N., Tangruangkiat, T., Phonlakrai, M. (2019). A Study of Entrance Surface Air Kerma for Patients Undergoing Chest and Abdomen from Digital Radiography at Chulabhorn Hospital. *Journal of Health Science and Medical Research*, 37(1): 51-60. (In Thai).
- Siripreeshakul, S. (2012). A study of Entrance skin Dose measurements of patient undergoing chest radiography in Kalsin Hospital. *Research and Development Health System Journal*, 5(1): 87-94. (In Thai).
- Uniyal, S.C., Chaturvedi, V., Sharma, S.D., Raghuvanshi, S. (2017). Estimation of Entrance Surface Air Kerma Due to Diagnostic X-ray Examinations of Adult Patients in Uttarakhand, India and Establishment of Local Diagnostic Reference Levels. *Australasian Physical & Engineering Sciences in Medicine*, 40(3): 687-694. (In Thai).
- Witchathorntrakun, W., Wongsanon, S., Kheonkaew, B. (2010). Skin Radiation Dose of Patient Undergoing Chest Radiography in Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University. *Srinagarind Medical journal*, 25(2): 120-124. (In Thai).

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อลดการรับรู้ตราบาป

The Role of Nurses in Promoting the Ability to Care for Patients with Schizophrenia by Reducing Perception of Stigma

Received: Aug. 22, 2020

Accepted: Oct. 11, 2021

Published: Dec. 12, 2021

ปณิดา พุ่มพุทธร และขวัญตา ภูริวิทย์ธำระ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Panida Pumput and Kwanta Phooriwiththayatheera

Boromarajonani College of Nursing Suratthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

บทคัดย่อ

โรคจิตเภทเป็นปัญหาทางจิตเวชที่พบได้บ่อยและมีความรุนแรง มีการดำเนินโรคเรื้อรัง และกำเริบได้บ่อย เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ จากข้อมูลระบบศูนย์กลาง การให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย กรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2563 พบว่า ในประเทศไทยมี ผู้ป่วยโรคจิตเภท 283,065 คน จากผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั้งหมด 2,687,610 คน นับเป็นอันดับ 4 ของผู้ป่วย 18 โรคทางจิตเวช ผู้ป่วยร้อยละ 20-30 มีชีวิตกลับเป็นปกติ ร้อยละ 20-30 มีอาการ หลงเหลือระดับปานกลางอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 40-60 มีอาการรุนแรงและกระทบต่อการทำ หน้าที่ตลอดชีวิต และมีการรับรู้การตีตรามากที่สุดและรุนแรงกว่าโรคจิตอื่นๆ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วย โรคจิตเภทได้รับผลกระทบทางลบทั้งในการทำหน้าที่ตลอดชีวิตและการถูกตีตรา

การถูกตีตราหรือตราบาปทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตึงเครียด รู้สึกไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ต้อง ดิ้นรนต่อสู้กับทัศนคติที่ไม่ดีและลดคุณค่าของตนเอง พยายามพัฒนากลวิธีในการจัดการกับตรา บาป ผู้ป่วยที่ล้มเหลวก็ไม่สามารถทำอะไรได้อย่างเพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกทอดทิ้ง ถอยหนี จากปฏิสัมพันธ์กับสังคม โกรธแค้นผู้อื่น และเกิดตราบาป ผู้ป่วยจะไม่บรรลุความต้องการพื้นฐาน ในด้านความรัก ความเป็นเจ้าของ การนับถือตนเอง ความปลอดภัย ความมั่นคง และอำนาจ ในแง่ ของการเจ็บป่วย ตราบาปจะลดความสามารถในการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยในระยะเฉียบพลัน และระยะยาวเรื้อรัง

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อลดการ รับรู้ ตราบาปคือการทำบทบาทหน้าที่แทนในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตกับบุคคลใน สังคม การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเผชิญหน้าอย่างท้าทายกับตราบาป การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มกับคน ที่เข้าใจและยอมรับตนเอง การส่งเสริมให้ผู้ป่วยคิดเชิงบวก การส่งเสริมสนับสนุนทางสังคมให้กับ ผู้ป่วย และการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย เพื่อส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาให้ผู้ป่วย สามารถจัดการกับตราบาปที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม และพัฒนาความสามารถในการปรับตัวต่อ ความเจ็บป่วย ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ดีขึ้น

คำสำคัญ บทบาทพยาบาล, ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภท, การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

Corresponding author: ปณิดา พุ่มพุทธร Email: bpanida@bcnsurat.ac.th

Original article

Abstract

Received: Aug. 22, 2020

Accepted: Oct. 11, 2021

Published: Dec. 12, 2021

Schizophrenia is the most common mental illness. The prognosis is chronic; often, patients cannot be completely cured and have frequent relapses. According to a 2020 report from the Data Center of Thailand's Department of Mental Health, there were 283,065 patients with schizophrenia, out of a total 2,687,610 psychiatric patients nationwide. Schizophrenia ranked 4th among 18 mental illnesses in Thailand. 20%-30% of patients with schizophrenia normally recover, 20-30% have moderate residual symptoms and 40-60% have severe symptoms that affects function throughout life. Compared to other psychotic disorders, patients with schizophrenia perceive the most stigma, and such stigma is more severe. Patients with schizophrenia experience negative impacts on their lifelong functioning and as a result of stigmatization.

The stigma makes patients with schizophrenia feel tension. This can lead to lack of acceptance from society, struggles with bad attitudes, low self-esteem, and individual efforts to reduce stigma. Patients may feel failure when they can't do anything adequately and feel abandoned. They can exhibit withdrawal behavior and get angry with others, which leads to further stigmatization. Patients with schizophrenia may not be able to address their hierarchy of needs, such as love and belonging, self-esteem, safety, and self-actualization. Ongoing stigma may reduce schizophrenia patients' ability to adapt to their illness in the acute and chronic long-term phases.

The role of nurses in promoting the ability to care for patients with schizophrenia include being advocates that inform society about mental illness, promoting social support for patients, and empowering the patients. Nurses can also encourage patients to challenge stigma regarding mental illness, to have involvement with other patients, and to think positively. Promoting and encouraging the well-being of patients as well as improving society's perception of mental illness can help reduce stigma towards schizophrenia patients. Thus, the actions of nurses can help improve the ability of schizophrenia patients to adapt to their illness and can lead to an improved quality of life for them.

Key words: Role of nurses, stigma in patients with schizophrenia, ability to care for patients with schizophrenia

Corresponding author: Panida Pumpat Email: bpanida@bcnsurat.ac.th

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยเป็นอันดับหนึ่งและเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความรุนแรง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีการดำเนินโรคที่เรื้อรังและกำเริบ (relapse) ได้บ่อย ผู้ป่วยเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ อุบัติการณ์ของโรคพบได้ประมาณร้อยละ 0.5 ถึง 1.2 ความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ของโรคจิตเภทคือร้อยละ 0.6 ถึง 1.9 (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2015 cited in Woottiluk, 2019) นับได้ว่าโรคจิตเภทเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญอีกโรคหนึ่งของประเทศ และเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตาย ทำให้อายุขัยลดลง 10 ปีด้วย มีแนวโน้มเกิดตราบาปและถูกแบ่งแยกกีดกันจากคนในสังคม (Agrasuta & Pitanupong, 2017) ตราบาปที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเวชเป็นปัญหาที่พบได้ทั่วโลก ไม่ได้เกิดเฉพาะประเทศในแถบเอเชียแปซิฟิกเท่านั้น ซึ่งโรคทางจิตเวชที่ได้รับผลกระทบจากตราบาปมากและรุนแรงที่สุด ได้แก่ โรคจิตเภท (Lortrakul et al., 2007, Switaj et al., 2011) ผู้ป่วยจะมีลักษณะพื้นฐานที่เฉพาะของโรคจิตเภท จะมีโรคจิตเป็นตราบาปที่ติดตัวผู้ป่วยไปตลอดชีวิต เปรียบเสมือนแผลเป็นบนใบหน้าที่มีอาจลบเลือนได้ เนื่องจากโรคจิตเภทจะมีความผิดปกติทางความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม เป็นแล้วมักไม่หายขาด การดำเนินโรคพบว่าเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไปและจะกำเริบเป็นช่วงๆ เมื่อกำเริบบ่อยครั้งก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสื่อมในด้านการทำหน้าที่ต่างๆ เช่น ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความบกพร่องในการสื่อสาร มีพฤติกรรมแปลกๆ ทำให้บุคคลส่วนใหญ่จะมองผู้ป่วยโรคจิตเภทในภาพลบ ทำให้เกิดความน่ากลัว น่ารังเกียจ และนำไปสู่การปฏิเสธทั้งตนเอง บุคคลในครอบครัว และสังคม การถูกปฏิเสธการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดการเก็บงำอาการ ไม่บอกผู้อื่น ไม่ยอมรับการรักษามีอาการเพียงเล็กน้อย ซึ่งอาจนำไปสู่อาการในระดับที่รุนแรงที่เป็นอันตรายต่อทั้งตนเอง ครอบครัว และสังคมหรือชุมชน นั่นก็คือปัญหาการเกิดตราบาป (stigma) ที่เกิดจากการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเรียกว่าเป็นการตีตรากับผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิต (Worasing et al., 2014)

ตราบาป หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยในการถูกกีดกัน ปฏิเสธ ต่ำหีนิตีเยน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกน่าอับอาย เสื่อมเสียชื่อเสียง เกิดความรู้สึกไม่ดี และไม่มีคุณค่า ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเวชหลายด้าน เป็นสิ่งขัดขวางโอกาสในการพัฒนาบทบาททางสังคมและการเกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง (Yang, 2007) เป็นข้อจำกัดโอกาสในการดำเนินชีวิตนำไปสู่การลดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และเป็นอุปสรรคหนึ่งที่สำคัญที่สุดต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยจิตเภท เกิดความเครียด รู้สึกไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ต้องดิ้นรนต่อสู้กับทัศนคติในทางที่ไม่ดี เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกล้มเหลวที่ไม่สามารถทำสิ่งต่างๆ ได้ทำให้รู้สึกถูกทอดทิ้ง การถูกตีตราจากสังคมในฐานะผู้ป่วยทางจิตเป็นหนึ่งในความยากลำบากที่สุดที่ผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญ (Thungkampan et al., 2008) ผู้ป่วยจิตเภทมักทำให้ญาติหวาดกลัวว่าผู้ป่วยจะทำร้าย รู้สึกไม่ปลอดภัยหากต้องอยู่ร่วมกับผู้ป่วย บางรายขับไล่ผู้ป่วยออกจากบ้าน ผู้ป่วยต้องเร่ร่อนอาศัยอยู่ตามวัด บางรายถูกญาติพี่น้องไล่ออกจากบ้าน คู่สมรสหนีหาย ทอดทิ้งผู้ป่วย ทำให้รู้สึกไม่มีคุณค่า ขาดความภาคภูมิใจ ขาดความมั่นใจในตนเองถูกแบ่งแยกและถูกทอดทิ้ง ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยเหลือทางด้านร่างกาย การตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและอารมณ์ ขาดแรงจูงใจในการต่อสู้กับปัญหา ส่งผลต่อความหวังของผู้ป่วยจิตเภทเป็นอย่างมาก (Worasing et al., 2014) ดังนั้น จึงต้องมีการจัดการกับตราบาปที่เกิดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับของสังคม ช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

กระบวนการเกิดตราบาป (The Process of stigmatization)

แนวคิดตราบาปนี้ ประเด็นสำคัญอยู่ที่ความเปี่ยงเบน ไม่ว่าจะเป็นรูปร่างลักษณะหรือพฤติกรรม เมื่อมีความเปี่ยงเบนเกิดขึ้น ผลก็คือการมีอคติตามมา มีนักทฤษฎี 2 ท่าน อธิบายถึงกระบวนการเกิดตราบาปที่เกิดขึ้นจากความเปี่ยงเบน ท่านแรกคือ Howard S. Becker (1995) ได้อธิบายว่า กระบวนการเกิดอคติบุคคลจะดูที่ผลของปฏิกิริยา

จากสังคม (social reaction) กล่าวคือ ถ้าปฏิกิริยาจากสังคมในทางลบต่อบุคคลมีมาก แสดงว่าบุคคลนั้นมีความเปราะบางและถูกตราบาป ส่วนนักทฤษฎีอีกท่านหนึ่งคือ Edwin M. Lemert (1995) ได้อธิบายถึงกระบวนการเกิดอคติที่พิจารณาจากเนื้อหาหรือสาเหตุของความเปราะบาง และปฏิกิริยาของสังคมต่อพฤติกรรมดังกล่าว กระบวนการเกิดตราบาปแบ่งแยกพฤติกรรมเปราะบางออกเป็น 2 ระดับ (Rubington & Weinberg, 1995 cited in Pumput, 2017) คือ

1. ความเปราะบางปฐมภูมิ (primary deviance) เป็นการกระทำผิดทั่วไป หรือกระทำผิดโดยไม่เจตนา ภายใต้ภาวะการณ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม ความรู้สึกนึกคิด โครงสร้างจิตใจของแต่ละบุคคล ปฏิกิริยาของสังคมที่ทำการลงโทษมีเพียงเล็กน้อย ถ้ากระทำผิดซ้ำได้ ก็จะได้รับโทษน้อยและไม่ถูกอคติ
2. ความเปราะบางทุติยภูมิ (secondary deviance) เป็นการกระทำผิดที่เกิดขึ้นบ่อยๆ หรือมีความเปราะบางมาก สังคมไม่ยอมรับ ปฏิกิริยาของสังคมที่ลงโทษจะมีความรุนแรง และเกิดตราบาปกับผู้กระทำผิด ส่งผลต่อโครงสร้างทางจิตใจ ทศนคติ ตลอดจนบทบาททางสังคมของบุคคลนั้นก่อให้เกิดการปรับตัวหรือปรับพฤติกรรมให้สอดคล้องกับการเกิดตราบาปที่สังคมกำหนดให้

ผลกระทบต่อการรับรู้ตราบาปจากสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

ตราบาป (stigma) ทุกๆสังคมมีลักษณะซึ่งเป็นที่ต้องการและไม่ต้องการตอบสนองต่อตราบาป มีตั้งแต่เมตตา สงสารจนถึงจับขัง หลีกเลียง เพิกเฉย ไม่นำพา ซึ่งบางทีปฏิกิริยาตอบสนองอาจเหมือนหรือแตกต่างกันจากในอดีตและปัจจุบันและหลายๆสังคม ปฏิกิริยาตอบสนองตราบาปไม่เป็นไปในทางลบอย่างเดียวน่าจะเป็นในทางบวกด้วย เช่น บุคคลแสดงอาการเป็นศัตรู ลงโทษไม่เกี่ยวข้อง ในขณะที่เดียวกันก็อาจได้รับการสนับสนุน สงสาร เห็นใจ และยกโทษ ตัวอย่างเช่น ปฏิกิริยาต่อคนไข้โรคจิตมักมองว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มจะตกเป็นเหยื่อความรุนแรงมากกว่าที่เป็นผู้ก่อเหตุ เป็นต้น ซึ่งสามารถสรุปผลกระทบที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของชีวิต ได้ 3 ประการ คือ

1. ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมและหน้าที่ตามปกติ จากการที่ผู้ป่วยถูกแบ่งแยกออกไปจากคนปกติ การถูกปฏิเสธ กีดกันจากสังคม หลีกเลียงที่จะเข้าใกล้ ถูกมองในแง่ลบ กลายเป็นคนที่มีมลทิน ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตัว ไม่กล้า หรือไม่อยากพบผู้ให้ช่วยเหลือ ไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม หลีกเลียงการเปิดเผยประวัติการเจ็บป่วยทางจิต และไม่เปิดเผยการเจ็บป่วยของตนเอง (Goffman, 1963, Dickerson et al., 2002 cited in Pumput, 2017) ถ้าผู้ป่วยรักษา กลัวว่าจะ ถูกตีตรา ทำให้ผู้ป่วยต้องทนอยู่กับโรคและโอกาสหายก็น้อยลง (Thaingtham, 2005) ไม่กล้าคบค้าสมาคมกับใคร ปฏิเสธแผนการรักษา ขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง และอาการกำเริบตามมา (Holzinger, 2003)
2. การเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคมเกี่ยวกับอาชีพ ชีวิตครอบครัว สันติภาพ และกิจกรรมด้านศาสนา ผลจากการแบ่งแยกทางสังคม กีดกัน ไม่ยอมรับผู้ป่วย ถูกปฏิเสธการช่วยเหลือเมื่อประสบความลำบาก ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับความเท่าเทียมจากการช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคม เกิดข้อจำกัดในการจ้างงาน ลดโอกาสในการได้งานทำที่ดี ไม่มีรายได้ เป็นภาระของครอบครัว (Dangdomyouth et al., 2004, Suksawang & Sawangwongsin, 2004, Sripa, 2019) การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการคุ้มครองด้านสุขภาพในเรื่องสิทธิการทำประกันชีวิต และจากการที่บุคคลในสังคมรู้สึกหวาดกลัวผู้ป่วย ไม่กล้าคบค้าสมาคม หรือรังเกียจ ทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมและการใช้ชีวิต (Kittirattanapaiboon, 2006)
3. การเปลี่ยนแปลงอัตลักษณ์และทำให้เกิดการแบ่งแยกกีดกัน (discrimination) ว่าบุคคลนั้นไม่ปกติเท่ากับบุคคลอื่นๆ การถูกแบ่งแยกและการลดค่าของบุคคล ทำให้เกิดการลดโอกาสในการดำเนินชีวิตในสังคมอย่างปกติ และ

มีผลต่อการรับรู้ของผู้ที่ถูกตีตรา ทำให้รู้สึกอับอาย เกลียดตนเอง และประณามตนเอง (Goffman, 1963 cited in Pumput, 2017) บุคคลที่ถูกตีตราจะรับรู้ว่าเป็นบุคคลที่แตกต่างจากคนอื่น ๆ ทำให้เป็นบุคคลที่ไม่น่าเชื่อถือ ทำให้รู้สึกอับอาย ขาดความมั่นใจในตนเอง ลดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดความละอายเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยทางจิตของตน มีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย และพบว่าตราบาปยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยวและทุกข์ทรมานใจอีกด้วย (Dickerson et al., 2002 cited in Sripa, 2019) จากการที่ผู้ป่วยไม่เป็นที่ยอมรับโดยถูกปฏิเสธจากเพื่อนฝูงญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน และผู้จ้างงานนั้น ผู้ป่วยไม่กล้าหรือไม่อยากไปพบผู้ให้ความช่วยเหลือ ทำให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวและมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย (Mekloi, 2020)

ดังนั้น เมื่อบุคคลรับรู้ต่อการถูกตีตราจะทำให้เกิดความตึงเครียด (tension) รู้สึกว่าตน ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม บุคคลต้องดิ้นรนต่อสู้กับทัศนคติที่ไม่ดี และลดคุณค่าของตนเองลง พัฒนากลวิธีในการจัดการกับการตีตรา บุคคลที่ล้มเหลวก็ไม่สามารถทำอะไรต่าง ๆ ได้อย่างเพียงพอ เป็นสาเหตุทำให้บุคคลรู้สึกถูกทอดทิ้ง ถอยหนีจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม โกรธแค้นบุคคลอื่น และเกิดการตีตรา ยังทำให้บุคคลไม่บรรลุความต้องการพื้นฐานในด้านความรัก ความเป็นเจ้าของ การนับถือตนเอง ความปลอดภัย ความมั่นคง และอำนาจ ในแง่ของการเจ็บป่วย การตีตราจะลดความสามารถในการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยในระยะเฉียบพลัน และการปรับตัวระยะยาวเรื้อรัง

แนวคิดในการจัดการกับตราบาป

แนวคิดเกี่ยวกับตราบาป (Stigma) นี้ Goffman (1963) เป็นคนแรกที่ได้ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับตราบาปและได้อธิบายว่าตราบาปในสมัยกรีก หมายถึง เครื่องหมายที่แสดงให้เห็นความผิด ปกติของร่างกายและความไม่ดีเกี่ยวกับการประพฤติผิดข้อบัญญัติของศาสนา โดยเครื่องหมายนั้นเป็นการประกาศว่าบุคคลผู้นั้นเป็นนักโทษเป็นอาชญากร เป็นคนที่ทรยศต่อชาติบ้านเมือง เป็นบุคคลที่ไม่น่าคบหาสมาคมด้วย เป็นต้น ต่อมาในสมัยคริสตกาลใช้คำว่าตราบาปใน 2 ลักษณะ ลักษณะแรกเป็นสิ่งที่แสดงถึงความน่ากลัวของร่างกายที่ปรากฏออกมาจากผิวหนังหรือความผิดปกติของร่างกาย ลักษณะที่สองเป็นความผิดจากความเชื่อทางศาสนา ทุกวันนี้คำว่าตราบาปถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวางในลักษณะของความรู้สึกบางสิ่งบางอย่างที่ทำให้บุคคลอับอายขายหน้า โดยเฉพาะการเสื่อมเสียชื่อเสียง บุคคลจะให้ความสำคัญมากกว่าลักษณะของความผิดปกติทางด้านร่างกาย ตราบาปเป็นผลมาจากวัฒนธรรมและเป็นสิ่งที่สะท้อนมาจากวัฒนธรรมนั่นเอง (Goffman, 1963 cited in Pumput, 2017) ทั้งนี้ ทุกสังคมมีโรคหรืออาการผิดปกติต่างๆ ที่มีตราบาปแตกต่างกันไป ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยทางจิตที่มีพฤติกรรมแสดงออกถึงความรุนแรงและความก้าวร้าวเนื่องจากมีความผิดปกติทางความคิดและการรับรู้ เป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด เป็นโรคเรื้อรัง มีอาการกำเริบบ่อยครั้ง (Sadock, J.B., & Sadock, A.J., 2000) ลักษณะเช่นนี้จึงถูกมองว่าเป็นบุคคลที่มีอันตรายและน่ากลัว เช่น ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทในสังคมชาวอินเดียในแต่ละวรรณะแต่ละท้องถิ่นจะมีระดับของการตีตราในผู้ป่วยจิตเภทที่แตกต่างกัน ซึ่งการปฏิบัติต่อผู้ป่วยก็แตกต่างกันไปตามความเชื่อดังกล่าว การแต่งงานกับผู้ป่วยจิตเภทหรือมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวเป็นสิ่งต้องห้ามและไม่ได้รับการยอมรับในสังคม (Tsang, H., Chan, C., & Chan, F., 2001)

ตราบาปมี 2 ลักษณะ คือ ตราบาปทางสังคม และตราบาปภายในใจของผู้ป่วย ตราบาปทางสังคมเป็นผลมาจากความเข้าใจผิดหรือไม่รู้ของคนในสังคม ทำให้เกิดอคติและมองแบบเหมารวม ทางลบ ไม่ยอมรับ รังเกียจ กีดกัน หวาดกลัว ไม่กล้าพูดคุยกับผู้ป่วยทางจิต ส่วนตราบาปภายในใจของผู้ป่วยประกอบด้วย การรับรู้ที่ถูกเหมารวม (stereotype awareness) เห็นด้วยกับการเหมารวม (stereotype agreement) และกลายเป็นการยอมรับตราบาป (self application) เป็นการรับรู้ตราบาปภายในใจตนเอง (internalized stigma หรือ self-stigma) ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตจึงมักไม่เปิดเผยความเจ็บป่วยของตนทำให้ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลเสียต่อการหายและการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Kerdpongchote et al., 2015) แนวคิดในการจัดการกับตราบาปมีหลายลักษณะแตกต่าง

กัน กล่าวโดยสรุป คือ เป็นการปรับตัวและแก้ไขความรู้สึกที่เกิดจากการที่สังคม มีทัศนคติหรือแสดงออกต่อผู้ป่วยจิตเภทในด้านลบ ได้แก่ การปิดบังซ่อนเร้น พยายามเป็นกลาง หรือการเผชิญปัญหา การพัฒนาความสามารถในการจัดการกับตราบาปอย่างเหมาะสม และการปฏิบัติตนสอดคล้องลักษณะการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยแต่ละบุคคล จะทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการปฏิบัติ ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสามารถประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม เมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงไปทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมาย โดยผ่านกระบวนการคิดตัดสินใจด้วยตนเองภายใต้ข้อมูลที่ถูกต้อง สังคมจะมองว่าสิ่งที่เบี่ยงเบนไปนั้นเป็นสิ่งที่น่าละอาย เป็นการกระทำที่ขาดศีลธรรมจรรยา เป็นอันตรายต่อสังคม (Goffman, 1963 cited in Pumput, 2017) จึงอาจกล่าวได้ว่าการตีตราจากสังคมเป็นทัศนคติและปฏิกิริยาของสังคมในทางลบต่อบุคคลที่มีรูปร่างลักษณะหรือพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐานของสังคม ซึ่งสังคมจะมีปฏิกิริยาหรือแสดงความเกลียดชังและไม่ยอมรับให้เป็นสมาชิกกลุ่ม อย่างไรก็ตาม การตีตราหรือตราบาปจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อสังคมมีทัศนคติในทางลบต่อบุคคลอย่างสม่ำเสมอ และรุนแรง และทัศนคตินั้นจะต้องมีผลต่อปฏิกิริยาโต้ตอบหรือพฤติกรรมของบุคคลที่เป็นผลมาจากการรับรู้ด้วย

แนวคิดการจัดการตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทเป็นแนวคิดหนึ่งที่สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้ ถ้าผู้ป่วยได้รับการพัฒนาความสามารถในการจัดการกับตราบาปที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ทางลบของสังคมอย่างเหมาะสม และปฏิบัติตนได้สอดคล้องกับลักษณะการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคน ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการปฏิบัติ ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และสามารถประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสมเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมายโดยผ่านกระบวนการคิดตัดสินใจด้วยตนเองภายใต้ข้อมูลที่ถูกต้อง

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อลดการรับรู้ตราบาป

พยาบาลเป็นผู้ที่มีความสำคัญยิ่งในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อลดการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตราบาป พบว่า พยาบาลเป็นผู้ส่งเสริมสนับสนุน และพัฒนาให้ผู้ป่วยเกิดความสามารถในการจัดการกับตราบาปที่เกิดขึ้น เพื่อให้จัดการกับตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น (Wahl, 1999, Dangdomyouth et al., 2004, Wannachat, 2007, Worasing et al., 2014, Pumput, 2017) ดังนี้

1. การทำบทบาทหน้าที่แทน (advocacy) พยาบาลทำหน้าที่แทนผู้ป่วย โดยการให้ข้อมูล

เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตกับบุคคลในสังคม เพื่อปรับความคิดการมองการเจ็บป่วยทางจิต พร้อมกับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตต่อบุคคลอื่นๆ เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติในการมองการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทว่าไม่ใช่ตราบาป (Wahl, 1999) สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาต้นแบบโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า การให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนความคิด การสร้างแรงจูงใจ การจัดการความเครียด ทักษะการสื่อสาร และการแก้ปัญหา เป็นกลวิธีที่ช่วยลดตราบาปในใจตนเองของผู้ป่วยจิตเภท (Kerdpong bunchote et al., 2015) อีกทั้งพยาบาลจิตเวชต้องประเมินปัญหาที่เกี่ยวกับความรู้สึกเป็นตราบาปของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน เพราะการดูแลแบบนี้ นอกจากจะเป็นการช่วยลดตราบาปและจัดการตราบาปของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นแล้ว ยังส่งผลให้เกิดผลดีแก่ประเทศและครอบครัวผู้ป่วยทั้งด้านคลินิก ด้านค่าใช้จ่าย และด้านความพึงพอใจในการปฏิบัติบริการด้วย (Woottitluk, 2019)

2. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเผชิญหน้าอย่างท้าทายกับตราบาป (confrontation, challenge)

การเลือกการเปิดเผยตราบาป (selective disclosure) พยาบาลทำหน้าที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเผชิญหน้าที่จะเปิดเผยการเจ็บป่วยทางจิตกับบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทสนิท เช่น การบอกเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตกับพ่อ แม่ ญาติพี่น้อง หรือเพื่อนสนิท การเผชิญหน้ากับปัญหาตราบาป การยอมรับการถูกตีตรา ยินดีเปิดเผยการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทกับบุคคลอื่น การมองปัญหาการถูกตีตราและปฏิกิริยาการแบ่งแยกกีดกันจากสังคมเป็นสิ่งท้าทาย การจัดการตราบาปจากสังคมโดยการเผชิญหน้าเป็นการเสริมสร้างศักยภาพให้แก่ตนเองและเป็นกระบวนการปรับตัวที่เหมาะสมของผู้ป่วย (Schur, 1972 cited in Intararuk, 2006) ทำให้มีแนวทางในการดูแลตนเองที่เหมาะสม ซึ่งตรงกับการจัดการตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนที่พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะยอมรับสภาพการถูกตีตราจากสังคม ทำให้มีจิตใจเข้มแข็งขึ้น พร้อมทั้งมีแนวทางในการดูแลตนเองที่เหมาะสม รวมทั้งยังส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกคลายความตึงเครียดจากการรับรู้ตราบาปที่เกิดขึ้นกับตนเอง การเปิดเผยข้อมูลการเจ็บป่วยทางจิตของตนเองต่อผู้อื่นทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดความภาคภูมิใจที่จะได้แบ่งปันประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนให้ผู้อื่นรู้ ทำให้ผู้ป่วยคนอื่นเรียนรู้ การดูแลตนเองได้ (Goffman, 1963 cited in Pumpat, 2017)

3. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มกับคนที่เข้าใจและยอมรับตนเอง (involvement with other consumers) พยาบาลทำหน้าที่ส่งเสริมให้เข้าร่วมในการทำกิจกรรมหรือเปิดเผยการเจ็บป่วยทางจิตกับกลุ่มที่ยอมรับและเข้าใจความรู้สึกของตน เช่น เข้าร่วมกลุ่มกับผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วยกัน หรือกับบุคคลที่ยอมรับตนเองเท่านั้น ได้แก่ การเข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (self-help group) ที่เป็นการรวมตัวเป็นกลุ่มเพื่อตอบสนองต่อความต้องการทางสังคมและจิตใจของสมาชิก เพื่อเป็นการสร้างเอกลักษณ์ในทางบวก สอดคล้องกับการศึกษาของ MacInnes, D.L., & Lewis, M. (2008) พบว่า การสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าร่วมโปรแกรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วย อาการ ความเครียด การจัดการกับความเครียด การช่วยเหลือตนเอง การตีตรา และผลกระทบ เป็นวิธีการที่ช่วยลดตราบาปที่เกิดขึ้น และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มกับคนที่เข้าใจและยอมรับตนเองสามารถเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกที่ดีและเกิดความมั่นใจ และพยายามหาวิธีการแก้ปัญหาจัดการกับตราบาปด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม (Kerdpong bunchote et al., 2015)

4. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยคิดเชิงบวก (positive thinking) พยาบาลทำหน้าที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยหามุมมองที่แตกต่างออกไปจากมุมมองปกติที่เคยมองให้เป็นมุมมองบวก เป็นประโยชน์กับชีวิตของตนเอง และเป็นประโยชน์กับชีวิตของคนอื่นด้วย จากการศึกษาผลของกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะต่อการมีควมรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า การส่งเสริมและพัฒนาให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มองตนเองทางบวก รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถ ใช้ศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่ในการดำเนินชีวิต ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อการพัฒนาความสามารถในการปรับตัวที่จะอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างปกติและลดตราบาปที่เกิดจากสังคมได้อีกด้วย (Pookaew, 2019) สอดคล้องกับการศึกษาการลดทัศนคติเชิงลบต่อความเจ็บป่วยทางจิต ที่อธิบายว่าการพยายามปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ไม่ดีต่อตนเองของผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางจิตให้น้อยลงจะส่งผลให้ผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางจิตมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น เกิดความมั่นใจในชีวิต และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ ไม่มีความคิดท้อแท้หรือสิ้นหวังตามมา (Walker I & Read J, 2002)

5. การส่งเสริมสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ป่วย (social support) พยาบาลทำหน้าที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้ป่วยโรค จิตเภทรับรู้ได้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ไม่คิดว่าตนเองแปลกแยกหรือด้อยค่า (Agrasuta & Pitanupong, 2017) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้มีโอกาสแสดงความสามารถและมีบทบาททางสังคม ได้ช่วยเหลือเอื้อประโยชน์ต่อบุคคลอื่น การแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลในสังคมจะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อาศัยอยู่ร่วมกับสมาชิก

ครอบครัว เช่น บิดา มารดา คู่สมรสญาติใกล้ชิด มีการรับรู้ตราบาปในระดับต่ำ (Mueller et al., 2005 cited in Worasing et al., 2014) การได้รับการดูแลด้วยความรักความผูกพันจากผู้ดูแลจะทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่รู้สึกว่าเป็นของผิดหรือด้อยค่าน่ารังเกียจ (Jnmpasri & Dangdomyouth, 2012) นอกจากนี้จากการศึกษาการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะหลงเหลือจะมีอาการทางจิตสงบที่สามารถประกอบอาชีพ มีงานทำ มีรายได้เป็นของตนเอง ทำให้การรับรู้ตราบาปทั้งในด้านการถูกตีตราและแบ่งแยกกีดกันอยู่ในระดับต่ำ ช่วยส่งเสริมทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น (Lysaker PH, et al., 2010) อีกทั้งแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อระดับความหวังของบุคคล การมีความหวังจะทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่เห็นด้วยกับภาพตายตัวของผู้ป่วยจิตเวช ไม่คิดว่าตนเองด้อยค่า ผิดปกติ หรือถูกแบ่งแยกกีดกัน ช่วยเอื้ออำนวยการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งการฟื้นตัวมีความหมายรวมถึงการเกิดความรู้สึกเชิงบวกต่อตนเอง การที่ไม่รู้สึกว่าตนเองด้อยค่า น่ารังเกียจ หรือแปลกแยกจากบุคคลอื่นๆ ซึ่งหมายถึงไม่มีการรับรู้ตราบาป แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างความหวังกับการรับรู้ตราบาป (Worasing et al., 2014)

6. การเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย (empowerment) พยาบาลทำหน้าที่เสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย เพราะจะสามารถช่วยลดการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ พลังอำนาจคือแหล่งสนับสนุนภายในตนเองสำหรับการจัดการกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน พลังอำนาจในบุคคลมี 7 แหล่ง ได้แก่ 1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ 2) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม 3) อัตมโนทัศน์เชิงบวก 4) พลังภายในบุคคล 5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา 6) แรงจูงใจและ 7) ระบบความเชื่อ ช่วยเพิ่มความสามารถให้ผู้ป่วยตระหนักถึงจุดแข็ง ซึ่งเป็นพลังอำนาจในตนเอง และช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสกำหนดแนวทางการดูแลและควบคุมสุขภาพตนเอง ในฐานะหุ้นส่วนของระบบบริการสุขภาพ การเสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับและจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเอง ช่วยให้สามารถควบคุมสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตและตัดสินใจเลือกดูแลตนเองได้ เกิดความพึงพอใจเมื่อจัดการได้ หรือยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่นทำให้มีการปรับตัวดีขึ้นและมีชีวิตที่มีคุณภาพ (Kerdpong bunchote et al., 2015) สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแลในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่ากระบวนการบำบัดเพื่อการฟื้นฟู (rehabilitation) ผู้ป่วยนั้น จะมีการส่งเสริมและพัฒนาให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มความสามารถ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตัวเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับการรับรู้ตราบาปที่ต่ำ (Agrasuta & Pitanupong, 2017)

บทสรุป

ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการรับรู้ตราบาปจากคนรอบข้างและคนในสังคมมากที่สุด ในบรรดาโรคทางจิตเวชอื่นๆ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ พยาบาลจึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจถึงการเกิดตราบาป วิธีการลดความรู้สึกตราบาป รวมถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและเกี่ยวข้องกับบริบทของการที่ต้องเจ็บป่วยทางจิต โดยบทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อลดการรับรู้ตราบาป นั่นคือ บทบาทหน้าที่แทนในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตกับบุคคลในสังคม การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเผชิญหน้าอย่างท้าทายกับตราบาป การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มกับคนที่เข้าใจและยอมรับตนเอง การส่งเสริมให้ผู้ป่วยคิดเชิงบวก การส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ป่วย และการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย เพื่อพัฒนาให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับตราบาปด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม และพัฒนาความสามารถในการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย ส่งผลต่อการอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ลดการรังเกียจ กีดกัน แบ่งแยก และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป ทั้งนี้ การนำแนวคิดการจัดการตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภทมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลควรคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นสำคัญ พยาบาลต้องยอมรับในการตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการของผู้ป่วยและคำนึงถึงประโยชน์แท้จริงที่ผู้ป่วยจะได้รับอีกด้วย

References

- Agrasuta, T., and Pitanupong, J.(2016). Perceived stigma in patients with schizophrenia and caregivers in Songklanagarind hospital: cross-sectional study. *Songklanagarind Medical Journal*, 35(1), 37-45. (in Thai)
- Deepet, S. and Dangdomyouth, P.(2015). The Effect of Using Empowerment Program on Self-Stigma of Persons with Schizophrenia in Community. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 29(1), 123-138. (in Thai)
- Dickerson, FB. Sommerville, J. Origoni, AE. Ringel, NB. and Parente, F. (2002). Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophr Bull*, 28,143-155.
- Goffman E.(1963). *Stigma: Note on the management of spoiled identity*. Eglewood Cliffs. NJ: Prentice-Hall.
- Holzinger, A., Beck, M., Munk, I., Weithaas, S., and Agermeyer, M. C. (2003). Stigma perceived by schizophrenia and depressives. *Psychiatrische Praxis*, 30(7), 395-401.
- Hopper,E..(1981). Stigma impact on Moroccan families of patients with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49 (9), 625
- Intararuk, P.(2006). Experience of self management toward negative social perception of schizophrenic patients in community. Thesis of the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatri Nursing. Chulalongkorn University. (in Thai)
- Jnmpasri, W. and Dangdomyouth, P.(2012). The Effect of Using Group Supportive Psychotherapy on Perceived Stigma of Schizophrenic Patients. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*,28(2), 51-62. (in Thai)
- Kadri N, Manoudi F, Berrada S, Moussaoui D.(2004). Stigma impact on Moroccan families of patients with Schizophrenia. *Canadian J Psychiat*,49(9), 625–629.
- Kerdpong bunchote, C., Kuntasaibour, P., and Suparochanee, S. (2015). Prototype development: empowerment program on internalized stigma for schizophrenic inpatients. *Journal of Mental Health of Thailand*.23(1), 38-48. (in Thai)
- Kittirattanapaibul P. Psychiatric for lay persons. (2006). (Accessed on May 10, 2012, <http://www.d Lortrakul M, mh.go.th/news/view.asp?id=100>.
- Lotrakul,M and Sukanich, P. (2015). *Ramathibodi Essential Psychiatry*. 4nd ed. Department of Psychiatry Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. (in Thai)
- Lysaker, PH. Tsai, J. and Vohs,JL.(2010).Negative symptoms and concomitantattention deficits in schizophrenia: Associations with prospective assessments of anxiety, social dysfunction, and avoidant coping. *Journal of Mental Health*,19(2),184–192.
- MacInnes, D. L., and Lewis, M. (2008). The evaluation of a short group programme to reduce self-stigma in people with serious and enduring mental health.

- Mekloi, C. (2020). Stigma of Suicide Survivors and Application of Group Supportive Psychotherapy. *Journal of Mental Health of Thailand*, 34(2), 18-32. (in Thai)
- Pookaew P., Chaisena Dallas, J., and Nabkasorn, C. (2019). Effect of Art Therapy Group on Self-esteem among Patients with Schizophrenia. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 30(2), 123-133. (in Thai)
- Pumpat, P. (2016). self management toward negative social perception of schizophrenic patients. Department of Mental and Psychiatric Nursing. Boromarajonani College of Nursing Suratthani. (in Thai)
- Razali SM, Hussein S, Alina TI. (2010). Perceived stigma and self-esteem among patients with schizophrenia. *Inter Med J*, 17(4):255-260.
- Switaj P, Wciórka J, Grygiel P, Switaj JS, Anczewska M, Grzesik A. (2011). Experience of stigma by people with Schizophrenia compared with people with depression or malignancies. *Psychiatrist (Online)*, 35, 135-139.
- Tongprateep, T. (1998). *The essential elements of spirituality among rural Thai elders*. Unpublished doctoral dissertation, University of Alabama at Birmingham.
- Tungpunkom, P. (2008). *Quality of life of person with Schizophrenia : patient's and caregiver's perspectives*. Faculty of Nursing. Chiang Mai University. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(1), 59-65. (in Thai)
- Wahl, O. F. (1999). Mental health consumer's experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 467-478.
- Wannachat, O. (2016). *Life skills as perceived by caregivers, social support and perceived stigma among persons with schizophrenia*. Thesis of the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing. Chiang Mai University. (in Thai)
- Wootiluk, P. (2019). Nursing Care of patients schizophrenia : Role and Process. 2nded. Faculty of Nursing. Chiang Mai University. (in Thai)
- Worasing, S, Hengudomsup, P. and Naebkaset, C. (2014). Factors Related to Perceived Stigma among Patients with Schizophrenia. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, 9(3), 98-104. (in Thai)

ปกิณกะ

มองผ่านกรอบแนวทางการศึกษาด้านสุขภาพของพิภพโลก (Planetary Health)

A Framework to Guide Planetary Health Education*

พยงค์ เทพอักษร

ประธานอนุกรรมการวิจัยและบริการวิชาการ

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Phayong Thepaksorn

Chairman of the Sub-Committee for Research and Academic Service,

Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

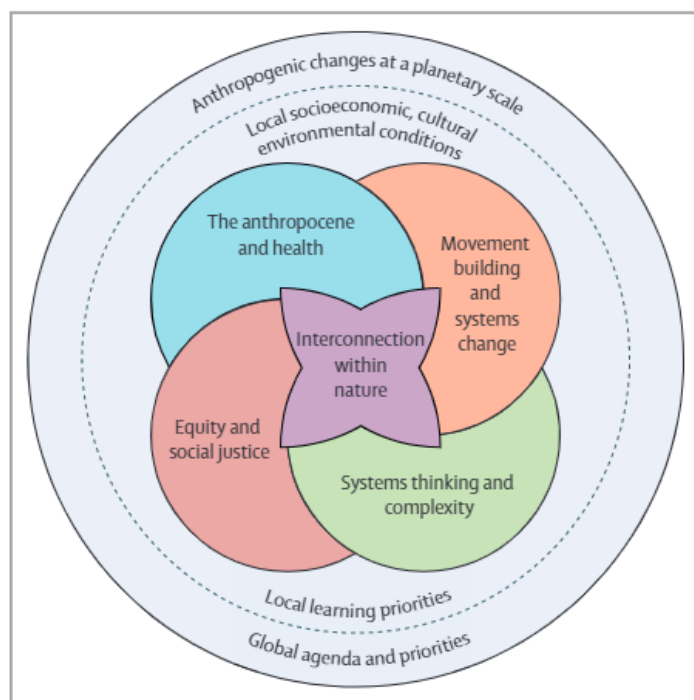
ผู้คนทั่วโลกกำลังเผชิญกับความท้าทายเร่งด่วนของวิกฤตสิ่งแวดล้อม สังคมและสุขภาพที่เชื่อมโยงกันในปัจจุบันมากขึ้น การระบาดใหญ่ของ COVID-19 เป็นการปลุกเร้าที่สำคัญย้ำเตือนเราว่าเราต้องการโลกที่มีสุขภาพที่ดีเพื่อให้ทุกคนมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี มั่นคงและปลอดภัย ในด้านสุขภาพของพิภพโลก(Planetary Health) ที่กำลังเกิดขึ้นใหม่เป็นกรอบในการทำความเข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างกันเหล่านี้และระบุแนวทางแก้ไขสำหรับความท้าทายที่ซับซ้อน เผชิญหน้ากับอารยธรรมของเรา การสร้างบทบาทและความรับผิดชอบที่เป็นเอกลักษณ์ของสถาบันการศึกษาในการกำหนดอนาคตของเรา การสร้างและฝังรากการศึกษาด้านสุขภาพของพิภพโลก ไว้ในหลักสูตรการเรียนการสอนจึงเป็นขั้นตอนสำคัญในการบรรลุการเปลี่ยนแปลงที่จำเป็น การให้ความรู้ด้านสุขภาพของพิภพโลกในทุกระดับและทุกสาขาวิชาจะจัดให้มีและช่วยให้ผู้เรียนสามารถขับเคลื่อนการดำเนินการแบบสหวิทยาการและเสริมแรงร่วมกันเพื่อปกป้องและฟื้นฟูสุขภาพของพิภพโลก และบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนได้ (Sustainable Development Goals, SDGs).

อย่างไรก็ตามยังไม่มีกรอบการทำงานที่ชัดเจนเพื่อชี้นำสถาบันนักรศึกษาและผู้เรียน เพื่อแก้ไขช่องว่างปัญหานี้ สถาบันการศึกษาและหน่วยงานของผู้นำทางความคิดด้านสุขภาพและการศึกษาของ Planetary health ได้รับการประชุมโดย Planetary Health Alliance เพื่อสร้างกรอบการศึกษาด้านสุขภาพ ระหว่าง เดือนธันวาคม พ.ศ.2562 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2564 หน่วยงานพยายามที่จะสร้างหลักการพื้นฐาน 12 ประการสำหรับการศึกษาด้านสุขภาพพิภพโลก เพื่อสร้างกรอบการทำงานที่ทำหน้าที่เป็นภาษาพื้นฐานทั่วไปในสาขาวิชาและทำหน้าที่เป็นรากฐานที่สำคัญสำหรับกลยุทธ์การศึกษาที่หลากหลาย 3 กรอบนี้มุ่งมั่นที่จะก้าวไปไกลกว่าความสามารถที่กำหนดไว้เพื่อรับรู้คำถามที่หลากหลาย สิ่งที่แสดง วิธีการเชิงกลยุทธ์ การศึกษาด้านสุขภาพพิภพโลก กรอบนี้เป็นการตีความที่มีการจัดระเบียบ แต่มีพลวัตเกี่ยวกับความกว้างของการศึกษาด้านสุขภาพ ส่งเสริมการเรียนรู้วิธีการสอนแบบมีส่วนร่วมและเส้นทางการเรียนรู้ที่ไม่เหมือนใครซึ่งตอบสนองต่อบริบทของสิ่งแวดล้อมและสังคม ลำดับความสำคัญของท้องถิ่น เทคโนโลยีและทรัพยากรที่มีอยู่ในสภาพแวดล้อมการเรียนรู้แต่ละแห่งแตกต่างกันไป

กรอบนี้ช่วยอำนวยความสะดวกในการสร้างโปรแกรมการศึกษาและแหล่งการเรียนรู้ที่หลากหลายในด้านสุขภาพ โดยกำหนดเป้าหมายสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาเพื่อการมีจุดยืนที่ไม่เหมือนใครในสังคมทั่วโลกในฐานะแหล่งที่มาของความเป็นผู้นำทางความคิดและในฐานะผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญในการพยายามพัฒนา กรอบนี้มี

*เอกสารเรียบเรียงจากบทความ A framework to guide planetary health education. Lancet Planet Health 2021

ความเกี่ยวข้องกับผู้เรียนในระดับอุดมศึกษา กรอบการศึกษาด้านสุขภาพพิจารณาโดเมนพื้นฐาน 5 ประการที่เชื่อว่าประกอบด้วยสาระสำคัญของความรู้ค่านิยมและการปฏิบัติด้านสุขภาพของพิภพโลก (ภาพที่ 1) ประการแรก การเชื่อมต่อโครงข่ายภายในอย่างเข้าใจธรรมชาติ การส่งเสริมความเห็นอกเห็นใจต่อพิภพโลกผ่านการรับรู้ถึงลักษณะส่วนบุคคลความรู้ความเข้าใจสังคมและอารมณ์ของกระบวนการศึกษาเป็นองค์ประกอบสำคัญของกรอบ การเชื่อมต่อนี้ระหว่างกันภายในธรรมชาติเป็นวิธีการที่ความรู้ความเข้าใจ (ความรู้ลึกของการเชื่อมต่อ) อารมณ์ (องค์ประกอบการดูแล) และพฤติกรรม (ความมุ่งมั่นที่จะกระทำ) ถูกรวมเข้าด้วยกันเมื่อออกแบบกลยุทธ์การศึกษาที่เปลี่ยนแปลง ในฐานะส่วนหนึ่งของโดเมนนี้การรวมเข้าด้วยกัน วิธีการรู้ ยอมรับความรู้ที่หลากหลายและประเพณีทางจิตวิญญาณที่สอนถึง ความเชื่อมโยงที่ลึกซึ้งภายในธรรมชาติ มานุษยวิทยาและสุขภาพชาวบ้าน สังคมเศรษฐกิจ วัฒนธรรมสิ่งแวดล้อมโลกาภิวัตน์และลำดับความสำคัญทางมานุษยวิทยาการเปลี่ยนแปลงพิภพโลก ระดับความเท่าเทียมและความยุติธรรมทางสังคม ความคิดเชิงระบบและความซับซ้อนการเคลื่อนไหวและการเปลี่ยนแปลงระบบการแลกเปลี่ยนระหว่างกันภายในองค์การความซับซ้อนของมานุษยวิทยาและสุขภาพการเชื่อมต่อนี้ความยุติธรรมและความยุติธรรมทางสังคมระบบความคิดและความซับซ้อนการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ (ตารางที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบการศึกษาด้านสุขภาพของพิภพโลกที่แกนหลักของกรอบนี้คือโดเมนการศึกษาด้านสุขภาพทั้งห้าที่แสดงในรูปที่เกี่ยวพันกันคล้ายกับเกลียวของเชือก แม้ว่าแบบจำลองจะแยกแต่ละโดเมนออกจากกัน แต่ความเป็นจริงของสุขภาพของดาวเคราะห์ต้องการให้เราเข้าใจธรรมชาติที่พึ่งพาซึ่งกันและกันและเชื่อมโยงกันของแต่ละโดเมน การแบ่งโดเมนเป็นแบบจำลองมีวัตถุประสงค์อธิบายให้เห็นความเชื่อมโยงกัน

Source: Lancet Planet Health 2021 เผยแพร่ออนไลน์ 21 เมษายน 2021 [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(21\)00110-8](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(21)00110-8)

ประการที่สอง แอนโทร – โฟซีน (Anthropocene) และสุขภาพ มีลักษณะการหยุดชะงักครั้งใหญ่ในกระบวนการของระบบโลกซึ่งเป็นผลมาจากการขยายตัวของรอยเท้าทางนิเวศวิทยาของมนุษยชาติ โดเมนนี้มุ่งเน้นไปที่ความเข้าใจว่าผลกระทบของมนุษย์ที่เฉพาะเจาะจงต่อระบบธรรมชาติของโลกนั้นเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพอย่างไร การทำความเข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างมนุษย์สัตว์และสุขภาพจำเป็นต้องใช้แนวทางทางสังคมและนิเวศวิทยาในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันและควบคุมโรคตั้งแต่ระดับบุคคลไปจนถึงปัจจัยกำหนดระดับ

ประชากรของสุขภาพของมนุษย์สัตว์และระบบนิเวศ โดเมนนี้ยังมุ่งเน้นไปที่การทำความเข้าใจปัจจัยพื้นฐานและสื่อกลางที่ช่วยเพิ่มหรือลดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ เช่น วัฒนธรรมระบบคุณค่าการกำกับดูแลและเทคโนโลยี ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ในโดเมนที่สื่อความเสมอภาคและความยุติธรรม

ตารางที่ 1 การเปลี่ยนแปลงของมนุษย์ที่เลือกและผลกระทบต่อสุขภาพหลายมิติ

การเปลี่ยนแปลงของมานุษยวิทยา (Anthropogenic Changes)	ผลกระทบต่อสุขภาพ (Health Impacts)
● ความหลากหลายทางชีวภาพเปลี่ยนแปลง ● การเปลี่ยนแปลงการใช้ที่ดิน ● การเปลี่ยนแปลงของกระแสน้ำชีวเคมี ● มลภาวะทั่วโลก ● อากาศเปลี่ยนแปลง ● สภาพอากาศที่รุนแรง ● ทรัพยากรพร่อง (เช่นอาหารและน้ำ) ● การเปลี่ยนแปลงของสารอาหารในอาหาร	● การเปลี่ยนรูปแบบการติดเชื้อโรค ● การเปลี่ยนรูปแบบโรคไม่ติดต่อ ● การเปลี่ยนแปลงโรคทางโภชนาการ ● การเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพจิต ● การเปลี่ยนแปลงอนามัยการเจริญพันธุ์

ประการที่สาม การคิดเชิงระบบและความซับซ้อน สาขาสุขภาพของพิภพโลก ใช้แนวทางการคิดเชิงระบบที่ให้ความสำคัญนานในสาขานิเวศวิทยาและอธิบายว่าองค์ประกอบต่างๆมีปฏิสัมพันธ์และรวมตัวกันเป็นส่วนหนึ่งของระบบที่ซับซ้อนอย่างไร ภายในสุขภาพของดาวเคราะห์และเพื่อวัตถุประสงค์ของกระบวนการศึกษา จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอธิบายลักษณะของความเชื่อมโยงระหว่าง การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของมนุษย์ในระดับภูมิสารสนเทศและเชิงโลกที่แตกต่างกัน การทำเช่นนี้ต้องอาศัยความเข้าใจบนพื้นฐานของระบบที่รวมลักษณะของระบบการปรับตัวที่ซับซ้อน เช่น ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุแบบไม่เป็นเชิงเส้นหรือแบบวงกลมหรือการใช้ประโยชน์จากจุดต่างๆลักษณะที่เกิดขึ้นใหม่และการจัดระเบียบตนเอง ภายในโดเมนนี้ผู้เรียนจะทำงานเพื่อการตระหนักรู้ในตนเองเพื่อยอมรับอคติและรากฐานของญาณวิทยาของตนเอง

ประการที่สี่ ความเสมอภาคและความยุติธรรม ความเสมอภาคและความยุติธรรมในสุขภาพของพิภพโลก ตั้งอยู่บนสิทธิของมนุษย์และสิทธิของธรรมชาติทำให้ประชากรมนุษย์และระบบนิเวศทั้งในปัจจุบันและอนาคตมีโอกาที่จะได้รับพลังอย่างเต็มที่ การตระหนักถึงความเสมอภาคและความยุติธรรมต้องการการจัดความเหลื่อมล้ำในระบบเพื่อไม่ให้ประชากรต้องรับภาระของผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่ไม่ได้สัดส่วนในขณะที่คนอื่น ๆ สามารถเติบโตได้ กระบวนการศึกษาดังกล่าวต้องยอมรับความไม่เท่าเทียมกันทางโครงสร้างและความยุติธรรมทางประวัติศาสตร์และการเมือง การเหยียดเชื้อชาติและทุนนิยมหรือเสรีนิยมใหม่มีส่วนในการตัดสินใจของประชากรและสภาพแวดล้อมที่เสื่อมโทรม ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพของพิภพโลก ในอนาคตจะต้องสามารถสร้างสถาบันขึ้นมาใหม่ เช่น กฎหมายการดูแลสุขภาพและการศึกษาที่ส่งเสริมและสร้างซ้ำความไม่เท่าเทียมกันและกำหนดสภาพความเป็นอยู่ของพิภพโลก

ประการที่ห้า การขับเคลื่อนรองรับระบบที่เปลี่ยนแปลง จำเป็นต้องมีการขับเคลื่อนที่มีประสิทธิภาพเพื่อแก้ไขวิกฤตสุขภาพอย่างเร่งด่วน เช่น กรณีการระบาดโรครุนแรง ตรงกันข้ามกับความเชื่อที่เป็นที่นิยมการเคลื่อนไหว

ไม่ได้เกิดขึ้นเพียงเพื่อตอบสนองต่อช่วงเวลาที่กำหนด การดำเนินการต้องการความสัมพันธ์ที่ครอบคลุมกลยุทธ์ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการเป็นหุ้นส่วนการเปลี่ยนแปลง โดเมนนี้จัดการกับองค์ประกอบเหล่านี้เพื่อให้ผู้เรียนและผู้เชี่ยวชาญในอนาคตสามารถสร้างการขับเคลื่อนที่มีประสิทธิภาพเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของระบบและการเปลี่ยนแปลงที่ยิ่งใหญ่ไปสู่อนาคตที่เป็นธรรม การให้คำปรึกษาและการพัฒนาชุดทักษะที่เป็นรูปธรรมช่วยลดความไม่แยแส เพิ่มการมีส่วนร่วมและสร้างแรงผลักดันที่จำเป็นสำหรับการเปลี่ยนแปลงให้ได้

ดังนั้นสถาบันการศึกษาในฐานะผู้ให้และผู้เรียน ควรประสานพลังการเรียนรู้ในแนวทางใหม่ต่อการปรับเปลี่ยนสุขภาพของพิภพโลก เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการกำหนดบริบทความแตกต่างระหว่างสาขา รวมถึงความหลากหลายทางญาณวิทยา แนวทางการแก้ปัญหาการดำเนินการและแนวทางการเปลี่ยนแปลงในการศึกษาจะต้องได้รับการออกแบบโดยเชิงกลยุทธ์และทรัพยากร การเปลี่ยนแปลงของการศึกษานี้จะส่งเสริมชุมชนในท้องถิ่นและสังคมในการทำงานเพื่อความเป็นอยู่ที่ดี มีความยุติธรรมและสภาพแวดล้อมที่ดีสำหรับทุกคน

References

- Guzmán.,C.F., Aguirre., A.A., Astle., B., Barros., E., Bayles., B.,Chimbari., M.,.....,Osano, O. (2021). A framework to guide planetary health education. *The Lancet Planetary Health*, 5, e253-255.
- Stone, S., Myers, S., Golden, C. (2018). Cross-cutting principles for planetary health education. *The Lancet Planet Health*, 2: e192–93.
- United Nations. (2015). *Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development*. Retrieved from <https://www.un.org/development/desa/dspd/2015/08/transforming-our-world-the-2030-agenda-for-sustainable-development>.

คำแนะนำการส่งบทความ

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ

กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ(Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS) ขอเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการและบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น และเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้เขียนจะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสาร

ข้อกำหนดและชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. เป็นผลงานวิชาการ ประเภทบทความวิชาการ (Article) ภาษาไทย หรือ ภาษาอังกฤษ ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัย (Research article) ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรองและลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์
3. บทความปริทัศน์ (Review article) บทความพิเศษ และปกิณกะ
4. บทความวิจารณ์หนังสือ (Book review)
5. ผลงานวิชาการจะได้รับการพิจารณากลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควรไม่น้อยกว่า 2 คน
6. ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ จำนวน 2,500 บาท

การเตรียมต้นฉบับบทความ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน-ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. ด้านขวา 2.54 cm. จำนวน 12 หน้า (ไม่รวมรายการอ้างอิง) และรายการอ้างอิงต้องไม่เกิน 30 รายการ รวมรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลาง ขนาดอักษร 17
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรงกับชื่อผู้เขียน ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่มเบอร์โทรศัพท์และ e-mail ในส่วนล่างสุด
4. มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำตอบคัดย่อ
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)
6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16
7. การใช้ตัวเลขคำย่อและวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น (ระบุคำเต็มไว้ในครั้งแรก) การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning
8. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้
 - บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
 - บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
 - บทนำ
 - วัตถุประสงค์

- สมมติฐาน (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดการวิจัย(ถ้ามี)
- ระเบียบวิธีวิจัย
- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- การเก็บรวบรวมข้อมูล
- การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- การนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- บรรณานุกรม

9. บทความวิชาการ ประกอบด้วย

- บทความย่อ (ภาษาไทย)
- บทความย่อ (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องนำเสนอตามลำดับ
- บทสรุป
- ข้อเสนอแนะ
- บรรณานุกรม

10. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 6thEdition โดย ศึกษา รายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <http://lumenjournals.com/wp-content/uploads/2017/08/APA6thEdition.pdf> และ <http://www.journalclinicpsy.org/index.files/APA6th.pdf>

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

1. การอ้างอิงในเนื้อหา ใช้ระบบนาม- ปี (Name – year system) ชื่อผู้แต่งภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้เขียนเฉพาะนามสกุล ทุกคน ถ้ามากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al., ดังตัวอย่าง
(Thepaksorn, 2018)
(Thepaksorn, Daniell & Thetkatheuk, 2018)
(Thepaksorn, Koizumi, Neitzel, Pongpanich, Siriwong, Keifer et al, 2018)
2. การคัดลอกข้อความ ใช้ระบบนาม- ปี และข้อความที่คัดลอกมาอยู่ในเครื่องหมาย “.....” กรณีชื่อผู้แต่งภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ เช่น
Bandura (1991) ให้นิยามว่า “จริยธรรมคือ กฎสำหรับการประเมินพฤติกรรม”...
“ปัจจัยสู่ความสำเร็จของการปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ คือการพัฒนาความสามารถของประชาชนให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้” (Tanasugarn, 2018)

3. การอ้างอิงท้ายบทความ

3.1 บทความทั่วไป ชื่อผู้แต่งภาษาไทยและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใส่ชื่อสกุลผู้ร่วมงานทุกคน ถ้าไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทั้ง 6 คน หากมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรกตามด้วยคำว่า “et al.,” สำหรับบทความ หนังสือหรือเอกสาร ที่เป็นภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษทั้งข้อความ และให้วงเล็บ (in Thai) ดังตัวอย่าง

Yuychim, P., Niratharadorn, M., Sirimpunkul, P., Buaboon, N. (2018). Effects of a Family Participation Program in Managing Drug Managing Drug Use Behaviors among Older Adults with Chronic Disease in Phun Phin Community. *Journal of Public Health*, 48(1): 44-53.

Thepaksorn, P., Fadrilan-Camacho, V. & Siriwong, W. (2017). Respiratory symptoms and ventilatory function defects among Para rubber wood sawmill workers in the South of Thailand. *Human and Ecological Risk Assessment: An International*, 23(4):788-797.

Fraenkel, R. J., Wallen, E. N. & Hyun, H. H. (2012). *How to Design and Evaluate Research in Education*. (8th ed.). New York: McGraw-Hill.

3.2 ผู้เขียนเป็นกลุ่มหน่วยงาน

Praboromarajchanok Institute of Health Workforce Development. (2013) *Collection of Academic Performance in Humanized Service Mind*. Nontaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)

3.3 การอ้างอิงเฉพาะบทในหนังสือ

Waite, J. (2011). “Information and Documentation. In Potter, A.P., Perry, G.A., Stockert, A.P. & Hall, A.” *Basic Nursing Challenge*. (pp. 142-164). Missouri: Mosby/Elsevier.

3.4 การอ้างอิงเอกสารจากอินเทอร์เน็ต

Chen, M.W., Santos, H.M., Que, D.E., Gou, Y.Y., Tayo, L.L., Hsu, Y.C. (2018). Association between Organochlorine Pesticide Levels in Breast Milk and Their Effects on Female Reproduction in a Taiwanese Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Retrieved 3, 2018 from <http://www.mdpi.com/1660-4601/15/5/931>.

3.5 วิทยานิพนธ์

Hom, K. E. (2018). *Association of Air Pollution with Longitudinal Changes in Arterial Stiffness and Correlated of Longitudinal Changes in Arterial Stiffness in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA)*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctoral of Philosophy, University of Washington.

การส่งบทความ

ต้นฉบับผลงานวิจัยและหนังสือรับรองบทความ/ผลงานวิจัยต้องส่งในระบบ online ถึงบรรณาธิการวารสารที่ <https://www.tci-thaijo.org/> หรือ <http://journal.scphtrang.ac.th/> หรือ tjph-editor@scphtrang.ac.th

สอบถามข้อมูลได้ที่

ดร.พยงค์ เทพอักษร (บรรณาธิการ)

สำนักงานวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ตู้ ปณ. 174 ปทจ.ตรัง 92000

Tel. 088-7531547

tjph-editor@scphtrang.ac.th

จริยธรรมการตีพิมพ์ (Publication Ethics)

ของวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

(Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS)

(ปรับปรุง 3 ตุลาคม 2564)

หน้าที่และความรับผิดชอบของ ผู้เขียนบทความ หรือ ผู้พิมพ์ บรรณาธิการ และ ผู้ประเมินบทความ ของวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ(Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS) เป็นไปตามมาตรฐานคณะกรรมการจริยธรรมการตีพิมพ์ (COPE) และมาตรฐานทางจริยธรรมของคณะกรรมการจริยธรรมการตีพิมพ์ (COPE Code of Conduct)

1. บทบาทและหน้าที่ของผู้เขียนบทความ หรือ ผู้พิมพ์ (Duties of Authors) หรือ ผู้รับผิดชอบบทความ (Corresponding Author)

- 1.1 ผู้เขียนบทความต้องรับรองว่าผลงานที่เขียนขึ้นได้มาจากข้อเท็จจริงจากการศึกษาและการวิจัย ไม่ได้บิดเบือนข้อมูล และไม่มีข้อมูลที่เท็จ สามารถร้องขอ หรือ ตรวจสอบได้หากมีประเด็นหรือข้อมูลที่สงสัย
- 1.2 ผลงานของผู้เขียนบทความต้องเป็นผลงานที่ไม่เคยตีพิมพ์หรือเผยแพร่ที่ไหนมาก่อน หากมีการตรวจสอบพบระหว่างการดำเนินการ (Submission) หรือ ดำเนินการตีพิมพ์เผยแพร่ไปแล้ว (Accepted) จะมีการถอนบทความจากการดำเนินการหรือการตีพิมพ์
- 1.3 ผู้เขียนบทความต้องไม่คัดลอกผลงานของผู้อื่น และต้องมีการอ้างอิงทุกครั้งเมื่อนำผลงานของผู้อื่นมานำเสนอหรืออ้างอิงในเนื้อหาของบทความของตนเอง ตามหลักวิชาการและอ้างอิงตามข้อกำหนดของวารสาร
- 1.4 ในกรณีที่วารสารรับทราบจากผู้เขียนบทความคัดลอกผลงาน หรือนำส่งผลงานซ้อนกับวารสารฉบับอื่น หรือผลงานอื่นๆที่เคยถูกตีพิมพ์มาก่อน วารสารขอสงวน ยกเลิกและถอนบทความดังกล่าว พร้อมดำเนินการแจ้งผู้เกี่ยวข้อง และ/หรือหน่วยงานต้นสังกัดของผู้เขียนบทความ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจ หรือ ผลพิจารณาของบรรณาธิการ
- 1.5 ผู้เขียนบทความพิจารณาและรับรองความเกี่ยวข้องกับจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ และ/หรือ จริยธรรมการวิจัยด้านอื่นๆสำหรับงานวิจัยของตน
- 1.6 ผู้เขียนบทความควรแจ้งให้ผู้อ่านทราบเกี่ยวกับผู้ให้ทุนสนับสนุนงานวิจัยและบทบาทของผู้ให้ทุนวิจัยในการทำวิจัยนั้นๆ

2. บทบาทและหน้าที่ของบรรณาธิการวารสาร (Duties of Editor)

- 2.1 บรรณาธิการมีหน้าที่พิจารณาและตรวจสอบบทความที่ส่งมาเพื่อเข้ารับการพิจารณาตีพิมพ์กับวารสารทุกบทความ โดยพิจารณาเนื้อหาของบทความที่สอดคล้องกับเป้าหมายและขอบเขตของวารสาร รวมถึงการตรวจสอบ คัดกรองบทความ และระเบียบวิธีวิจัยที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์ด้วยหลักการทางวิชาการ ตลอดจนคุณภาพบทความในกระบวนการประเมินและคุณภาพบทความก่อนการตีพิมพ์
- 2.2 บรรณาธิการต้องใช้เหตุผลทางวิชาการและวิจัยในการพิจารณาบทความทุกครั้งโดยปราศจากอคติที่มีต่อบทความ และผู้เขียนบทความในด้านเชื้อชาติ เพศ ศาสนา วัฒนธรรม การเมือง และสังกัดของผู้เขียนบทความ
- 2.3 บรรณาธิการต้องให้ข้อเสนอแนะให้เกิดความกระจ่าง ตามความประสงค์ของผู้อ่านและผู้พิมพ์ สนับสนุนอิสระทางวิชาการในการแสดงความคิดเห็นบทความวิจัย
- 2.4 บรรณาธิการมีหน้าที่ดำเนินการวารสารให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของวารสาร ปรับปรุง และพัฒนาวารสารให้ได้มาตรฐานอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ปรับปรุงตรวจสอบ ควบคุมและรับฟังคำชี้แนะจากกองบรรณาธิการ เพื่อ

พัฒนาวารสารอย่างสม่ำเสมอ คงไว้ซึ่งความถูกต้องของผลงานทางวิชาการและมาตรฐานการตีพิมพ์ของกอง

บรรณาธิการวารสาร รับรองคุณภาพของงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์

2.5 ในระหว่างการประเมินบทความ บรรณาธิการต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เขียนบทความและผู้ประเมินบทความแก่บุคคลอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้อง

2.6 บรรณาธิการทำหน้าที่ประสานงานและดำเนินการจัดประชุมกองบรรณาธิการอย่างสม่ำเสมอ

2.7 บรรณาธิการรักษามาตรฐานการตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิชาการและวิจัยตามข้อกำหนดของวารสารและมาตรฐานสากล

2.8 บรรณาธิการไม่ตีพิมพ์บทความในวารสารเพื่อป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of interest)

3. หน้าที่ของบรรณาธิการต่อผู้เขียนบทความ หรือ ผู้นิพนธ์

3.1 บรรณาธิการดำเนินการทุกอย่างเพื่อให้มั่นใจในคุณภาพของบทความที่ตีพิมพ์ เพื่อรับรองคุณภาพของงานวิจัยที่ตีพิมพ์

3.2 การตัดสินใจของบรรณาธิการต่อการยอมรับหรือปฏิเสธบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์นั้น ขึ้นอยู่กับความถูกต้องตามหลักวิชาการ ความสำคัญ ความใหม่ ความทันสมัย และความชัดเจนของบทความวิจัยหรือบทความวิชาการ

3.3 บรรณาธิการมีการชี้แจงหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการตรวจสอบประเมินบทความ (peer review) ตามข้อกำหนดของวารสารและคำแนะนำการส่งบทความ

3.4 วารสารมีช่องทางให้ผู้นิพนธ์อุทธรณ์ได้หากผู้นิพนธ์มีความคิดเห็นแตกต่างจากการตัดสินใจของบรรณาธิการ

3.5 จัดพิมพ์คำแนะนำแก่ผู้นิพนธ์ในทุกประเด็นที่บรรณาธิการคาดหวัง ในทุกเรื่องที่คุณนิพนธ์ควรรับทราบ พร้อมทั้งควรมีการอ้างอิงหรือการเชื่อมโยงกับระเบียบดังกล่าวนี้ด้วย

3.6 บรรณาธิการไม่เปลี่ยนแปลงการตัดสินใจในการตอบรับบทความที่ถูกปฏิเสธการตีพิมพ์ไปแล้ว ยกเว้นมีปัญหาร้ายแรงเกิดขึ้นในระหว่างการส่งบทความมารับการพิจารณาและคำนึงถึงจริยธรรมการตีพิมพ์อย่างเคร่งครัด

3.7 พิจารณาผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญตรงตามสาขาของบทความและส่งบทความให้ผู้พิจารณาบทความโดยผู้พิจารณาบทความจะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้นิพนธ์จะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาบทความ (Double-blind)

4. หน้าที่ของบรรณาธิการต่อผู้ประเมินบทความ

4.1 ควรจัดพิมพ์คำแนะนำแก่ผู้ประเมินบทความในทุกประเด็นที่บรรณาธิการคาดหวัง และควรมีการปรับปรุงคำแนะนำให้ทันสมัยอยู่เสมอ พร้อมทั้งควรมีการอ้างอิงหรือการเชื่อมโยงกับระเบียบดังกล่าวนี้ด้วย

4.2 บรรณาธิการควรมีระบบที่ปกป้องข้อมูลส่วนตัวของผู้ประเมินบทความ

5. บทบาทและหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ (Duties of Reviewers)

5.1 ผู้ประเมินบทความต้องคำนึงถึงคุณภาพบทความเป็นหลัก พิจารณาบทความภายใต้หลักการและเหตุผลทางวิชาการและการวิจัยโดยปราศจากอคติหรือความคิดเห็นส่วนตัว และไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้เขียนบทความ

5.2 ผู้ประเมินบทความต้องไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้เขียนบทความหรือเหตุผลอื่นๆ ที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อคิดเห็นอย่างเป็นอิสระได้ โดยผู้ประเมินบทความต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบและปฏิเสธการประเมินบทความนั้น

5.3 ผู้ประเมินบทความต้องประเมินบทความในสาขาวิชาที่ตนมีความเชี่ยวชาญ โดยพิจารณาจากคุณภาพของบทความเป็นสำคัญไม่ใช่ความคิดเห็นส่วนตัวที่ไม่มีข้อมูลทางวิชาการและวิจัยรองรับ มาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินบทความ

5.4 หากผู้ประเมินบทความพบว่าบทความที่ประเมินมีส่วนหนึ่งส่วนใดที่มีความเหมือนหรือความซ้ำซ้อนกับบทความหรือผลงานอื่น ผู้ประเมินบทความต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบด้วย

5.5 ผู้ประเมินบทความต้องรักษาระยะเวลาการประเมินบทความตามกรอบเวลาประเมินที่วารสารกำหนด รวมถึงไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องได้รับรู้

📍 คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก

ตึกปณ.174 ปทจ.ตริ่ง 92000

CONTACT

☎ 075-291540-2

✉ e-mail: tjph-editor@scphtrang.ac.th



TJPBS
THAI JOURNAL
OF PUBLIC HEALTH AND HEALTH SCIENCES