

วารสารสาธารณสุข

และวิทยาศาสตร์สุขภาพ

THAI JOURNAL OF PUBLIC HEALTH AND HEALTH SCIENCES



2022+



ปีที่ 5 ฉบับที่ 3
กันยายน - ธันวาคม 2565





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 พืชวิทยา 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.วิทยา อยู่สุข	คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
ดร.อาภาพร ฤทธิพนธ์	รองคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
ดร.นพมาศ เครือสุวรรณ	รองคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
ผศ.ณรงค์ ใจเที่ยง	รองคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
ดร. อรรถนพ สนธิไชย	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
ชัยวัฒน์ พันธุ์ศรี	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
สุนทร ปราบเขต	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
สมศักดิ์ มงคลธวัช	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

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
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

บรรณาธิการที่ปรึกษานานาชาติด้าน linguistics

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

บรรณาธิการ

บรรณาธิการ

ดร.พยงค์ เทพอักษร

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.สุพามาภรณ์ ศรีวิศิษฐ์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ดร.กรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ดร.บุบผา รักชานาม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.นพ.พงษ์เทพ วิวรรณะเดช

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ศ.ดร.วงศา เล้าศิริวงศ์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ศ.ดร.นพ.วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รศ.ดร. วาริท เจาะจิตต์

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

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. จรวย สุวรรณบำรุง

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

รศ.ดร. จำนงค์ ธนะภพ

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ผศ.ดร.นพ.ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผศ.ดร พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

พ.อ. ผศ. ดร. นพ. ราม รังสินธุ์

วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า

ดร.ชาคริยา พรหมสุบรรณ

มหาวิทยาลัยนเรศวร

ดร.พิมาน อีระรัตนสุนทร

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ดร.ธงชัย อามาดยบัณฑิต

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ดร.เกศรา แสนศิริวิสุต

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 ระบาดวิทยา

ดร.จุรีรัตน์ กิจสมพร

มหาวิทยาลัยชินวัตร

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

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

ดร.วรัญญา อรุณทยานันท์

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก



สุจิตา โอภาสี

วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร

กองบรรณาธิการนานาชาติ

Prof.Dr.Richard N.Neitzel

University of Michigan, USA

Assoc.Prof.Dr.Petra von Heideken Wågert

Mälardalen University, Sweden

Dr.Tri Dung Phung

University of Queensland, Australia

Assoc.Prof.Dr. Omid Dadrad

Western Norway University of Applied Science,
Norway

ฝ่ายจัดการ

ดร.สุทัศน์ เสียมไหม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ณวัฒน์ กิตติภัทรไพบุลย์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

วิภาวรรณ แก้วลาย

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

บรรณาธิการแถลง

สถาบันพระบรมราชชนก โดยคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ ร่วมกับ กองวิจัยและพัฒนา นวัตกรรม กองยุทธศาสตร์และวิเทศสัมพันธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ และ คณะแพทยศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการการประชุมวิชาการระดับนานาชาติขึ้น ภายใต้ชื่อ “โครงการการประชุม วิชาการระดับนานาชาติ ครั้งที่ 2 ของสถาบันพระบรมราชชนก ประจำปีงบประมาณ 2566 (The Second International Conference on Advancement in Health Sciences Education and Professions 2023: Health and Well-being beyond Global Boundaries (iHSEP2023)) โดยจัดให้มีการประชุมวิชาการระดับ นานาชาติเพื่อส่งเสริมความร่วมมือด้านการวิจัย การพัฒนาองค์ความรู้ทางการวิจัย และยกระดับสถาบันพระบรมราช ชนกให้เป็นเวทีสำหรับนักวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการนำเสนอผลงานวิจัยให้ ปรากฏแก่ชาวต่างชาติที่มาร่วมการประชุมวิชาการ

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ได้เปิดหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหา บัณฑิต (ส.ม.) หลักสูตรใหม่ พ.ศ. 2566 ใน 4 วิทยาลัยฯ คือ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง สุพรรณบุรี ชลบุรี และ ยะลา โดยเปิดก่อนหน้านี้นี้แล้วคือ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น (พ.ศ. 2563) และ พิษณุโลก (พ.ศ. 2564) และยังเตรียมเปิดหลักสูตรนานาชาติ ของคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ คือ หลักสูตร Master of Public Health (International Program) หลักสูตรใหม่ พ.ศ. 2566 โดยการขอเปิดหลักสูตร นี้ เพื่อตอบสนองกลยุทธ์และนโยบายของสถาบันพระบรมราชชนก และพัฒนาศักยภาพของบุคลากรด้านสาธารณสุข ในระดับนานาชาติ โดยจัดการศึกษาที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ (Outcome based education) สอดคล้องกับความต้องการ และพื้นฐานของผู้เรียนซึ่งยังส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต

ทางกองบรรณาธิการขอถือโอกาสในการส่งมอบปีใหม่ และขออำนาจแห่งคุณพระศรีรัตนตรัย และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ท่านเคารพนับถือ พร้อมด้วยพระบารมีแห่งพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร และพระบาทสมเด็จพระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่๑๐ จงปกป้องคุ้มครอง ให้ทุกท่าน ประสบแต่ความสุข ความเจริญ และความเป็นมงคล ปราศจากโรคร้ายทั้งปวง ตลอดพุทธศักราช 2566 ที่จะมาถึงนี้ และขอถวายพระพร สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าพัชรกิติยาภา นเรนทิราเทพยวดี กรมหลวงราชสาริณีสิริพัชร มหาวัชรราชธิดา ขอให้ทรงหายจากพระอาการประชวรและมีพระพลานามัยแข็งแรงโดยเร็ววัน

ในฉบับที่ 3 (เดือนกันยายน – ธันวาคม) ประจำปี 2565 มีบทความวิจัยและวิชาการ ที่ได้รับการตีพิมพ์ ประกอบด้วย ผลงานวิจัยและบทความวิชาการ จำนวน 13 เรื่อง กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขและ วิทยาศาสตร์สุขภาพ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านสมาชิก คณาจารย์ นักวิจัย นักศึกษา บุคลากรทางการแพทย์และ สาธารณสุข ตลอดจนศิษย์เก่า และบุคคลทั่วไปที่สนใจได้รับความรู้และนำความรู้ที่ได้จากบทความดังกล่าวไปใช้ ประโยชน์ในการปฏิบัติงาน การเรียนการสอน และทำวิจัย ตลอดจนเป็นข้อมูลอ้างอิงในเชิงวิชาการต่อไปซึ่งท่าน สามารถสืบค้น และดาวน์โหลดบทความในวารสารได้ที่ เว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjph/index>

สารบัญ

เรื่อง

หน้า

บรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ

บรรณาธิการแถลง

บทความวิจัย (Original Article)

การจัดการเชิงกลุ่มเพื่อการพัฒนาคุณภาพผู้ปกครองและครูในการประเมินและเฝ้าระวังพัฒนาการเด็ก ต่ำกว่า 5 ปี ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กภายใต้การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดพัทลุง 1

Group-Based Management for Development Practice on Self-assessment and Surveillance of Early Childhood Development among Child Caregivers and Teachers in Child Development Center, Local Administration Organizations, Phattalung Province
โสเมศิริ เดชรัตน์, พิริยะลักษณ์ เพชรห้วยลึก, ธนวรรณ บัวเจริญ

การศึกษาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดอุบลราชธานี 18

The Study of Social Welfare Management for the Elderly of Local Administrative Organization in UBon Ratchathani Province
นิธิศ ธานี, สุวรรณ ภัทรเบญจพล, อนุวัฒน์ วัฒนพิชญากุล

ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เขตชนบท จังหวัดอุบลราชธานี 36

Oral Health Literacy and Associated Factors of Dental Caries Prevention Behavior among Junior High School Students in Rural Areas Ubon Ratchathani Province
กิตติยา ศรีมาฤทธิ, นิยม จันทน์นวล

ผลของโปรแกรมอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพต่อความรู้ เจตคติ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานี 51

The Effects of the Resuscitation Training Program on Knowledge, Attitude and Resuscitation Skills among Village Health Volunteers in Pathum Thani province

นัตยา ดวงประทุม, ทศพร ชูศักดิ์, ทิวักร พระไชยบุญ

ความต้องการบริการสุขภาพของวัยรุ่นสาวประเภทสอง 68

Health Service Needs for Male-to-female Transgender Adolescents

หทัยรัตน์ สุขศรี, ศันสนีย์ จันทสุข, พัทยา ศรีเมือง, ศศิวิมล ทองพั้ว

**ความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างการติดสื่อโซเชียลมีเดียกับภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวลในผู้สูงอายุ
ที่มาใช้บริการที่คลินิกตรวจโรคเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า** 81

Prevalence and the Relationship between Social Media Addiction with Depression and Anxiety among Older Adults at Family Medicine Clinic in Phramongkutklao Hospital

พิธาน จินดาวัฒนวงศ์, กุลเชษฐ์ เกษะโกมล, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ

**การศึกษาคุณสมบัติทางเคมีกายภาพและการเปรียบเทียบองค์ประกอบทางเคมีของโกฐกระดูกและ
กระเทียม สมุนไพรที่ใช้แทนกันได้ตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย** 98

Physicochemical Properties and Comparison of Chemical Composition of Aucklandia root and Zerumbet ginger, A Substitute Herb According to Thai Traditional Medicine

สุภัทรา กลางประพันธ์, ณัฐภูมิ ธานี, นริศราภรณ์ พิมพ์พรหม

การศึกษาความเสี่ยงต่อการเกิดโรครองเท้าของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดลำพูน 114

A Study on the Risk of Plantar Fasciitis Among Community Hospital Personnel, Lamphun Province in Lamphun Province

นิติรัตน์ มีกาย, พิษญาภา รัตนทะนุกุล

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอบ้านไผ่
จังหวัดขอนแก่น** 124

Factors associated with Alcohol Drinking among Hypertension Patients in Banphai District, Khon Kaen Province

ชนกนันท์ แสนสุนนท์, กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์

- การพัฒนาสมรรถนะการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในมุมมองผู้บริหารของเขตสุขภาพ 1 - 12** 138
Personal competency development among Public Health workers by Administrators of
Regional Health Office 1 – 12

ชมพูนุช สุภาพวานิช, ไพสิฐ จิรรัตนโสภ, เบญจวรรณ พุฒนันท์วัฒนกุล, บุญแทน กิ่งสายหยุด

- เปรียบเทียบประสิทธิผล ความปลอดภัยและความพึงพอใจในการใช้ยาของตำรับยาทาพระเส้นกับไดโครเฟเนคเจลในการรักษาโรคข้อเข่าอักเสบ** 154
A Comparative Efficiency, Safety and Satisfaction of Ta-Pha-Sen and Diclofenac Gel for
Treatment Osteoarthritis of Knees

คณิตา เพ็งสลด, ธวัชชัย กมลธรรม

- ประสิทธิผลของการนวดเท้าแผนไทยเพื่อลดอาการเท้าชาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2** 172
Efficacy of Thai Foot Massage to Reduce Numbness Sensation in Type 2 Diabetes Mellitus
Patients

ณัททชา ศรีณยุตติกุล, มาลินี บุญยรัตน์พันธุ์

- การพัฒนารูปแบบการสอนในวิชาผดุงครรภ์สำหรับการแพทย์แผนไทยด้วยคู่มือการสอนความสำคัญใน
การจัดการความปวดเรื่องการประเมินและการจัดการความปวดตามกรอบ Recognize Assess
Treatment Model (RAT Model)** 187

Development of a Teaching Model in Midwifery for Thai Traditional Medicine with a
Manual for Teaching the Importance of Pain Management on Pain Assessment and
Management according to the Recognize Assess Treatment Model (RAT Model)

เพลินตา อธิธิตานต์

ปกิณกะ

กรอบวิจัยข้อเสนอเชิงนโยบายในการสร้างเสริมสุขภาพด้วยแนวคิดสข.โมเดล (PBRI Model) 204

เชิงบูรณาการกับพันธกิจอุดมศึกษาสู่ชุมชนสุขภาวะ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Conceptual Framework of Health Policy for Health Promotion with PBRI Model by
Integrating with Higher Education Missions into Healthy Communities, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute

กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, ศุภกิจ เจริญสุข, พิศิษฐ์ พลธนะ, พรฤดี นิธิรัตน์, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ

คำแนะนำการส่งบทความ 209

จริยธรรมวิจัยและการตีพิมพ์ 213

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: July 9, 2021

Revised: June 6, 2022

Accepted: Sept. 1, 2022

Published: Oct. 5, 2022

การจัดการเชิงกลุ่มเพื่อการพัฒนาคุณภาพผู้ปกครองและครูในการประเมิน
และเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กต่ำกว่า 5 ปี ศูนย์พัฒนาการเด็กเล็กภายใต้
การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดพัทลุง
Group-based management for development practice on self-
assessment and surveillance of early childhood development among
child caregivers and teachers in child development center, Local
Administration Organizations, Phattalung province, Thailand

โสมศิริ เดชารัตน์, พิริยะลักษณ์ เพชรห้วยลึก*, ธนวรรณ บัวเจริญ

คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

Somsiri Decharat, Piriylux Phethuayluk, Thanawan Buacharoen

Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University, Phattalung Campus

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) มีวัตถุประสงค์
1) เพื่อประเมินระดับความรู้ ทักษะ และความสามารถในการตรวจประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัย
ก่อนเรียนของกลุ่มผู้ปกครองและครูประจำศูนย์พัฒนาการเด็กเล็ก และ 2) เพื่อเปรียบเทียบผลการจัดการ
เชิงกลุ่มของกลุ่มผู้ปกครองและครูประจำศูนย์พัฒนาการเด็กเล็ก กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาค้นคว้านี้ ได้แก่
ตัวแทนผู้ปกครอง และตัวแทนครูจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงจากศูนย์พัฒนา
เด็กเล็ก 33 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสัมภาษณ์และชุดประเมินพัฒนาการเด็กเล็กก่อนวัยเรียน
ทำการศึกษาเดือนสิงหาคม 2562 – 30 มิถุนายน 2563 ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่า
เบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเปรียบเทียบ T-test. ผลการประเมินและเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 95.24) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 95.24) ผลการ
พัฒนาศักยภาพการจัดการเชิงกลุ่มด้านการประเมินและเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน พบว่า คะแนน
เฉลี่ยความรู้ ทักษะ และความสามารถในการประเมินของกลุ่มตัวอย่าง เพิ่มขึ้นโดยก่อนเข้าร่วมโครงการมี
คะแนนเฉลี่ย (SD) เท่ากับ 80.27 (10.24), 75.46(7.28), และ 82.43(12.61) เพิ่มขึ้นเป็น 85.77(9.57),
85.45(6.58) และ 89.50(10.20) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.022, 0.014 และ 0.002
ตามลำดับ ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ดังนั้น การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) เป็น
กระบวนการวิจัยที่เป็นวงจรของการสะท้อนคิด และการปฏิบัติ มุ่งเน้นรูปแบบของการประชุมร่วมกันทั้ง
แบบ Face to face และ Online ในช่องทางที่จัดตั้งตามมติของกลุ่มคือ Line กลุ่ม ในชื่อ กลุ่มไลน์ “กลุ่ม
เฝ้าระวังฯในศพด. จ.พัทลุง” มีความเหมาะสมในการประเมินและเฝ้าระวังพัฒนาการของเด็กของศูนย์
พัฒนาเด็กเล็กภายใต้การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดพัทลุง

คำสำคัญ: การจัดการเชิงกลุ่ม, การประเมินพัฒนาการเด็ก, การเฝ้าระวังพัฒนาการเด็ก, ศูนย์พัฒนาการ
เด็กเล็ก

Corresponding author: พิริยะลักษณ์ เพชรห้วยลึก E-mail: ppiriyalux@tsu.ac.th

Original article

Abstract

Received: July 9, 2021

Revised: June 6, 2022

Accepted: Sept. 1, 2022

Published: Oct. 5, 2022

We conducted a mixed methods research study with the following aims: 1) to assess the level of knowledge, attitudes, and ability to evaluate and promote the development of preschool-aged children among parents and teachers at Child Development Centers in the Phattalung province, Thailand, and 2) to compare the group management outcomes of parents and teachers at the Child Development Centers. The participants in this study including parent and teacher representatives from the Child Development Center. Children are critical human resources that develop the country in the future. Our study's participants (n=33) consisted of parents, officers responsible for environmental health, and teachers selected by purposive sampling from Child Care Centers of the Local Administrative Organization, Phatthalung Province. This study was conducted between August 2019 and 30 June 2021. Moreover, we also used the child development assessment kit to measure child development. We utilized descriptive statistics (such as frequency, percentage and standard deviation), and analytical statistics (T-test) used to analyze data. Most of the 33 participants were teachers, administrators, and staff responsible for child development promotion. 95.24% of participants were female, and nearly one hundred percent (95.24%) graduated with Bachelor Degree. The average scores (and standard deviation) for knowledge, attitude and assessment capacity were 80.27 (10.24), 75.46 (7.28), and 82.43 (12.61); average scores (and SD) increased to 85.77 (9.57), 85.45 (6.58) and 89.50 (10.20); thus, there were statistically significant differences of 0.022, 0.014 and 0.002, respectively. Participatory Action Research (PAR) is a cycle of research that reflects the thought and practice of focusing on the participation of stakeholders. All participants in our study were engaged in a community that interacted both face-to-face and online to follow up and monitor the group's operations. For example, there is a online Line application group called "Surveillance in Child Care Centre, Phatthalung Province group." The new platform facilitates cooperation between the researcher, the environmental health officers, and parents to develop or communicate about assessment and surveillance in environmental health, safety and child development of child care center undertaken by The Local Administrative Organization

Keywords:: Group-based management, Development practice on self-assessment, Surveillance of early childhood development, Child development center

Corresponding author: Piriylux Pethuayluk; E-mail: ppiriyalux@tsu.ac.th

บทนำ

พัฒนาการในวัยเด็กเป็นจุดเริ่มต้นของการบรรลุสู่ขั้นวุฒิภาวะตามวัยและทำหน้าที่ต่าง ๆ ตามช่วงวัยที่เพิ่มขึ้น (Palakawong-na-ayudhya, 2016) เด็กไทยพัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจ ผ่าน หรือ ได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการแล้ว มีผลการประเมินผ่านใน 30 วัน (National Institute for Child and Family Development, 2015; Rajanagarindra Institute of Child Development, 2009) ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กเล็กมีหน้าที่ชัดเจนในการส่งเสริมพัฒนาการแก่เด็กวัยก่อนเรียน โดยต้องทำหน้าที่ร่วมกับผู้ปกครอง ต้องมีความรู้ เห็นความสำคัญ และมีความสามารถในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการตามวัย ทั้งนี้การมีพฤติกรรมที่ต่อเนื่องจำเป็นต้องได้รับการเสริมพลังจากกลุ่มอย่างต่อเนื่องเช่นกัน (Bumrungchon, Rattanapiroj, & Prada, 2014) ดังนั้นการจัดการเชิงกลุ่มจึงคาดหวังว่าจะสามารถช่วยพัฒนาความรู้ ทักษะ และความสามารถของ ผู้ปกครอง และครู ในการตรวจประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียน สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2561 ได้รายงานผลการศึกษาว่าพัฒนาการรายด้านในเด็กอายุ 3 - 5 ปี พบว่ามีพัฒนาการสมวัยรวมทุกด้านเพียง ร้อยละ 58.00 ซึ่งพัฒนาการที่เหมาะสมของมนุษย์ คือ การมีพัฒนาการก้าวหน้าตามวัย พัฒนาการในวัยเด็กเป็นจุดเริ่มต้นของการบรรลุสู่ขั้นวุฒิภาวะตามวัยและทำหน้าที่ต่าง ๆ ตามช่วงวัยที่เพิ่มขึ้นไม่เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม (Palakawong-na-ayudhya, 2016; Chaikongkiat, 2018) การส่งเสริมพัฒนาการให้สมวัย ต้องดำเนินการอย่างเป็นกระบวนการ ตั้งแต่การตรวจคัดกรองเป็นระยะ ๆ การสนับสนุนรายปกติ การติดตามกระตุ้นในรายที่สงสัยล่าช้า การส่งต่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อรับการรักษาด้วยโปรแกรมเฉพาะทาง ในรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปี 2560 พบว่า บุคลากรที่ทำหน้าที่ในระดับชุมชนขาดความรู้และทักษะที่ถูกต้อง ขาดการติดตามเพื่อกระตุ้นการมีพัฒนาการตามวัย และพ่อแม่ผู้ปกครองไม่ใช้เครื่องมือ DSPM (Sanivee, Wangthong, & Wangthong, 2020; Pengjuntr, 2018; Phongissaranuporn & Yamsakul, 2019)

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีหน้าที่ชัดเจนในการส่งเสริมพัฒนาการแก่เด็กวัยก่อนเรียน โดยต้องทำหน้าที่ร่วมกับผู้ปกครอง ต้องมีความรู้ เห็นความสำคัญ และมีความสามารถในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการตามวัย ทั้งนี้การมีพฤติกรรมที่ต่อเนื่องจำเป็นต้องได้รับการเสริมพลังจากกลุ่มอย่างต่อเนื่องเช่นกัน (Bumrungchon, Rattanapiroj, & Prada, 2014) แม้ว่าการกำหนดมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กแห่งชาติจะมีมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2554 และมีการพัฒนาล่าสุดในปี พ.ศ. 2562 นั้น แต่การปฏิบัติงานจริงผู้ทำหน้าที่ในศูนย์ มีมาตรฐานหลากหลายจากหน่วยงานต่างๆ และจำเป็นต้องประเมินตามพันธกิจของหน่วยงานหลักตามสายการบังคับบัญชาหรือดูแล ส่งผลให้ในบางครั้งผู้ปฏิบัติเกิดความสับสนและซ้ำซ้อน

จากการลงพื้นที่สำรวจการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดพัทลุง พบว่า การดำเนินส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กเล็กจะได้รับการดูแลจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลระดับชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามพบว่าครูและผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการประเมินและเฝ้าระวังพัฒนาการเด็ก ต่ำกว่า 5 ปี้อย เช่น ครูมีความคิดเห็นว่าเป็นหน้าที่หลักของนักวิชาการสาธารณสุข ส่วนหนึ่งแม้จะเคยผ่านการอบรมมาแล้วแต่ก็ไม่มีความมั่นใจในการประเมินพัฒนาการเด็กเล็กและมีความต้องการพัฒนาด้านความรู้เพิ่มเติม และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กส่วนมากขาดอุปกรณ์เครื่องมือ DSPM สำหรับผู้ปกครองมี

ความคิดเห็นว่าการนำเด็กเล็กมาเรียน ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก คุณครูประจำศูนย์จะเป็นผู้รับผิดชอบพบว่า การดำเนิน ส่งเสริมพัฒนาการเด็กรวมทั้งผู้ปกครองส่วนมากไม่มีความรู้ในการประเมินและเฝ้าระวังพัฒนาการเด็ก รวมทั้ง การศึกษาในพื้นที่เกี่ยวกับการเพิ่มศักยภาพผู้ปกครองและครูในการประเมินและเฝ้าระวังพัฒนาการเด็ก ต่ำกว่า 5 ปี ศูนย์พัฒนาการเด็กเล็กภายใต้การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดพัทลุงยังไม่มีข้อมูล ผู้วิจัยจึงสนใจทำ วิจัยโดยใช้กระบวนการการจัดการเชิงกลุ่มซึ่งคาดว่าจะสามารถช่วยพัฒนาความรู้ ทักษะ และความสามารถ ของ ผู้ปกครอง และครู ในการตรวจประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียนการ จัดการเชิงกลุ่มในครั้งนี้ผู้วิจัยนำฐานคิดในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดพื้นฐานของ เคมมิสและแมคเทกการ์ท (Kemmis & Mc Taggart,1988) การ จัดการเชิงกลุ่มในครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดให้ประกอบด้วย 1) ความสนใจของผู้เข้าร่วมกลุ่มการเรียนรู้ 2) การกำหนด แหล่งสนับสนุนการเรียนรู้โดยกลุ่ม 3) เรียนรู้ร่วมกันโดยกระบวนการค้นหาฐานความรู้เดิมของกลุ่ม การเสริมความรู้ การแลกเปลี่ยนทัศนคติ การฝึกทักษะ 4) การวางแผนแนวทางการปฏิบัติ 5) การนำความรู้ไปใช้ในการตรวจประเมิน และส่งเสริมพัฒนาการเด็กในความรับผิดชอบ 6) การสนับสนุนซึ่งกันและกันเพื่อพัฒนาความสามารถโดยใช้ช่องทางที่ เลือกสรร และ 7) การถอดบทเรียนการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการตรวจประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่เข้ารับ บริการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ศพด.) โดยคาดว่าจะการจัดการเชิงกลุ่มด้วยขั้นตอนทั้ง 7 นี้จะสามารถส่งเสริมการ เรียนรู้ ทักษะ และความสามารถของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กในการตรวจประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่าง ต่อเนื่องได้จริง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินระดับความรู้ ทักษะ และความสามารถในการตรวจประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัย ก่อนเรียนของกลุ่มผู้ปกครองและครูประจำศูนย์พัฒนาการเด็กเล็ก ที่อยู่ภายใต้การดูแลขององค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น จังหวัดพัทลุง
- 2) เพื่อประเมินผลการจัดการเชิงกลุ่มในการพัฒนาความสามารถการตรวจประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัย ก่อนเรียนของกลุ่มผู้ปกครองและครูประจำศูนย์พัฒนาการเด็กเล็ก ที่อยู่ภายใต้การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดพัทลุง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยผสมผสานเชิงคุณภาพและเชิง ปริมาณในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามและใช้รูปแบบการจัดการ เชิงกลุ่มระหว่างผู้ปกครองและครูเพื่อการพัฒนาศักยภาพตนเองในการประเมินและเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กอายุ 2 - 5 ปี ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 66 ศูนย์ ในพื้นที่ 3 อำเภอ คือ อำเภอ ปาพะยอม อำเภอควนขนุนและอำเภอกงหรา ในจังหวัดพัทลุง ผู้วิจัยทำการคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากประชากรศูนย์ พัฒนาเด็กเล็กทั้งหมด 66 ศูนย์ ในพื้นที่ 3 อำเภอ จังหวัดพัทลุง (Department of Local Government

Promotion, 2019) การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจะคำนวณตามลักษณะของอัตราส่วนที่คิดเป็นร้อยละ 50 ของกลุ่ม ประชากร (Neuman,1991) ดังนั้น การคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ร้อยละ 50 ของกลุ่มประชากร (ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก) ทั้งหมด 66 ศูนย์ จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 33 แห่ง การศึกษาครั้งนี้มีวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการไม่ใช้ความน่าจะเป็นโดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) เกณฑ์คัดเลือกเข้าสำหรับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เป็นกลุ่มเป้าหมายที่เป็นพื้นที่ คือ 1) เป็นศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ตั้งใน 3 อำเภอที่ผู้วิจัยเจาะจงต้องการศึกษา 2) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยตลอดโครงการด้วยความสมัครใจ เกณฑ์คัดเลือกรายการ คือ เป็นศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ไม่ได้ตั้งในพื้นที่ 3 อำเภอ คือ อำเภอป่าพะยอม อำเภอควนขนุนและอำเภอกงหรา ในจังหวัดพัทลุง 2) ไม่ประสงค์เข้าร่วมโครงการวิจัยตลอดโครงการ

การกำหนดกลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนร่วม คือ 1) ผู้บริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 33 คน 2) ตัวแทนครูจากจำนวน 1 คน ต่อศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก รวมจำนวน 33 คน 3) ผู้ปกครองจำนวน 1 คน ต่อศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก รวมจำนวน 33 คน และ 4) นักวิชาการประจำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ดูแลศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 27 คน รวมจำนวนผู้มีส่วนร่วม 126 คน เกณฑ์คัดเลือกเข้าสำหรับผู้มีส่วนร่วม ได้แก่ 1) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) ทำงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง และ 3) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยตลอดโครงการด้วยความสมัครใจ เกณฑ์การคัดออก 1) ทำงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า 1 ปี และ 2) ไม่ประสงค์เข้าร่วมโครงการวิจัยตลอดโครงการ

ระยะการดำเนินการวิจัย เริ่มแรกผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยดำเนินการสัมภาษณ์ ครู ผู้ปกครอง ผู้บริหาร และนักวิชาการที่เกี่ยวข้องโดยใช้แบบสอบถามความรู้ ทักษะ และความสามารถในการตรวจประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน เพื่อสำรวจระดับความรู้ ทักษะ และความสามารถในการตรวจประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน (ระยะแสวงหาข้อมูล) ในขั้นตอนนี้ผู้ให้ข้อมูลรวมจำนวนทั้งหมด 126 คน หลังจากนั้นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้จะถูกนำเข้าสู่กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมด้วยการจัดการเชิงกลุ่มต่อไป (ระยะสะท้อนคิด การนำผลการรับรู้จากการแสวงหาความรู้ และการสะท้อนคิดไปปฏิบัติจริง) ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) จะทำการเจาะจงในกลุ่มผู้ยินยอมเข้าร่วมวิจัยตลอดโครงการรวมจำนวน 126 คน

ในส่วนของการศึกษาเชิงคุณภาพผู้วิจัยใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) เป็นกระบวนการวิจัยที่เป็นวงจร ของการสะท้อนคิด และการปฏิบัติ ตามแนวทางของ มาแชล และโรสแมน (Marshall & Rossman, 2006) โดยกำหนดผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนาศักยภาพ ได้แก่ ครู ผู้ปกครอง ผู้บริหาร และนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง ในรูปแบบที่นักวิจัยพัฒนาขึ้น มุ่งเน้นรูปแบบของการ ประชุมร่วมกันทั้งแบบ Face to face และ Online ในช่องทางที่จัดตั้งตามมติของกลุ่มคือ Line กลุ่ม ในชื่อ กลุ่มเฝ้าระวังฯในศพด.จ.พัทลุง” ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

- 1) กระบวนการแสวงหาความรู้โดยกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยและนักวิจัย (Agency inquiry process) ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังกิจกรรมโครงการ
- 2) การสะท้อนคิด (Reflective/ reflexive practice) ซึ่งทำร่วมกันทั้งกลุ่มตัวอย่างและนักวิจัย ทั้งในการประชุมเชิงปฏิบัติการกลุ่มใหญ่ และการสะท้อนคิด ในขณะที่นักวิจัยร่วมสะท้อนคิด ณ ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่กลุ่มตัวอย่างทำงานประจำหรือรับบริการ

3) การนำผลการรับรู้จากการแสวงหาความรู้ และการสะท้อนคิดไปปฏิบัติจริง (Emancipatory action) ในหน้าที่และงานประจำของกลุ่มตัวอย่าง และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มไลน์ “กลุ่มเฝ้าระวังฯในศพด. จ.พัทลุง” เป็นระยะๆต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำแนกออกเป็น 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการ และเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลผลการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการ ได้แก่ กระดาษขาวขนาด A4 เอกสารประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการประเมินและเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กอายุ 2 ถึง 5 ปี สไลด์ประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการประเมินและเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กอายุ 2 ถึง 5 ปี และชุดเครื่องมือตรวจประเมินพัฒนาการเด็ก ได้แก่ ตุ๊กตา เข็มกลัด ลูกบอลขนาดเล็ก และขนาดกลาง ก้อนไม้เหลี่ยม 6 ด้าน หนังสือนิทานสำหรับเด็ก ถ้วยขนาดเล็ก ดินสอ กระดาษ สำหรับขีดเขียน แท่งไม้รูปทรงกระบอก สามเหลี่ยม และสี่เหลี่ยม ภาพประเภทของสิ่งของ

2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมผลการวิจัย ได้แก่

- แบบบันทึกผลการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วยประเด็นสำคัญ ได้แก่ ความรู้วิธีการประเมินและเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กในแต่ละช่วงอายุ และ ประสิทธิภาพเกี่ยวกับทักษะการประเมินและเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กในแต่ละช่วงอายุ

- แบบบันทึกผลการสังเกตและสัมภาษณ์ในบริบทกลุ่ม ณ ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียน ประกอบด้วย ประเด็นสำคัญ ได้แก่ ชื่อศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวนและสถานะของผู้ถูกสัมภาษณ์ แผนการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก กิจกรรมพัฒนาความสามารถในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เครือข่ายที่เกี่ยวข้องและบทบาทของผู้เกี่ยวข้อง และรูปแบบการบันทึกผลการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในแต่ละศูนย์บริการ

- แบบสอบถามความรู้ ทักษะ และความสามารถในการตรวจประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน แบ่งออกเป็น 2 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม และ ตอนที่ 2 ข้อมูลความรู้ ทักษะ และความสามารถในการตรวจประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน ซึ่งแบ่งออกเป็น

การแปลผล

1) ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการตรวจประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน จำนวน 15 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกจำนวน 12 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบ จำนวน 3 ข้อ ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหน้าข้อความที่เห็นด้วย หรือ ✕ ลงในช่องว่างหน้าข้อความที่ไม่เห็นด้วย ให้คะแนนผลการตอบโดย ข้อที่ตอบถูกได้คะแนน 1 ข้อที่ตอบผิดได้คะแนน 0

การแปลผลระดับความรู้ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ (Bloom, 1975) เป็น 3 ระดับ ได้แก่

ความรู้ในระดับสูง คือ ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80.00 ของจำนวน 15 คะแนน

ความรู้ในระดับปานกลาง คือ ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50.00 ถึง ร้อยละ 79.99 ของจำนวน 15 คะแนน

ความรู้ในระดับต่ำ คือ ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 49.99 ของจำนวน 15 คะแนน

2) ข้อมูลทัศนคติ ในการตรวจประเมิน เฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน จำนวน 12 ข้อ จำแนกเป็นข้อมูลทัศนคติเชิงบวก จำนวน 5 ข้อ ทัศนคติเชิงลบ จำนวน 7 ข้อ แบ่งคำตอบออกเป็น 5 ระดับ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 7, 11 และ 12 คำตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 5 คำตอบเห็นด้วย ให้คะแนน 4 คำตอบ ไม่แน่ใจ ให้คะแนน 3 คำตอบไม่เห็นด้วย ให้คะแนน 2 คำตอบไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 1 ส่วนข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนนผกผันกันกับคะแนนเชิงบวก

การแปลผลคะแนนระดับทัศนคติ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) ได้แก่

ทัศนคติในระดับดี คือ ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80.00 ของจำนวน 60 คะแนน

ทัศนคติในระดับปานกลาง คือ ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60.00 ถึงร้อยละ 79.99 ของจำนวน 60 คะแนน

ทัศนคติในระดับไม่ดี คือ ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 59.99 ของจำนวน 60 คะแนน

3) ข้อมูลการประเมินความสามารถของตนเองในการประเมิน เฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน จำนวน 30 ข้อ แบ่งคำตอบออกเป็น 5 ระดับ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ ประเมินว่ามีความสามารถในระดับร้อยละ 80-100 ให้คะแนน 5 คะแนน ประเมินว่ามีความสามารถในระดับร้อยละ 70-79 ให้คะแนน 4 คะแนน ประเมินว่ามีความสามารถในระดับร้อยละ 60-69 ให้คะแนน 3 คะแนน ประเมินว่ามีความสามารถในระดับร้อยละ 50-59 ให้คะแนน 2 คะแนน ประเมินว่ามีความสามารถในระดับต่ำกว่าร้อยละ 50 ให้คะแนน 1 คะแนน

: การแปลผลคะแนนระดับความสามารถในการประเมิน เฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน ตามการประเมินตนเอง แบ่งออกเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) คือ

ความสามารถในระดับดี คือ ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80.00 ของจำนวน 150 คะแนน

ความสามารถในระดับปานกลาง คือ ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60.00 ถึงร้อยละ 79.99 ของจำนวน 150 คะแนน

ความสามารถในระดับไม่ดี คือ ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 59.99 ของจำนวน 150 คะแนน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้มาจากการการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย เมื่อสร้างแบบสอบถามเสร็จแล้ว นำแบบสอบถามที่สร้างและปรับปรุงแล้วเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำมาวิเคราะห์ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์เฉพาะ โดยใช้วิธีหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC ภาพรวมของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.855 สำหรับค่า IOC นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องแล้ว ไปทดลองใช้กับบุคลากรซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำแบบสอบถามไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.819 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขจนเรียบร้อยสมบูรณ์แล้ว ไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

การวิจัยนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก 3 วิธีการ ได้แก่ การบันทึกผลการสนทนากลุ่ม การบันทึกผล การสังเกตและสัมภาษณ์ในบริบทชุมชน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และการใช้แบบสอบถามประเมินความรู้ ทัศนคติ และความสามารถในการตรวจประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน โดย

1) การบันทึกผลการสนทนากลุ่ม ในขณะที่จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ได้จัดให้แต่ละกลุ่มแต่ละคน ได้แลกเปลี่ยนข้อมูลประเด็นความรู้ความสามารถในการประเมินพัฒนาการเด็กตามช่วงอายุโดยอาศัยแนวทางตามคู่มือ ฝักระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ของสถาบันพัฒนานามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเริ่มจาก ช่วงอายุ 2 ปี ถึง 2 ปี 5 เดือน, ครบ 2 ปี 6 เดือน, 2 ปี 7 เดือน ถึง 3 ปี, 3 ปี 1 เดือน ถึง 3 ปี 5 เดือน, ครบ 3 ปี 6 เดือน, 3 ปี 7 เดือน ถึง 4 ปี, 4 ปี 1 เดือน ถึง 4 ปี 6 เดือน, 4 ปี 7 เดือน ถึง 5 ปี รวม 8 ช่วงอายุ โดยมี ประเด็นหลักที่กำหนดเป็นประเด็นในการบันทึกผลการสนทนากลุ่ม 2 ประเด็น ได้แก่ ความรู้วิธีการประเมินและฝักระวังพัฒนาการเด็กในแต่ละช่วงอายุ และ ประสพการณ์เกี่ยวกับทักษะการประเมินและฝักระวังพัฒนาการเด็กในแต่ละช่วงอายุ ในการจัดการสนทนากลุ่มผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการให้การยอมรับและให้คุณค่าเท่าเทียมกันทุกคน ให้โอกาสทุกคนมีส่วนร่วมในการสื่อสารขณะสนทนากลุ่ม

2) การบันทึกผลการสังเกตและสัมภาษณ์ในบริบทชุมชน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ใน 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ แผนการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก กิจกรรมพัฒนาการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และการบันทึกผลการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในแต่ละศูนย์บริการ

3) การใช้แบบสอบถามประเมิน 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และความสามารถในการตรวจประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติเปรียบเทียบด้วยการทดสอบแบบที่สองกลุ่มไม่อิสระกัน (t-test Dependent Samples)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยทักษิณ รหัสโครงการ COA No. TSU 2019-010 REC No.063

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บริหารจำนวน 33 คน (ร้อยละ 26.20) เป็นครูประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 33 คน (ร้อยละ 26.20) ผู้ปกครองจำนวน 33 คน (ร้อยละ 26.20) และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก จำนวน 27 คน (ร้อยละ 21.40) พบว่า ร้อยละ 95.24 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 126 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 95.24) อายุเฉลี่ย 45 ปี (SD เท่ากับ 6 ปี) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 41 – 50 ปี (ร้อยละ 69.50) การศึกษาส่วนใหญ่คือระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 38.1) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียนในช่วง 20 - 30 ปี ให้ข้อมูลว่าไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 88.89) และทั้งร้อยละ 100 เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจเนื่องจากต้องการพัฒนาความรู้ความสามารถในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กและบุตรหลาน

ผลการจัดการเชิงกลุ่มต่อการเพิ่มศักยภาพผู้ปกครองและครูในการประเมินและฝักระวังพัฒนาการเด็กต่ำกว่า 5 ปี

1. **ขั้นแสวงหาความรู้:** ผลการสำรวจความรู้เกี่ยวกับการประเมินพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน ในขั้นแสวงหาความรู้ โดยใช้แบบประเมินความรู้จำนวน 15 ข้อ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนของกลุ่ม เท่ากับ 80.27 มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.24 เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ข้อความรู้ที่ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 มีความรู้ที่ถูกต้องจำนวน 2 ข้อ คือ 1) วิธีการให้รางวัลที่เหมาะสมสำหรับเด็กวัยก่อนเรียน และ 2) การส่งเสริมพัฒนาการร่วมกันของโรงเรียน

และบ้าน ส่วนข้อความรู้ที่มีผู้ตอบได้น้อยกว่าร้อยละ 50 ของผู้ส่งแบบประเมินคืน มีจำนวน 2 ข้อ ข้อที่มีผู้ตอบถูกน้อยที่สุด คือ 1) การตรวจประเมินเด็กวัยก่อนเรียนสามารถสื่อสารกับเด็กได้โดยตรงไม่ต้องผ่านผู้ปกครอง และ 2) ความเครียดเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะพัฒนาการล่าช้า (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลผลการประเมินระดับความรู้โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างในระยะแสวงหาข้อมูล (n = 126)

ระดับความรู้ในการประเมินและ เฝ้าระวังพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน	จำนวน (ร้อยละ)	
	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี ($\geq$ ร้อยละ 80)	82	65.08
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.00 – ร้อยละ 79.99)	36	28.57
ระดับไม่ดี ($\leq$ ร้อยละ 59.99)	8	6.35
ค่าคะแนนเฉลี่ย (SD) คะแนนร้อยละของกลุ่ม เท่ากับ 80.27 (10.24) แปลผล ระดับดี		

1.2 ผลการสำรวจระดับทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการประเมินและเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนของกลุ่ม เท่ากับ 75.46 มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.28 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาเป็นระดับดี ผลการศึกษาไม่ปรากฏผู้ที่มีทัศนคติในระดับไม่ดีต่อการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในระดับที่ ต่ำกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม 60 คะแนน (ตารางที่ 2) ผลการประเมินเป็นรายข้อ พบว่า คะแนนร้อยละเฉลี่ยรายข้อ มีทั้งอยู่ในระดับ ดี ปานกลาง และไม่ดี โดยพบว่ามีข้อที่อยู่ในระดับไม่ดี จำนวน 1 ข้อ คือ ทัศนคติต่อความยากง่ายในการฝึกตรวจวัดพัฒนาการเด็ก ข้อที่อยู่ในระดับดีจำนวน 5 ข้อ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ทัศนคติต่อการประเมินพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลผลการประเมินระดับทัศนคติโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างในระยะแสวงหาข้อมูล (n = 126)

ระดับทัศนคติต่อการประเมินและ เฝ้าระวังพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน	จำนวน (ร้อยละ)	
	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี ($\geq$ ร้อยละ 80)	38	30.16
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.00 – ร้อยละ 79.99)	88	69.84
ระดับไม่ดี ($\leq$ ร้อยละ 59.99)	0	0
ค่าคะแนนเฉลี่ย (SD) คะแนนร้อยละของกลุ่ม เท่ากับ 75.46 (7.28) แปลผล ระดับปานกลาง		

1.3 ผลการประเมินความสามารถด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างในการประเมินและเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน พบว่า พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนของกลุ่ม เท่ากับ 82.43 มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 12.61 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.70) ประเมินความสามารถของตนเองอยู่ในระดับดี อีกร้อยละ 31.75 และ ร้อยละ 5.55 ประเมินตนเองอยู่ในระดับ ปานกลาง และ ไม่ดี (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลผลการประเมินความสามารถด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างในการประเมินและเฝ้าระวัง
พัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียนในระยะแสวงหาข้อมูล (n=126)

ระดับความสามารถในการประเมินและ เฝ้าระวังพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน	จำนวน (ร้อยละ)	
	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี ($\geq$ ร้อยละ 80)	79	62.70
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.00 – ร้อยละ 79.99)	40	31.75
ระดับไม่ดี ($\leq$ ร้อยละ 59.99)	7	5.55
ค่าคะแนนเฉลี่ย (SD) คะแนนร้อยละของกลุ่ม เท่ากับ 82.43 (12.61)แปลผล ระดับดี		

2. ขั้นการสะท้อนคิด กลุ่มตัวอย่างและนักวิจัยมีการสะท้อนคิด และแผนการพัฒนาศักยภาพด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ดังนี้

ผลการศึกษาจากขั้นตอนการแสวงหาข้อมูล พบว่ากลุ่มตัวอย่างโดยรวม ให้การประเมินตนเองในระดับดีทั้งด้านความรู้ ทักษะ และความสามารถในการประเมินพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน ทั้งนี้เมื่อพิจารณาเป็นรายบุคคลเป็นรายข้อพบว่า ในด้านความรู้มีเพียง 2 ข้อที่กลุ่มตัวอย่างทุกคนตอบได้ถูกต้อง และมีจำนวน 2 ข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบได้ถูกต้องน้อยกว่า ร้อยละ 50 สำหรับด้านทักษะ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาเป็นระดับดี ไม่ปรากฏผู้ที่มีทักษะในระดับไม่ดีต่อการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ส่วนในด้านความสามารถ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.70) ประเมินความสามารถของตนเองอยู่ในระดับดี อีกร้อยละ 31.75 และ ร้อยละ 5.55 ประเมินตนเองอยู่ในระดับ ปานกลาง และ ไม่ดี ในขั้นของการสะท้อนคิดจึงมีผลการสะท้อนคิดใน 3 ประเด็น คือ 1) การเข้าร่วมฝึกอบรมอย่างมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน 2) การจัดให้มีการสื่อสารกลุ่มเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง และ 3) การจัดสรรเครื่องมือตรวจวัดพัฒนาการแก่แหล่งบริการที่ไม่เพียงพอ ไม่ครบถ้วน หรือขาดแคลน ซึ่งปรากฏผลทั้ง 3 ประเด็น ดังนี้

1) การเข้าร่วมการฝึกอบรมอย่างมีส่วนร่วม

ในการศึกษารั้งนี้ใช้กระบวนการการฝึกอบรมอย่างมีส่วนร่วม เป็นกลวิธีของการมีส่วนร่วมมาพัฒนาศักยภาพของผู้เข้าอบรม โดยการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้ตามความสนใจของผู้เข้าอบรมในกรอบของหลักการและทักษะต่าง ๆ ที่ใช้ในการประเมินพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียน

ในการฝึกอบรม ผู้วิจัยจะกำหนดบทบาทของทุกคนเป็นผู้มีประสบการณ์ในการประเมินพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียน เป็นการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนไปตามช่วงอายุที่กำหนดให้ประเมินตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ในแต่ละขั้นตอนผู้เข้าร่วมอบรมซึ่งจัดให้หนึ่งเป็นกลุ่มตามอัตราจะมีส่วนในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกันในกลุ่มเล็ก หรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับกลุ่มใหญ่ตลอดทุกขั้นตอนในแต่ละช่วงอายุ โดยกำหนดให้เกิดความกระจำของทุกกลุ่มทั้งวิธีการและการใช้เครื่องมือประเมิน ก่อนผ่านไปช่วงอายุถัดไป

2) การจัดให้มีการสื่อสารกลุ่มเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

จากการประชุมกลุ่มในระหว่างฝึกอบรม มีผู้ให้ข้อมูลตรงกันว่า แต่ละคนอาจจะได้ประชุมร่วมกันบ้าง แต่การสื่อสารเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังมักทำกันเฉพาะในกลุ่มสังกัด อบต.หรือ อปท. เดียวกัน เป็นส่วนใหญ่ ควรได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพิ่มขึ้นในกลุ่มที่กว้างขวางขึ้นโดยเฉพาะในจังหวัดพัทลุงด้วยกัน เช่นข้อสัมภาษณ์จากครูผู้ดูแลเด็ก “บางคนเก่งมาก มีความพร้อมมาก แต่ก็ได้เจอกันเวลาประชุมใหญ่ๆเท่านั้น พอเสร็จงานก็เสร็จกันไป ไม่ได้ติดต่อกัน เราก็มายุ่งกันต่อกับงานของเราตามประสาเรา” “ก็ได้ไปประชุมไปดูงานกันนะคะ แต่ก็แล้วแต่งบประมาณว่าจะได้ไปทุกคนหรือเปล่า หรือว่าเป็นตัวแทนไป พอกลับมา ก็พยายามทำตามที่ได้ไปดูงานมา แต่ก็ไม่ได้แลกเปลี่ยนกันระหว่างนำผลการดูงานนั้นมาปรับใช้คะ” ส่วนผู้ปกครองยังไม่เห็นความสำคัญของการร่วมกลุ่มสื่อสารแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับกลุ่มใหญ่ทั้งจังหวัด ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์จากผู้ปกครอง “ก็ฟังจากครูเวลาไปรับลูกคะ แต่ว่าฉันดีกว่าเพื่อนตรงที่เป็น อสม.ได้คุยกับหมอกับเจ้าหน้าที่มั่ง แต่ลูกก็ไม่มีความเสี่ยงความผิดปกติอะไร จึงไม่ได้สนใจเรื่องนี้มากนัก” “เป็นกลุ่มเหวอะ เวลาครูบอกตอนไปรับลูก หรือเวลามาประชุมโรงเรียนกะพอได้แล้วคะ กะสนใจนะแต่เกรงใจ เดียวไม่มีเวลาตอบไลน์” การสื่อสารระหว่างกลุ่มเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้ปกครองและครูประจำศูนย์เพื่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียนที่เข้ารับการศึกษาศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กเล็กภายใต้การดูแลขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดพัทลุง จึงเกิดขึ้น ใน 2 ช่องทางหลัก คือ 1) กลุ่มครูเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ผู้บริหาร และนักวิจัย ใช้ช่องทาง ไลน์กลุ่ม (Line group) ในชื่อ กลุ่มไลน์ “กลุ่มเฝ้าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย และพัฒนาการเด็กเล็ก” และ 2) กลุ่มครู เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ผู้บริหาร ผู้ปกครอง และนักวิจัย ใช้การพบซึ่งหน้า (Face to face) ทั้งในขณะประชุมอบรมร่วม การเยี่ยมติดตามและประเมินผลการพัฒนา และการพบปะพูดคุยประจำวัน

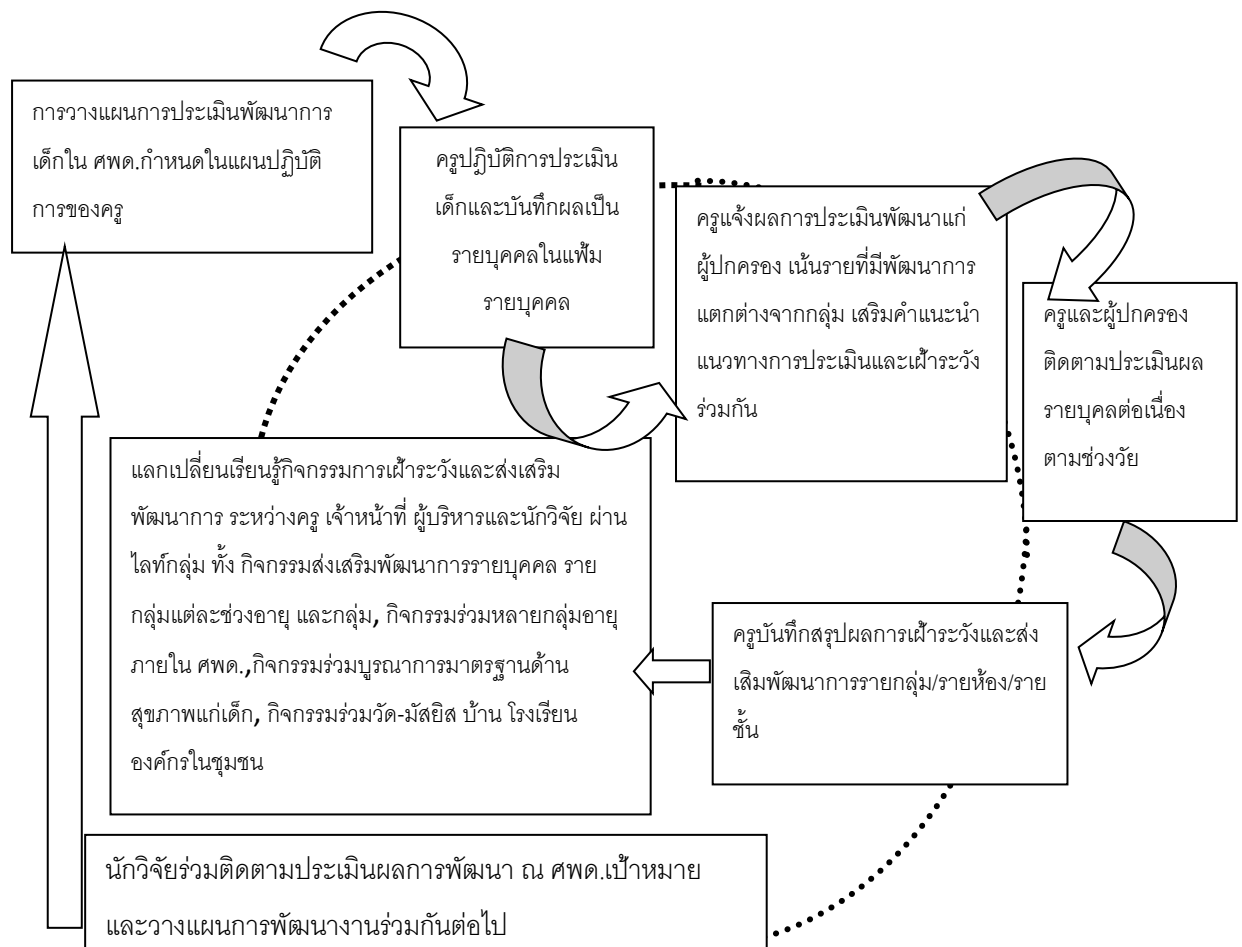
3) การมีเครื่องมือที่ครบถ้วนและสอดคล้องใช้ร่วมกันได้

จากขั้นการแสวงหาข้อมูล และการประชุมอบรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดให้ความสำคัญกับการประเมินพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง เพียงแต่มีความกังวลเกี่ยวกับการจัดการอย่างเป็นระบบและมีความไม่มั่นใจระเบียบการจัดการเชิงวิชาการ และอุปกรณ์การประเมินพัฒนาการที่สูญหาย ชำรุด จึงทำให้มีใช้อย่างไม่ครบถ้วน หลังการอบรมจึงจัดการให้นำอุปกรณ์ตรวจวัดพัฒนาการไปใช้ประจำแหล่งปฏิบัติการโดยมีเกณฑ์ร่วมกันว่าเป็นแหล่งที่อุปกรณ์ขาดแคลน และ ในแหล่งที่อยู่ใกล้กันสามารถใช้ร่วมกันได้

3. ขั้นการนำผลการรับรู้จากขั้นการแสวงหาความรู้ และการสะท้อนคิดไปปฏิบัติจริง

กลุ่มตัวอย่างและนักวิจัยมีกระบวนการพัฒนาความสามารถของกลุ่มเพื่อการตรวจประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน โดยการผลการสะท้อนคิดไปปฏิบัติจริงในการปฏิบัติงานประจำวัน ปรากฏกิจกรรม (ภาพที่ 1) ดังนี้

กิจกรรมที่เกิดขึ้นแบ่งออกเป็น 7 ขั้นตอน ที่หมุนวนเป็นวงจรการทำงานอย่างต่อเนื่องในวิถีปฏิบัติการบริการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน ประกอบด้วย 1) ขั้นการบรรจุแผนงาน 2) ขั้นการประเมินผลเด็กเป็นรายบุคคล 3) ขั้นแจ้งผลการประเมินแก่ผู้ปกครอง 4) ขั้นการร่วมติดตามประเมินและส่งเสริมพัฒนาการร่วมกับผู้ปกครอง 5) ขั้นการบันทึกสรุปผลรายชั้นเรียน รายศูนย์ฯ 6) ขั้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันผ่านช่องทางที่ตกลงร่วม และ 7) ขั้นการประเมินผลการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อจัดการปรับแผนการดำเนินงานในวงจรต่อไป



ภาพที่ 1 กระบวนการพัฒนาความสามารถของกลุ่มเพื่อการตรวจประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน

4. ขั้นการสรุปผล

ผลการศึกษาหลังการพัฒนาด้วยการจัดการของกลุ่ม พบว่า ศักยภาพของกลุ่มตัวอย่างในการตรวจประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียนมีการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

4.1 ด้านความรู้ พบว่า กลุ่มผู้มีความรู้ระดับเพิ่มมากขึ้นจาก 82 คน (ร้อยละ 65.08) เพิ่มขึ้นเป็น 95 คน (ร้อยละ 75.40) คะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง เพิ่มขึ้นจากก่อนเข้าร่วมโครงการ โดยหลังการเข้าร่วมการจัดการเชิงกลุ่มพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านความรู้ของกลุ่ม เท่ากับ 85.77 มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.57 ดังนั้นระดับคะแนนความรู้หลังการเข้าร่วมเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนก่อนการเข้าร่วมการจัดการเชิงกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.022 ดังแสดงด้วยตารางที่ 4

4.2 ผลการสำรวจระดับทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการประเมินและเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาเป็นระดับดี ไม่ปรากฏผู้ที่มีทัศนคติในระดับไม่ดีต่อการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในระดับที่ ต่ำกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม 60 คะแนน อย่างไรก็ตามหลังการเข้าร่วมการจัดการเชิงกลุ่มพบว่ากลุ่มผู้มีความรู้ระดับดีเพิ่มมากขึ้นจากจำนวน 38 คน (ร้อยละ 30.16) เพิ่มขึ้นเป็น 68 คน

(ร้อยละ 54.00) โดยค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนด้านทัศนคติของกลุ่ม เท่ากับ 85.45 มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.58 ดังนั้นคะแนนระดับทัศนคติหลังการเข้าร่วมเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนก่อนการเข้าร่วมการจัดการเชิงกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.014

4.3 ผลการประเมินความสามารถด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างในการประเมินและเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียนเป็นรายข้อ พบว่า ไม่มีข้อใดที่มีคะแนนร้อยละเฉลี่ยอยู่ในระดับไม่ดี หลังการพัฒนาด้วยการจัดการเชิงกลุ่ม พบว่า ศักยภาพของกลุ่มตัวอย่างในการตรวจประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียนมีการเปลี่ยนแปลงพบว่า และหลังการเข้าร่วมการจัดการเชิงกลุ่มพบว่ากลุ่มผู้มี คะแนนระดับดีเพิ่มมากขึ้นจากจำนวน 79 คน (ร้อยละ 62.70) เพิ่มเป็น 101 คน (ร้อยละ 80.20) โดยค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนด้านทัศนคติของกลุ่ม เท่ากับ 89.50 มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.20 ดังนั้นคะแนนระดับความสามารถในการประเมินและเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียนหลังการเข้าร่วมเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนก่อนการเข้าร่วมการจัดการเชิงกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.002

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับความรู้ ทัศนคติ และความสามารถในการประเมินและเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียนก่อนหลังการจัดการเชิงกลุ่ม (n=126)

ประเด็น	ค่าคะแนนเฉลี่ย (SD)		ค่าคะแนนเฉลี่ย (SD)		p-value
	รายด้านของกลุ่มก่อน- หลังก่อน		รายด้านของกลุ่มก่อน- หลังหลัง		
	คะแนน	SD	คะแนน	SD	
ด้านความรู้	80.27	10.24	85.77	9.57	0.022*
ด้านทัศนคติ	75.46	7.28	85.45	6.58	0.014*
ด้านความสามารถ	82.43	12.61	89.50	10.20	0.002*

*ยอมรับทางสถิติที่ 0.05

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้บางช่วงเวลาได้เกิดสถานการณ์โควิด-19 ระบาดทำให้การปฏิสัมพันธ์ระหว่างนักวิจัยและสมาชิกในกลุ่มตัวอย่างไม่ต่อเนื่อง รวมทั้งอุปสรรคในการเก็บทำกิจกรรมในกลุ่มผู้ปกครองพบว่า ผู้ปกครองหลายรายปฏิเสธการทำกิจกรรมกลุ่มเพราะมีภารกิจอื่นที่โดยให้เหตุผลว่าค่อยเรียนรู้กับครูที่ดูแลเด็กเล็กเอง ซึ่งในสถานการณ์จริงพบว่าผู้ปกครองบางส่วนคิดว่าการประเมินพัฒนาการเด็กเล็กเป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นในสถานบริการทางสุขภาพหรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อย่างไรก็ตามเมื่ออธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยผู้ปกครองส่วนมากก็เข้าใจและให้ความร่วมมืออย่างดี

อภิปราย

ผลการสำรวจความรู้เกี่ยวกับการประเมินพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน ในขั้นแสวงหาความรู้พบว่า ข้อที่มีผู้ตอบถูกน้อยที่สุด คือ การตรวจประเมินเด็กวัยก่อนเรียนสามารถสื่อสารกับเด็กได้โดยตรงไม่ต้องผ่านผู้ปกครอง และความเครียดเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะพัฒนาการล่าช้า อาจเนื่องจากสังคมไทยจะชินกับการประเมินพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียนโดยพึ่งผู้ปกครอง นั่นคือให้ผู้ปกครองมีหน้าที่และรับผิดชอบปฏิบัติต่อเด็กตามภาระหน้าที่ของความเป็น

พ่อ แม่หรือผู้ปกครอง ขณะเดียวกันพบว่าความเครียดเป็นสาเหตุของพัฒนาการล่าช้า อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่าง อาจยังขาดความเข้าใจด้านความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพจิตที่อาจส่งผลต่อพัฒนาการทางกายในเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของ Khamenkan (2011) รายงานว่าพัฒนาการ ด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล จากการพาดพิงจาก ซึมเศร้า อารมณ์ หงุดหงิดจะส่งผลต่อพัฒนาการทางกายในเด็ก อย่างไรก็ตาม ผลการจัดการเชิงกลุ่มทำให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Phattarasatjatum, Nillapun, Prachusilpa & Vanichwatanavorachai (2021) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการโค้ชแบบผสมผสานเทคโนโลยีผ่านสื่อสังคมเพื่อพัฒนาสมรรถนะการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็ก องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผลการศึกษาพบว่าหลังใช้รูปแบบการโค้ชมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ ด้านความรู้สูงขึ้น ($p < .05$)

ผลการสำรวจระดับทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการประเมินและเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาเป็นระดับดี ไม่ปรากฏผู้ที่มีทัศนคติในระดับไม่ดีต่อการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในระดับที่ต่ำกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม 60 คะแนน อย่างไรก็ตามหลังการเข้าร่วมการจัดการเชิงกลุ่มพบว่ากลุ่มผู้ที่มีคะแนนระดับดีเพิ่มมากขึ้นจากจำนวน 38 คน (ร้อยละ 30.16) เพิ่มขึ้นเป็น 68 คน (ร้อยละ 54.00) สอดคล้องกับการศึกษาของ Phattarasatjatum, Nillapun, Prachusilpa & Vanichwatanavorachai (2021) ที่พบว่า หลังใช้รูปแบบการ โค้ชมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะด้านทัศนคติสูงขึ้น ($p < .05$)

ผลการประเมินความสามารถด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างในการประเมินและเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียนเป็นรายข้อ พบว่า ไม่มีข้อใดที่มีคะแนนร้อยละเฉลี่ยอยู่ในระดับไม่ดี หลังการพัฒนาด้วยการจัดการของกลุ่ม พบว่า ศักยภาพของกลุ่มตัวอย่างในการตรวจประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียนมีการเปลี่ยนแปลง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง เพิ่มขึ้นจากก่อนเข้าร่วมโครงการจากคะแนนร้อยละเฉลี่ย 80.27 เป็น 85.77 ตามลำดับ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบ มีส่วนร่วม (PAR) เป็นกระบวนการวิจัยที่เป็นวงจรของการสะท้อนคิด และการปฏิบัติ มุ่งเน้นรูปแบบของการประชุมร่วมกันทั้งแบบ Face to face และ Online ในช่องทางที่จัดตั้งตามมติของกลุ่มคือ Line กลุ่ม ในชื่อ กลุ่มเฝ้าระวังฯ ในศพด.จ.พัทลุง มีความเหมาะสมในการจัดการเชิงกลุ่มต่อการเพิ่มศักยภาพผู้ปกครองและครูในการประเมินและเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กต่ำกว่า 5 ปี ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กภายใต้การดูแลขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดพัทลุง สอดคล้องกับการศึกษาของ สอดคล้องกับการศึกษาของ Puntanit, Sangngam, & Greadsrephun (2019) ที่ได้ศึกษาโปรแกรมการสนับสนุน การคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย ประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ การส่งเสริมการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ผ่านไลน์กลุ่ม การติดตามและสอบถามปัญหาอุปสรรค ทำให้มีความรู้และความมั่นใจ ในการปฏิบัติในการคัดกรองพัฒนาการเด็กได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการปฏิบัติในการคัดกรอง เช่น การใช้อุปกรณ์ การแปลผล ต้องการการเรียนรู้จากลงมือฝึกปฏิบัติสถานการณ์จริง การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การให้คำปรึกษาและสะท้อนคิด จึงจะทำให้ศักยภาพการตรวจประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียนมีการเปลี่ยนแปลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Walk, Evers, Quante, & Hille (2018) ที่รายงานว่า การอบรม โดยการให้ความรู้อย่างเดียวอาจทำให้ครูอนุบาลมี ความรู้ด้านวิธีการประเมินได้ แต่ทักษะการปฏิบัติในการคัดกรอง เช่น การใช้อุปกรณ์ การแปลผล ต้องการการเรียนรู้จากลงมือฝึกปฏิบัติสถานการณ์จริง การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การ ให้คำปรึกษาและสะท้อนคิดจึงจะทำให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ

การศึกษาของ Ulla, & Winitkun (2018) ที่พบว่าการลด ปัญหาอุปสรรคด้วยการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ ช่วยทำให้โปรแกรมการอบรมเกิดประสิทธิผลเพิ่มขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

- 1) ด้านบุคลากร ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กควรมีนโยบายในการพัฒนาบุคลากรด้านการประเมินและเฝ้าระวังพัฒนาการของเด็กอย่างต่อเนื่อง เช่น การเข้าร่วมฝึกอบรมสัมมนา โครงการต่างๆ ที่เกี่ยวกับการประเมินและเฝ้าระวังพัฒนาการของเด็ก และกิจกรรมด้านอื่นๆ ที่จะส่งเสริมพัฒนาการและสุขภาพของเด็กให้แข็งแรง
- 2) ด้านการมีส่วนร่วม ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยครูผู้ดูแลเด็ก/ผู้ดูแลเด็ก ควรจัดกิจกรรมที่เสริมสร้างความร่วมมือจากครอบครัวและชุมชนโดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการประเมินและเฝ้าระวังพัฒนาการของเด็กหรือกิจกรรมอื่นๆ ที่จะเอื้อให้สุขภาพของเด็กปลอดภัยและแข็งแรง
- 3) บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีความพร้อมในการพัฒนาความสามารถของตนเองให้มีความเชี่ยวชาญเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น การสนับสนุนจากหน่วยงานต้นสังกัด เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือ หน่วยงานด้านวิชาการ เช่น มหาวิทยาลัยทักษิณ จะสามารถนำพาให้บุคลากรได้จัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในด้านต่างๆ ให้มีคุณภาพเพิ่มมากขึ้น
- 4) ควรมีการจัดการสื่อสารระหว่างกลุ่มสมาชิกที่ทำหน้าที่ในการดูแลส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่องและกว้างขวางขึ้น เพราะเป็นสิ่งที่สามารถช่วยสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องได้จริง ดังเช่นกรณีวิจัยนี้พบว่ากลุ่มไลน์ “กลุ่มเฝ้าระวังฯใน ศพด.จ.พัทลุง เป็นอีกช่องทางหนึ่งที่ทำให้แต่ละศูนย์ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ การนำเสนองาน ผลงานของเด็กและครูอย่างต่อเนื่อง โดยไม่รู้สึกรู้สีกดดันว่าเป็นการตรวจสอบหรือประเมินผลงานใด ๆ องค์กรจึงควรที่จะสนับสนุนให้มีการสื่อสารในช่องทางนี้อย่างต่อเนื่อง และร่วมพัฒนาวิธีการสื่อสารไปด้วยกันอย่างรอบด้าน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประเด็นความรู้แต่ละประเด็นให้ชัดเจนว่ามีการให้ความหมายของคำสำคัญที่เกี่ยวข้องสอดคล้องตรงกันหรือไม่อย่างไร เพื่อให้การจัดกิจกรรมสามารถเป็นไปตามความรู้และช่องว่างความรู้ได้จริงดังเช่นการวิจัยในครั้งนี้จะพบได้ว่าในชั้นแสงหาความรู้ในประเด็นที่มีค่าผลการประเมินความรู้ในระดับที่ต่ำกว่าข้ออื่นถูกนำมาย้ำเตือนเพื่อเพิ่มพัฒนาความรู้ให้สมาชิกกลุ่มได้มีความรู้เพิ่มขึ้นได้จริง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ครูพี่เลี้ยง และผู้ปกครองทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูล และให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลและตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยเงินรายได้มหาวิทยาลัยทักษิณ ประเภททุนวิจัยบูรณาการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2562 ผู้วิจัยใคร่ขอขอบพระคุณสำหรับการสนับสนุนให้โครงการวิจัยบรรลุผลสำเร็จด้วยดี

References

- Best, J. W. (1977). Research in Education. New Jersey: Prentice hall Inc
- Bloom, B.S. (1975). Taxonomy of Education. New York : David McKay Company Inc.
- Chaikongkiat, P. (2018). Factors Related to Suspected Delayed Development of Early Childhood
<https://so05.tci-thaijo.org/index.php/pnuhuso/article/view/117957/100076>.
- Department of Local Government Promotion. (2019). Academic Cooperation Project between
Department of Local Government promotion and Suan Dusit University. [Internet].
Available from: <http://dusitcenter.org/schools/?region=south&pc>.
- Khamenkan, K. (2011). Children's Thoughts and Feelings during Hospitalization: Nursing
Management Journal of Nursing Science & Health, 34 (3): 75-87.
- Bumrungchon, N., Rattanapiroj, P., & Prada, J. (2014). The development of empowerment program
for caregivers of persons with development and intellectual disabilities. The Journal of
Psychiatric Nursing and Mental Health, 28 (2):125-140.
- National Institute for Child and Family Development. (2015). Holistic approach to child with
delayed development and child with special need, happiness version. [Internet]. Available
from: www.mahidolclinic.com.
- Marshall, C., & Rossman, G. Designing Qualitative Research (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage
Publications.
- Neuman, W. L. (1991) . Social research methods: Qualitative and quantitative approaches. Boston:
Allyn and Bacon.
- Pengjuntr, W., Health Literacy: [Internet]. 2018 [Cited in 2 October, 2019] Available from:
hpc5.anamai.moph.go.th/director/data/HL/HL_Workshop25012560.pdf.
- Phattarasatjatun, P., Nillapun, M., Prachusilpa, G., Vanichwatanavorachai, S. (2021). Development
of an Integrated Social Media and Technology based Coaching Model for Developing Early
Childhood Healthcare Competencies of Caregivers in Local Administration Organization
Childcare Centers. Journal of The Royal Thai Army Nurses 22 (3), 123-134. . (In Thai)
- Phongissaranuporn, S & Yamsakul, N. (2019). The Developmental Model for the Health Service
System of Early Childhood Through the Participation of Family and Community in Damneon
Saduak District, Ratchaburi Province. Medical Journal Region 4-5, 38(1): 25-37. (In Thai)
- Puntanit, U., Sangngam, J., Greadsrephun, G. (2019). The effect of a supportive program for
developmental screening on knowledge and skills of kindergarten teachers in child
developmental centers. Journal of Nursing, Siam University, 20 (39): 60-72. . (In Thai)
- Rajanagarindra Institute of Child Development . (2552). TDSI [Internet]. Available from:
roporsortor70.pdf (thaichilddevelopment.com)

- Palakawong-na-ayudhya, S. (2016). Functional Influence of Preschool Education on Cognitive Development In 3-4-Year-Old Children Academic Services Journal, Prince of Songkla University, 27(1): 133-143. . (In Thai)
- Sanivee, H., Wangthong, A & Wangthong A. (2020). Development Process of Enhancing Health Literacy in Children's Development among Parents in Nongjik District, Pattani Province Journal of Health Science, Thaksin University, 2(1),41-51. . (In Thai)
- Ulla, M.B., & Winitkun, D. (2018). In-service teacher training program in Thailand: Teachers' beliefs, needs, and challenges. Social sciences & Humanities, 26(3): 1579-1594. . (In Thai)
- Walk, L.M., Evers, W.F., Quante, S., & Hille, K. (2018). Evaluation of a teacher training program to enhance executive functions in preschool children. PLOS ONE, 13(5), e0197454.
<http://doi.org/10.1371/journal.pone.0197454>.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: Mar. 19,2022

Revised: Aug. 31,2022

Accepted: Sept. 15,2022

Published: Oct. 5, 2022

การศึกษาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี

The Study of Social Welfare Management for the Elderly of Local Administrative Organization in Ubon Ratchathani Province

นิธิศ ธาณี*, สุวรรณ ภัทรเบญจพล, อนุวัฒน์ วัฒนพิชญากุล

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

Nithit Thanee, Suwanna Phattarabenjapol, Anuvadh Vadhanapichayakul

Faculty of Pharmaceutical Sciences, Ubon Ratchathani University

บทคัดย่อ

การจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุเป็นบริการที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภาครัฐจึงตระหนักถึงความสำคัญของการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดอุบลราชธานี ด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ และเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้รับผิดชอบงานสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และผู้บริหารในระดับจังหวัดจำนวนทั้งสิ้น 27 คน และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่ากิจกรรมหรือสวัสดิการที่จัดบริการให้กับผู้สูงอายุที่พบมากคือ การจ่ายเบี้ยยังชีพ การรักษาพยาบาลฟรี และกิจกรรมนันทนาการ ในขณะที่สวัสดิการด้านที่อยู่อาศัย ด้านความมั่นคงทางสังคมครอบครัว และด้านการสร้างบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน ยังจัดบริการได้ไม่เพียงพอ และปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุคือการกำหนดเป็นนโยบายเน้นหนักของ อปท. และการสนับสนุนอย่างเต็มกำลังจากผู้บริหารหน่วยงาน รวมถึงการประสานงานและการจัดหาทรัพยากรร่วมกับชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ในปัจจุบันรูปแบบการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ในการดำเนินงานมีทั้งแบบทางการดั้งเดิมและผ่านสื่อสังคมออนไลน์ แต่พบว่ายังขาดการมีส่วนร่วมจากชุมชนโดยผู้สูงอายุก็มีส่วนร่วมในระดับการเข้าร่วมกิจกรรมเท่านั้น โดยสรุปหากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้กำหนดให้งานสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุเป็นนโยบายเน้นหนักตามบทบาทความรับผิดชอบของ อปท. ร่วมกับการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ทั้งจากชุมชน หน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน จะช่วยให้การจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : สวัสดิการสังคม, ผู้สูงอายุ, อุบลราชธานี, การจัดการ

Corresponding author: นิธิศ ธาณี, e-mail: nt.thanee@gmail.com

Original article

Abstract

Received: Mar. 19,2022

Revised: Aug. 31,2022

Accepted: Sept. 15,2022

Published: Oct. 5, 2022

Social welfare for the elderly is a crucial service for improving quality of life of Thai senior citizens. The Thai government raises important concerns in the effectiveness of social welfare management. The purpose of this study is to assess the management of social welfare for the elderly by local administrative organization in the Ubon Rathchatani Province, Thailand. The qualitative study was conducted using in-depth interviews among 27 key informants, which included social welfare officers and administrators of the local administrative organization in Ubon Ratchathani province. Data were analyzed by content analysis. From provider perspectives, government agencies provided seniors well with monthly subsistence allowance, free health care services, and recreational activities to their beneficiaries. On the other hand, welfare services of housing, social security, and social support were inadequate. Participants indicated that key factors for successful management included strengthening policy, full administrative support, the provision of necessary resources, and good coordination with all relevant stakeholders. Currently, both traditional and online communication style were used. However, the current level of community participation is another concern; the elderly usually participated only at activities at the enrollment level. In conclusion, this study findings indicated that local administrative organizations should place more focus on social welfare policy according to their legal responsibilities. In addition, all stakeholders' participation including community, government agencies, and private organizations are important since they also contribute to the effectiveness of social welfare management.

Keywords: social welfare, the elderly, Ubon Ratchathani, management

Corresponding author: Nithit Thanee, e-mail: nt.thanee@gmail.com

บทนำ

จากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติเมื่อเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2563 พบว่า ผู้สูงอายุมีสัดส่วนเป็นร้อยละ 17.58 ของประชากรไทยทั้งหมด (National Statistical Office, 2021) ซึ่งเพิ่มจากปี พ.ศ.2560 ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุ ร้อยละ 15.45 (Department of Older Persons, 2017) สำหรับจังหวัดอุบลราชธานีมีสัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 15.49 (National Statistical Office, 2021) ซึ่งถือได้ว่าได้ก้าวสู่สังคมสูงอายุ (aging Society) แล้ว และมีแนวโน้มจะมี สัดส่วนสูงถึงร้อยละ 20 ในอนาคต ซึ่งจะถือว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (aged Society) (Department of Mental Health, 2020) การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนผู้สูงอายุจะส่งผลกระทบต่อภาระหน้าที่ของครอบครัว ชุมชนและสังคมใน การดูแลสุขภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยเฉพาะการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้สูงอายุของรัฐ

รัฐได้ถูกกำหนดให้มีภาระหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมกับผู้สูงอายุ นับจากการจัดสวัสดิการรักษายาบาล ที่เริ่มในปี พ.ศ.2520 นอกจากนี้ตามบทบัญญัติในพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ทั้งมีหน้าที่ในการจัดสังคม สงเคราะห์และพัฒนาคุณภาพชีวิตคนชรา (Office of the Council of State, 2019) ทั้งนี้ให้สอดคล้องกับบทบัญญัติ ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ที่ได้กำหนดให้บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์และมีรายได้ ไม่เพียงพอแก่การยังชีพมีสิทธิได้รับสวัสดิการสงเคราะห์ความผาสุกอันเป็นสาระอย่างสมศักดิ์ศรีและความ ช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ (มาตรา 53) และกำหนดให้รัฐมีหน้าที่ดำเนินการจัดสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุเพื่อให้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและพึ่งพาตนเองได้ (มาตรา80(1)) (Office of the Council of State, 2007)

จากการศึกษาความครอบคลุมในการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุตามกรอบงานมาตรฐานการ สงเคราะห์ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2548 (Department of Local Administration, 2005) ที่ผ่านมาพบว่า การจัดสวัสดิการ ยังไม่ครอบคลุมทั้งในด้านพื้นที่การให้สวัสดิการ และประเด็นของการจัดสวัสดิการก็ยังไม่ครอบคลุม เช่น การศึกษา ของ ธาริกา ศักดิ์เศรษฐ และ รุ่งภพ คงฤทธิ์จัน (Saksedh, 2015, Kongritrajun, 2016) พบว่าการจัดสวัสดิการ สังคมสำหรับผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุมในทั้ง 2 ประเด็นดังกล่าว และจากการศึกษาของ ดาวราย ลิ้มสายหัว (Limsaihua, 2019) ศึกษาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดนนทบุรี พบว่า มี การจัดสวัสดิการเพียง 3 ด้านคือด้านสุขภาพและการรักษายาบาล ด้านรายได้ และด้านนันทนาการ ยังไม่มีการจัด สวัสดิการ 3 ด้าน คือ ด้านที่พักอาศัย ด้านความมั่นคงทางสังคม ครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง และด้านการ สร้างบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน

ปัจจุบันการดำเนินงานสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ของจังหวัด อุบลราชธานี ขึ้นอยู่กับความพร้อมของหน่วยงานแต่ละแห่ง หน่วยงานระดับจังหวัดยังไม่มีระบบให้มีการรายงานหรือ รวบรวมผลงานการดำเนินงานสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นระบบ สำนักงานพัฒนา สังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) อุบลราชธานี จะมีข้อมูลการดำเนินการเรื่องนี้ขององค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นเฉพาะส่วนที่ได้ให้การสนับสนุนงบประมาณเท่านั้น ยังขาดข้อมูลประกอบการวางแผนเพื่อขอรับการสนับสนุน งบประมาณจากส่วนกลางเพื่อขยายการดำเนินงานต่อไป

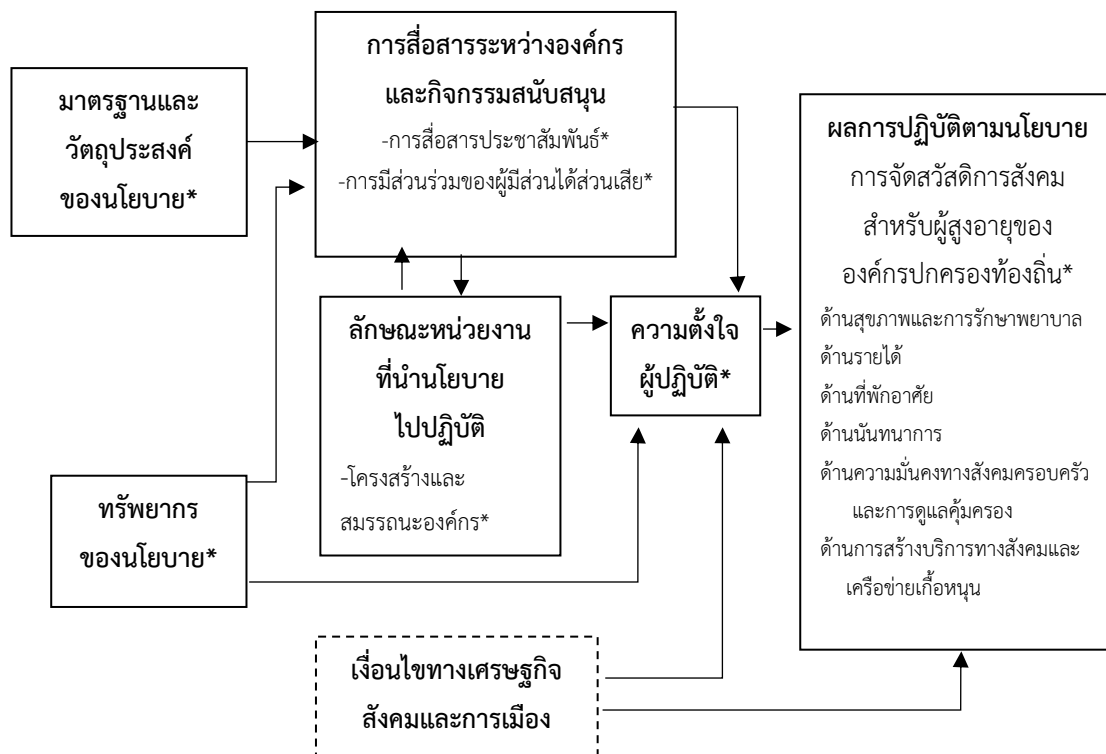
ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่จังหวัด อุบลราชธานี ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคที่มีผลกระทบต่อการดำเนินงานตามนโยบาย โดยคาดหวังว่าผลการวิจัยจะ เป็นประโยชน์ต่อแนวทางการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการนำนโยบายไปปฏิบัติ (The Policy Implement Process) ของแวนมิเตอร์ และ แวนฮอร์น (Van Meter, D. S. and Van Horn, C.E., 1975); Kenaphoom, S. & Jandaeng, B. (2019). ซึ่ง มีองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ วัตถุประสงค์และนโยบาย (Policy Standards and Objectives) ทรัพยากรนโยบาย (Policy resources) การสื่อสารระหว่างองค์กรและกิจกรรมการเสริมแรง (Inter-Organizational communication and enforcement activities) ลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ (Characteristic of implementing Agencies) เงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง (Economic, Social, and Political Conditions) และความตั้งใจของผู้ปฏิบัติ (The Disposition of Implementers) รายละเอียดกรอบแนวคิดของการวิจัยแสดงในภาพที่ 1 โดยมีได้ศึกษาในส่วนองค์ประกอบของเงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สังคม เนื่องจากเป็นปัจจัยภายนอกที่ควบคุมได้ยาก



* ประเด็นที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ระหว่าง ตุลาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2564 กับกลุ่มตัวอย่างผู้รับผิดชอบงานสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุและผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจากเทศบาลตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวนทั้งสิ้น 27 คน ดังนี้ จังหวัดอุบลราชธานีมีการแบ่งเขตการปกครองออกเป็น 25 อำเภอ สุ่มตัวอย่างอำเภอมาร้อยละ 20 โดยการจับฉลากรายชื่ออำเภอมา 5 อำเภอ ได้รายชื่ออำเภอดังนี้ วารินชำราบ เดชอุดม สิรินคร ตระการพืชผล และ เขื่องใน โดยการศึกษาครั้งนี้แยกเป็นเทศบาล 5 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล 15 แห่ง รวมเป็น 20 แห่ง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. ผู้รับผิดชอบงานสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใน 5 อำเภอ อำเภอละ 4 ตำบล ตำบลละ 1 คน รวมเป็นจำนวนทั้งสิ้น 20 คน โดยเป็นนักพัฒนาชุมชนทั้งหมด
2. ผู้บริหารในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 4 คน ประกอบด้วยปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน และผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม จำนวน 3 คน
3. ผู้บริหารในสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด จำนวน 1 คน
4. ผู้บริหารในสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด จำนวน 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

แบบสัมภาษณ์ใช้เค้าโครงคำถามแบบมีโครงสร้างซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประกอบด้วยคำถาม ตามกรอบแนวคิดวิจัย โดยใช้กรอบแนวคิดการนำนโยบายไปปฏิบัติ (The Policy Implement Process) ของ แวนมิเตอร์ และ แวนฮอร์น (Van Meter, D. S. and Van Horn, C.E., 1975); Kenaphoom, S. & Jandaeng, B. (2019) และกรอบงานมาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2548 (Department of Local Administration, 2005)

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. ลักษณะขององค์กร ประกอบด้วย มาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย โครงสร้างและสมรรถนะองค์กร ทรัพยากร การสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ความตั้งใจของผู้ปฏิบัติ
2. การจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล ด้านรายได้ ด้านที่พักอาศัย ด้านนันทนาการ ด้านความมั่นคงทางสังคม ครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง ด้านการสร้างบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุครั้งนี้มีดังนี้

1. ผู้วิจัย ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth interview) กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดด้วยตนเอง
2. แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบข้อคำถามให้สอดคล้องกับตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย โดยวิธีการสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

- 2.1 ทบทวนวรรณกรรมและสร้างกรอบแนวคิดการวิจัย
- 2.2 นำกรอบแนวคิดมาจำแนกเป็นประเด็นใหญ่ ๆ
- 2.3 แบ่งประเด็นใหญ่เป็นคำถามหรือประเด็นสนทนา
- 2.4 พิจารณาคำถามที่จะใช้เพื่อให้ได้ข้อมูลนั้น ๆ (ตั้งคำถามหลัก และคำถามย่อย สำหรับซักถามต่อเนื่องในแต่ละประเด็น)

- 2.5 รวบรวมประเด็นและคำถาม เป็นร่างแนวคำถามฉบับแรก
- 2.6 ตรวจสอบปรับปรุง โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน
- 2.7 ทดสอบแนวคำถามเพื่อดูความราบรื่นและความครอบคลุมของคำตอบ
- 2.8 แก้ไขปรับปรุงครั้งสุดท้าย (เพิ่ม/ลด/ปรับ/เรียงลำดับ)

3. สมุดจดบันทึกการสัมภาษณ์

4. เครื่องบันทึกเสียงการสัมภาษณ์

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล กำหนดขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ทำหนังสือถึงหัวหน้าส่วนราชการองค์กรปกครองท้องถิ่นที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดอุบลราชธานี และสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขออนุญาตสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามที่ประสานการคัดเลือกไว้

2. เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 27 คน ดังต่อไปนี้

2.1 สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ระดับผู้บริหารในสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 1 คน

2.2 สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ระดับผู้บริหารในสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 2 คน

2.3 สัมภาษณ์ผู้บริหารในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 4 คน

2.4 สัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 20 คน โดยมีขั้นตอนในการสัมภาษณ์ ดังนี้

2.4.1 ขั้นตอนการสัมภาษณ์

- 1) นัดหมายวัน เวลา ในการสัมภาษณ์
- 2) เตรียมแบบแนวคำถามในการสัมภาษณ์ที่สร้างไว้
- 3) เตรียมอุปกรณ์การจดบันทึก เครื่องบันทึกเสียง

2.4.2) ขั้นตอนการสัมภาษณ์

- 1) แนะนำตัวเอง สร้างบรรยากาศให้มีความรู้สึกเป็นกันเอง
- 2) แจ้งวัตถุประสงค์ ความสำคัญ ประโยชน์ของข้อมูลจากการสัมภาษณ์
- 3) ขออนุญาตในการจดบันทึกข้อมูล และบันทึกเสียงการสัมภาษณ์
- 4) ในการสัมภาษณ์ ใช้แนวคำถามที่สร้างไว้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์

2.4.3) การบันทึกข้อมูล หลังจากการสัมภาษณ์เสร็จในแต่ละราย รีบทำการบันทึกให้

สมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. จำแนกและจัดระบบข้อมูล (typology and taxonomy) นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาถอดคำพูดและจำแนกข้อมูล จัดหมวดหมู่ตามองค์ประกอบของตัวแปร คือ

1.1 ลักษณะขององค์กร ประกอบด้วย นโยบายและวัตถุประสงค์ โครงสร้างและสมรรถนะองค์กร ทรัพยากร การสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ การมีส่วนร่วมของประชาชน ทศนคติของผู้ปฏิบัติ

1.2 การจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล ด้านรายได้ ด้านที่พักอาศัย ด้านนันทนาการ ด้านความมั่นคงทางสังคม ครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง ด้านการสร้างบริการ และเครือข่ายการเกื้อหนุน

1.3 ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะต่าง ๆ

2. วิเคราะห์ส่วนประกอบ (componential analysis) นำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ในแต่ละส่วน แยกตามองค์ประกอบในข้อ 1.

3. วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยวิเคราะห์เอกสาร หลักฐานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อการพรรณนาและอธิบายรายละเอียดที่เกี่ยวข้องในองค์ประกอบต่าง ๆ

4. หาข้อสรุป วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลต่าง ๆ ที่ค้นพบ ความเหมือนกัน ความแตกต่างกัน ของข้อมูลที่ค้นพบ ความสอดคล้องกันระหว่างข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาข้อสรุปของข้อมูล

5. ตรวจสอบข้อมูลโดยการคืนข้อมูลให้ผู้วิจัยสรุปแล้วให้กลุ่มตัวอย่างบางส่วนได้ตรวจสอบ ยืนยันข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ตามเอกสารรับรอง หมายเลข UBU-REC 51/2563 เมื่อวันที่ 18 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563 ต่ออายุเมื่อวันที่ 2 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2564

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอตามแนวคิดองค์ประกอบหลักของทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติตามกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

1) ผลการปฏิบัติตามนโยบาย

ผลการปฏิบัติตามนโยบาย คือ ผลการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ซึ่งมีภารกิจและกิจกรรมในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบตามกรอบงานมาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2548. ดังนี้ (Department of Local Administration, 2005).

ด้านรายได้

บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านรายได้ที่ชัดเจนที่สุดคือ การจ่ายเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกิจกรรมสำคัญที่แต่ละ อปท. ทำเหมือนกัน โดยถือเป็นงานหลักของการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่ทุก อปท. ให้ความสำคัญเป็นอันดับต้น ๆ ดังคำกล่าวของนักพัฒนาชุมชนผู้รับผิดชอบงานท่านหนึ่งที่ว่า “การจ่ายเบี้ยยังชีพต้องให้ได้ครบทุกคน เพราะถือเป็นงานหลักของสวัสดิการผู้สูงอายุ” เดิมการจ่ายเบี้ยยังชีพจะเป็นการนำเงินสดไปจ่ายให้ผู้สูงอายุในการประชุมตามศาลากลางบ้านของแต่ละหมู่บ้าน ภายหลังได้เปลี่ยนเป็นวิธีการ ให้ผู้สูงอายุ

เปิดบัญชีธนาคาร แล้วกรมบัญชีกลางจะโอนเงินให้กับผู้สูงอายุแต่ละรายโดยตรง ซึ่งวิธีการโอนเงินผ่านธนาคารมีข้อดีกับ อบท. ในการลดภาระงานในการจ่ายเบี้ยยังชีพและตรวจสอบได้ง่ายขึ้น แต่ผู้สูงอายุบางส่วนยังคงต้องการให้มีการจ่ายเงินโดยตรงกับตัวผู้สูงอายุเพราะสะดวกกว่า ช่วยลดภาระในการเปิดบัญชีธนาคารและการเดินทางไปเบิกเงินรายเดือน นอกจากนี้การได้มีโอกาสประชุมพบปะกันกับเจ้าหน้าที่ของ อบท. จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถร้องเรียนปัญหาหรือบอกล่าความต้องการกับเจ้าหน้าที่ได้โดยตรง ปัจจุบันมีเพียงบางหมู่บ้านที่ยังคงมีการจ่ายโดยตรง เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุที่ร้องขอมา โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ผู้บริหาร อบท. ให้ความสำคัญและพยายามตอบสนองความต้องการผู้สูงอายุ

ด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล ทุก อบท. ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ยังไม่มีกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ยังไม่มีการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน งานด้านนี้ผู้รับผิดชอบหลักคือกระทรวงสาธารณสุข โดย อบท. ทำหน้าที่เพียงประสานงานเท่านั้น สวัสดิการรักษายาบาลเป็นสิทธิของผู้สูงอายุตามกฎหมาย งานด้านนี้เจ้าหน้าที่ อบท. ก็ให้ความสำคัญเพื่อสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ดังคำพูดว่า

“งานสำคัญส่วนใหญ่นี้ คือ เรื่องสุขภาพอนามัย ความเป็นอยู่ เป็นเรื่องที่มีมองเห็นง่าย”

หลายหน่วยงานมีการเพิ่มให้บริการเสริมในบางพื้นที่ห่างไกล เช่น การมีรถบริการรับส่ง 1669 ไปโรงพยาบาล การให้บริการตรวจเลือดผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการจัดส่งยาถึงบ้านให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่ควบคุมโรคได้ที่ไม่จำเป็นต้องพบแพทย์ นอกจากนี้ ยังมีภารกิจในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งงานด้านนี้กำลังมีความสำคัญมากขึ้นเพราะมีแนวโน้มว่า จะมีผู้สูงอายุที่ไร้ที่พึ่งและติดเตียงเพิ่มมากขึ้น อบท. และหน่วยงานสาธารณสุขจัดให้มีอาสาสมัครมาดูแล (Care giver, CG) ถึงบ้าน ดังคำพูดที่สะท้อนความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง ว่า

“ การให้ความช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยติดเตียงจะมี CG ช่วยดูแล แบ่งเวรกันมาเยี่ยมบ้าน..”

โดยปัจจุบันหน่วยงานทั้งในสังกัดและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการจัดอบรมตามมาตรฐานหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุขึ้นกลางจำนวน 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย สำหรับจิตอาสา และ หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุขั้นสูงจำนวน 420 ชั่วโมง ของกรมอนามัย สำหรับผู้สนใจประกอบเป็นอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นบทบาทการจัดการกำลังคนในส่วนนี้เป็นความรับผิดชอบของหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหลัก

ด้านนันทนาการ อบท. จัดให้มีกิจกรรมในเทศกาลตามประเพณีเป็นประจำทุกปี เช่น ช่วงวันสงกรานต์ และวันผู้สูงอายุ หรือช่วงเทศกาลปีใหม่ โดยกิจกรรมลักษณะนี้ได้รับความสนใจจากผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม โดยแต่ละ อบท. ให้ความสำคัญต่อการจัดกิจกรรมนี้มาก โดยถือว่าเป็นงานประจำปีสำหรับผู้สูงอายุที่แต่ละ อบท. กำหนดในแผนงานจึงสามารถจัดสรรงบประมาณของ อบท. มาดำเนินการเองเพื่อสนองความต้องการของชุมชนซึ่งเป็นฐานเสียงในพื้นที่ โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นทั้งกลุ่มผู้สูงอายุและวัยอื่น ๆ ดังคำพูดที่ว่า

“งานผู้สูงอายุเป็นงานประจำที่ต้องทำทุกปีอยู่แล้ว”

นอกจากนี้ แต่ละ อบท. จะมีงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งสามารถจัดกิจกรรมหรือสนับสนุนหน่วยงานอื่นให้จัดกิจกรรมด้านสุขภาพ อาจจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ หรืออาจประสานงานกับโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ เพื่อให้จัดอบรมโดย อบท. สนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรม เช่น กิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยเนื้อหาความรู้ที่ใช้ในการอบรม มักจะเป็นเรื่องสุขภาพ ความเป็นอยู่ อาหารการกิน การออกกำลังกาย รวมทั้งกิจกรรมบันเทิง ที่สร้างความ

สนุกสนานและความเพลิดเพลินให้ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลาย เช่น ดนตรี หมอลำ ตลอดจน บาง อปท. จัดให้ศิลปินพื้นบ้านในพื้นที่เข้าร่วมกิจกรรมซึ่งเป็นประโยชน์ทั้งต่อผู้สูงอายุและการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมท้องถิ่น

ด้านที่พักอาศัย สวัสดิการด้านนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการแก้ปัญหาให้กับผู้สูงอายุที่ยากไร้ ที่มีที่พักอาศัยเสื่อมโทรมจนไม่ปลอดภัย โดยทาง อปท. จะขอรับการสนับสนุนงบประมาณจาก สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) แต่ด้วยข้อจำกัดด้านงบประมาณที่ได้รับจัดสรรในแต่ละปี ทำให้สวัสดิการด้านนี้จัดบริการได้ไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้สูงอายุในหลายพื้นที่ และมักจะต้องระดมทุนทรัพย์เพิ่มเติมที่จะใช้ในการซ่อมแซมบ้านผู้สูงอายุ ซึ่งก็มักจะได้รับความร่วมมือจากชุมชนด้วยดี โดยแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านนี้มีการช่วยเหลือค่าใช้จ่าย สิ่งของ และแรงงาน เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไร้ที่พึ่ง แต่สำหรับพื้นที่ที่ศึกษามีลักษณะเป็นสังคมที่ยังคงเป็นกึ่งชนบท ผู้สูงอายุในพื้นที่ยังไม่มีความต้องการด้านนี้มากนัก แม้หากมีความต้องการโดยเฉพาะผู้สูงอายุในเขตเมืองแต่หน่วยงานก็ไม่สามารถรองรับความต้องการนี้ได้มากนัก

การจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ที่ อปท. ส่วนใหญ่ไม่ค่อยให้ความสำคัญ คือ ด้านความมั่นคงทางสังคม ครอบครัว และด้านการสร้างบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน แม้ว่าจังหวัดอุบลราชธานีจะมีชมรมผู้สูงอายุและเครือข่ายด้านผู้สูงอายุมาก ที่เป็นจุดแข็งในการดำเนินงานสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ แต่ชมรม ดังกล่าวมักกระจุกตัวเฉพาะในเขตเมืองที่มีสัดส่วนข้าราชการบำนาญมาก ในขณะที่ภารกิจบางอย่างที่ยังอยู่ในความรับผิดชอบของ พมจ. เนื่องจากไม่สามารถโอนให้ อปท. ดูแลได้เต็มที่ อปท. จึงมีหน้าที่เพียงการประสานงาน เช่น การช่วยเหลือผู้สูงอายุเฉพาะรายในรูปเงินสงเคราะห์ต่าง ๆ ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี เงินช่วยเหลือปรับปรุงซ่อมแซมที่อยู่อาศัย ทุนประกอบอาชีพ รวมทั้งการส่งเสริมให้เกิดองค์กรพัฒนาผู้สูงอายุในพื้นที่ เช่น ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.)

2) มาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย

ด้านมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบายในการจัดการสวัสดิการ คือการสนองตอบนโยบายส่วนกลางรวมทั้งการให้ความสำคัญของผู้บริหาร อปท. เองในการกำหนดเป็นนโยบายเน้นหนัก โดยนโยบายจากส่วนกลางที่สำคัญคือสารในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 11 ที่กำหนดให้รัฐมีการจัดสวัสดิการจำนวน 13 ภารกิจสำหรับ อปท. จะมีเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพด้านส่งเสริมผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Local Performance Assessment (LPA)) ทำให้งานสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุเป็นงานที่ถูกกำหนดให้ต้องดำเนินการซึ่งจะมีการประเมินผลการดำเนินงานทุกปี ดังคำกล่าวที่ว่า

“อปท.จะถูกประเมินงานเป็นวงรอบปีละ 1 ครั้ง จากคณะกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้งจากบุคคลภายนอกในระดับจังหวัด”

นอกจากนี้ นโยบายในระดับจังหวัดก็มีส่วนกำหนดให้เป็นกรอบการจัดการของ อปท. ด้วย เช่น นโยบายของจังหวัดอุบลราชธานีที่กำหนดให้การพัฒนาผู้สูงอายุเป็นวาระของจังหวัด ทำให้ อปท. แต่ละแห่งต้องมีแผนการพัฒนาและส่งเสริมกลุ่มผู้สูงอายุบรรจุไว้ในข้อบัญญัติ และต้องมีข้อมูลครัวเรือนเป้าหมายที่เป็นครัวเรือนยากจน ครัวเรือนเปราะบาง เป็นต้น ที่อยู่ในระบบข้อมูลการพัฒนาคนแบบชี้เป้า (Thai People map and Analytic Platform: TPMAP)

ดังนั้นหากหน่วยงานระดับจังหวัดมีนโยบายใดหรือแผนงานใดที่เน้นหนัก ก็สามารถสั่งการหรือประสานขอความร่วมมือมายัง อปท. ได้ ซึ่งจะทำให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความสำคัญเพิ่มขึ้นเพื่อกระตุ้นให้ดำเนินการตามนโยบายเด่นชัดขึ้น ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่ที่ว่า

“...ผู้บริหาร อบท.มักให้ความสนใจในงานที่หน่วยงานจังหวัดประสานงานมา ถ้าหน่วยงานระดับจังหวัดทำหนังสือมาอย่างนี้ด้วยจะทำให้ผู้บริหารให้ความสำคัญมากขึ้น...”

สำหรับนโยบายที่กำหนดเองของผู้บริหาร อบท.นั้น มีความแตกต่างกันไปตามแต่ละ อบท. เพราะมีความแตกต่างกันในการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติตามความพร้อมและศักยภาพของแต่ละหน่วยงาน บาง อบท.ในเขตเมืองที่มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุมากผู้บริหารอาจให้ความสำคัญมาก เช่น มีการจัดงานขนาดใหญ่และบ่อยครั้งในรอบปี แต่สำหรับในเขตชนบทในระดับ อบต. พบว่าบางแห่งให้ความสำคัญน้อยลงไป ดังคำกล่าวของผู้รับผิดชอบที่ว่า

“...ความเข้มข้นของงานสวัสดิการผู้สูงอายุยังไม่ใช่งานเน้นหนักของ อบต. ...”

บาง อบท.ในเขตเมือง ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุมาก อยู่รวมกันหนาแน่น และอาจมีกลุ่มข้าราชการบำนาญมาก ผู้บริหาร อบท. มักจะให้ความสำคัญกว่า อบท. ในเขตชนบท หาก อบท.กำหนดนโยบายให้งานสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุเป็นนโยบายเน้นหนักจะทำให้การจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพสามารถรองรับสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นได้ดีขึ้น ดังคำกล่าวของผู้บริหารที่ว่า

“...เนื่องจากสังคมไทยกำลังจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถกำหนดวงกรอบยุทธศาสตร์การพัฒนาผู้สูงอายุไว้ในระยะ 3 ปี หรือ 5 ปี จะทำให้เกิดการพัฒนาที่มีเป้าหมายชัดเจน จะมีความต่อเนื่อง และสามารถจัดทำแผนงานการพัฒนาเกี่ยวกับผู้สูงอายุตามข้อบัญญัติ...”

3) โครงสร้างและสมรรถนะองค์กร

ด้านโครงสร้างองค์กรประกอบด้วยโครงสร้างของแต่ละ อบท. และโครงสร้างที่เป็นการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งรัฐและเอกชน แต่ละ อบท. มีโครงสร้างการบริหารงานที่คล้ายคลึงกัน คืองานสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอยู่ภายใต้สำนักงานปลัด มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงาน คือ นักพัฒนาชุมชน และผู้ช่วยนักพัฒนาชุมชน

ในปัจจุบันงานการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้สูงอายุยังมีลักษณะการสงเคราะห์เป็นหลัก หากจะขยายขอบเขตงานให้หลากหลาย จะช่วยเรื่องคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ดีขึ้น โดยเฉพาะการสร้างรายได้ให้กับผู้สูงอายุ เช่น การฝึกอบรมทักษะอาชีพ การจัดหาแหล่งทุนหรือแหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์ เป็นต้น

ในประเด็นการถ่ายโอนภารกิจให้กับ อบท. ปัจจุบันภารกิจบางอย่างได้รับการถ่ายโอนจาก พมจ. ให้ อบท. ดำเนินการ เช่น การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ แต่ยังมีหลายกิจกรรมยังไม่ได้รับการถ่ายโอนให้ อบท. ดำเนินการ เช่น การจัดสรรเงินสงเคราะห์ต่าง ๆ ในอนาคตหากมีการปรับโครงสร้างให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับการถ่ายโอนภารกิจจากกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) มากขึ้น การจัดสวัสดิการน่าจะคล่องตัวขึ้น ดังคำพูดที่ว่า

“...ในอนาคตหากมีการถ่ายโอนภารกิจให้ อบท. ก็จะช่วยให้ออท.สามารถให้บริการประชาชนได้รวดเร็วครอบคลุมเป้าหมาย และมีความคล่องตัวมากขึ้น...”

นั่นคือการกระจายอำนาจการบริหารให้ อบท. จะทำให้ออท.สามารถจัดสวัสดิการสังคมได้มากขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“...หากมีการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างแท้จริง เราจะทำอะไรได้มากกว่านี้ ปัจจุบันมีหลายอย่างที่ต้องทำยังทำไม่ได้...”

4) ทรัพยากร

ประเด็นทรัพยากรในการศึกษา หมายถึง ความเพียงพอของทรัพยากรด้านกำลังคน งบประมาณ ตลอดจนสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ สำหรับการจัดสวัสดิการหรือกิจกรรมที่มีในข้อบัญญัติหรือเทศบัญญัติ ด้านทรัพยากรบุคคล พบว่า อบท. ส่วนใหญ่มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานสวัสดิการผู้สูงอายุประมาณ 2 คน ในการดูแลงานประจำคือการจ่ายเบี้ยยังชีพให้ครบถ้วนตามฐานข้อมูล และการจัดกิจกรรมการประชุมผู้สูงอายุต่างๆ หากกำลังคนไม่พอในการจัดกิจกรรมใหญ่ๆ ก็จะมีการขอความร่วมมือกำลังคนจากงานอื่นๆ ดังคำกล่าวที่ว่า

“...เวลามีงานใหญ่ ก็ขอความร่วมมือกำลังคนจากงานอื่นมาช่วย ซึ่งก็ได้รับความร่วมมือดี”

นอกจากนี้ ผู้ที่รับผิดชอบงานสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีตำแหน่งนักพัฒนาชุมชน อย่างไรก็ตาม อบท. บางแห่งมีความต้องการให้มีนักสังคมสงเคราะห์มาทำหน้าที่แทนหรือมาช่วยเพิ่ม โดยมองว่า การจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุเป็นงานสังคมสงเคราะห์มากกว่างานรัฐสวัสดิการสังคม เพื่อมาปฏิบัติหน้าที่ด้านการสงเคราะห์ต่าง ๆ ดังคำกล่าวที่ว่า

“อยากให้มีนักสังคมสงเคราะห์มาช่วย เขาจะทำหน้าที่ตรงนี้ได้ดีกว่านักพัฒนาชุมชนอย่างเรา”

ด้านงบประมาณ พบว่า มีการจัดสรรงบประมาณจากหน่วยงานราชการส่วนกลาง ร่วมกับการใช้งบประมาณของ อบท. เอง ที่ได้จากการเก็บภาษีท้องถิ่น รวมทั้งงบประมาณจากหน่วยงานอื่น ๆ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) หรือ หน่วยงานสาธารณสุข

ผลการศึกษาพบว่า อบท. ต่างใช้งบประมาณตามที่มีอยู่ให้สอดคล้องกับภารกิจที่วางแผนไว้ งานบางอย่างมีสถานะเป็นงานฝากที่หน่วยงานในระดับจังหวัดขอความร่วมมือมา อาจมีงบประมาณมาให้ด้วยหรือไม่ก็มีจัดการได้ ดังคำพูดที่ว่า

“...บางทีหน่วยงานจากจังหวัดขอความร่วมมือมาสำรวจบางเรื่อง บางทีก็มีงบประมาณมาให้ทำ บางทีก็ไม่มีงบประมาณ เราก็ทำได้หมด..”

ในกรณี อบท. บางแห่งที่งบประมาณจากส่วนกลางมีแนวโน้มลดลง บางอบท. ก็จะมีการลดจำนวนกลุ่มเป้าหมายของกิจกรรมลง ซึ่งทำให้ความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายของกิจกรรมก็จะลดลงด้วย ดังคำพูดที่ว่า

“หลัง ๆ มานี้ งบประมาณจะถูกลดลงทุกปี ก็มีกิจกรรมเหมือน ๆ ทุกปี แต่เป้าหมายจะลดลงตามงบประมาณ...”

อย่างไรก็ดี หลายอบท. ก็พยายามแสวงหางบประมาณจากหน่วยงานอื่นมากขึ้น เพื่อจัดกิจกรรมให้สามารถดำเนินงานไปได้ อบท. บางแห่งมีการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานเอกชนในการจัดกิจกรรม เช่น ขอรับการสนับสนุนด้านงบประมาณ หรือสิ่งของเพื่อจัดประชุมกิจกรรมผู้สูงอายุประจำปี โดยเฉพาะ อบท. ในเขตเมือง ที่มีห้างร้านจำนวนมาก

5) การสื่อสารและการประชาสัมพันธ์

การสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ในการศึกษานี้ หมายรวมถึงการสื่อสารในการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุภายในหน่วยงาน อบท. และ การประชาสัมพันธ์ข่าวสารกิจกรรมให้กับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย การสื่อสารภายใน อบท. จะใช้วิธีการประชุมระดับผู้บริหารระดับหัวหน้าสำนักงานปลัด หรือผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคมและพัฒนาชุมชน แล้วสื่อสารผ่านการสั่งการ ติดตาม ควบคุม กำกับ ด้วยหนังสือราชการตามระบบธุรการที่สามารถสื่อสารได้ชัดเจนไม่ซับซ้อน

ผลการศึกษาปัจจุบันรูปแบบการสื่อสารที่ไม่เป็นทางการและใช้บ่อยที่นิยมมากที่สุดคือ การใช้แอปพลิเคชันไลน์ ร่วมกับการใช้โทรศัพท์ ดังคำกล่าวที่ว่า

“...การสื่อสารปัจจุบันสะดวกรวดเร็ว จะติดต่อกันได้ง่าย ส่วนมากนิยมใช้ไลน์เป็นอย่างแรก ทั้งแบบข้อความและแบบโทร...”

สำหรับการประชาสัมพันธ์กิจกรรมหรือข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ต่อกลุ่มเป้าหมาย มีหลายช่องทาง นับตั้งแต่รูปแบบดั้งเดิม คือการกระจายข่าวสารด้วยหนังสือราชการไปตามหมู่บ้าน ผ่านผู้นำชุมชน เครือข่ายผู้สูงอายุ ร่วมกับการมีบอร์ดประชาสัมพันธ์ของหน่วยงาน การใช้รถกระจายเสียง การขอความร่วมมือผู้นำชุมชนในการกระจายข่าวสารผ่านเสียงตามสายในหมู่บ้านหรือชุมชน

ในระยะหลัง บาง อบต. โดยเฉพาะในเขตเมือง จะใช้แอปพลิเคชันไลน์ และ แอปพลิเคชันเฟซบุ๊ก เพื่อใช้ในการให้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ร่วมกับวิธีการเดิม เพื่อให้ข่าวสารได้รับการกระจายทั่วถึงไม่คลาดเคลื่อน ดังคำพูดที่ว่า

“ การประชาสัมพันธ์หลายทางมาก ทั้งไลน์ เฟซบุ๊ก แต่ที่ใช้บ่อยคือประชาสัมพันธ์ไปกับผู้นำชุมชน ทำหนังสือไปให้ประกาศเสียงตามสาย...”

6) การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการศึกษานี้หมายถึงการมีส่วนร่วมของชุมชน การมีส่วนร่วมจากภาคเครือข่ายต่าง ๆ เช่น การที่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการสังคมทั้งระดับบุคคลและกลุ่มบุคคล ในแง่การให้ข้อมูล การวางแผน การดำเนินงาน การติดตามประเมินผลโครงการ ในด้านการให้ข้อมูล ผู้สูงอายุจะมีส่วนร่วมในการเสนอแนะปัญหาและความต้องการในการจัดทำประชาคมหมู่บ้าน ซึ่งรวมทุกปัญหาจากทุกกลุ่มประชากร รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการกำหนดความต้องการในการจัดกิจกรรมการอบรมในโครงการโรงเรียนผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาด้านการดำเนินงานพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการเข้าร่วมกิจกรรมอบรมต่างๆ และงานประจำปีสำหรับผู้สูงอายุ โดยอาจจะมีส่วนในการประเมินผลบ้าง เช่น การให้ข้อมูลความพึงพอใจ หรือให้ข้อเสนอแนะความต้องการในการจัดกิจกรรมครั้งต่อไป ในแง่กลุ่มบุคคล พบว่า ชุมชนผู้สูงอายุมีส่วนร่วมที่สำคัญในการจัดกิจกรรมรวมกลุ่ม นันทนาการหรือการจัดกิจกรรมเก็บเงินเพื่อช่วยเหลือค่าทำศพผู้สูงอายุ ในการฉาปนกิจสงเคราะห์ พบว่า ชุมชนผู้สูงอายุในเขตเมือง จะมีบทบาทมากกว่าในชนบท เนื่องจากมีสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง เช่น ข้าราชการบำนาญ พ่อค้า กิจกรรมของชุมชนเหล่านี้ เช่น การส่งเสริมอาชีพเสริม การจัดกิจกรรมตามประเพณี และศาสนาเพื่อเชิดชูเกียรติผู้สูงอายุให้ลูกหลานได้ให้ความเคารพนับถือ การจัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย การเต้น การฟ้อนรำ ในแง่บทบาทของชุมชนผู้สูงอายุอาจจะไม่จำกัดเฉพาะผู้สูงอายุแต่มีกลุ่มคนวัยอื่นเข้าร่วมด้วย ทำให้ผู้สูงอายุได้รับสวัสดิการจากชุมชนนอกเหนือจากภาครัฐ

ในส่วนของการมีส่วนร่วมจากเครือข่ายนั้น ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละพื้นที่ ตลอดจนความสามารถในการประสานงานของ อบต. งานสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุกระจายอยู่ในหน่วยงานต่างๆ ที่อยู่พื้นที่ความรับผิดชอบเดียวกัน เช่น หน่วยงานสาธารณสุข ดังคำพูดที่ว่า “...งานสวัสดิการผู้สูงอายุต้องอาศัยความร่วมมือหลายหน่วยงาน หน่วยงานเราเป็นเจ้าภาพหลัก ต้องประสานงานมากเพื่อเครือข่ายทำงานร่วมกัน...” และคำกล่าวคือความสำคัญของการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เป็นสมรรถนะขององค์กร ที่ว่า

“ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต้องมีความสมมติในการเป็นนักประสานงานที่ดี สามารถสร้างความร่วมมือ ความเข้าใจ ทั้งกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายอื่น ๆ ในหน่วยงาน และนอกหน่วยงานได้”

นอกจากนี้ อบท. ยังต้องประสานงานกับหน่วยงานในระดับจังหวัด เช่น พมจ. สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการจัดสรรงบประมาณบางส่วนสำหรับการจัดกิจกรรม หากมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่ดี จะช่วยให้การจัดสวัสดิการสังคมมีทิศทางเดียวกัน เพราะการดำเนินงานบางอย่างต้องอาศัยการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งกรมแรงงาน กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“...หน่วยงานอื่น ๆ ถ้ามีนโยบายร่วมในเรื่องนี้ไปในทิศทางเดียวกันจะช่วยให้ประสานงานกันได้ดีขึ้น คล่องตัวมากขึ้น...”

7) ความตั้งใจของผู้ปฏิบัติ

ความตั้งใจ หรือ ทัศนคติของผู้ปฏิบัติในที่นี้หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด แนวความคิดเห็นที่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีต่องานสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุใน อบท. จนนำไปสู่การแสดงออกถึงลักษณะของการปฏิบัติงานพบว่าเจ้าหน้าที่มีทัศนคติต่องานสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน เห็นว่างานสวัสดิการสังคม เป็นงานที่มีคุณค่า มีประโยชน์ต่อชุมชนและประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเป้าหมายนั้น เป็นกลุ่มที่ได้รับการเคารพจากประชาชนกลุ่มวัยอื่น ๆ ตามขนบธรรมเนียมประเพณีไทย ดังคำพูดที่ว่า “...ผู้สูงอายุก็เหมือนกับพ่อ แม่ ของพวกเรา อยากให้ท่านอยู่ดีมีแรง ไม่เจ็บไม่ไข้...”

ในแง่ความรู้สึกของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน จะรู้สึกมีความสุขเมื่อเห็นกลุ่มผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรมแล้ว มีความพึงพอใจ เจ้าหน้าที่จากฝ่ายต่าง ๆ ของ อบท. ก็จะมีส่วนร่วมในวันทำกิจกรรมด้วย อบท.ทุกแห่งถือว่างานผู้สูงอายุคืองานของหน่วยงาน ดังคำพูดที่ว่า “...เมื่อเห็นคุณตา คุณยาย มีความสุข พวกเราก็มีความสุขไปด้วย พอถึงวันที่มีกิจกรรมของโครงการผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายลงช่วยกันหมด เป็นงานที่สนุกและมีสาระ...” เจ้าหน้าที่ใน อบท.ส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่นั้น ๆ การทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้สูงอายุจึงเหมือนเป็นการแสดงออกถึงการตอบแทนคุณความดีของผู้สูงอายุ ดังคำพูดที่ว่า “...ผู้สูงอายุกับเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ก็รู้จักกันแทบทั้งนั้น เราก็เหมือนลูกหลานที่ถึงเวลาที่ต้องดูแลท่านบ้าง...”

ด้านความพร้อมของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน พบว่าเจ้าหน้าที่ให้ความร่วมมือในงานดี และมีความพร้อมสำหรับที่จะปฏิบัติงาน และค่อนข้างกระตือรือร้นในสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ ปัจจุบันงานนี้เป็นงานหลักงานประจำที่สำคัญของทุก อบท. ยกตัวอย่างเช่น การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ดังคำพูดที่ว่า “...เบี้ยยังชีพต้องจ่ายตรงเวลา ถ้าคลาดเคลื่อนไปจะมีผลกระทบสูงมาก...” ส่วนงานอื่น ๆ ที่เป็นงานด้านผู้สูงอายุ ถ้ามีกิจกรรมที่ต้องใช้ผู้ปฏิบัติจำนวนมากก็สามารถขอความร่วมมือจากฝ่ายต่าง ๆ ใน อบท. ดังที่กล่าวมาก่อนนี้

อภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัยตามรายละเอียด ดังนี้

1) ความครอบคลุมในการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่พบว่า ยังไม่ครอบคลุมทุกด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ ชาริกา ศักดิ์เศรษฐ และ รุ่งภพ คงฤทธิ์ระจัน (Saksedh, 2015, Kongritrajun, 2016) ที่ว่าการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุมทั้งในด้านพื้นที่ดำเนินการและประเด็นที่จัดสวัสดิการ และจากการศึกษาของ ดาวราย ลิมสายหัว (Limsaihua, 2019) ที่พบว่าการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลของพื้นที่ที่ศึกษา ในจังหวัดนนทบุรี มีการจัดสวัสดิการเพียง 3 ด้านคือด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล ด้าน

รายได้ ด้านนันทนาการ ยังไม่มีการจัดสวัสดิการ 3 ด้าน คือ ด้านที่พักอาศัย ด้านความมั่นคงทางสังคม ครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง และด้านการสร้างบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน

2) ด้านมาตรฐานและวัตถุประสงค์นโยบาย ที่พบว่า ควรทำให้งานสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุได้รับความสำคัญเป็นนโยบายเน้นหนักของ อปท. และมีการจัดการตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ฌอนมชาติ ชำนิราชกิจ (Chamnirachkit, 2019) ที่ว่าผู้บริหาร อปท. ควรให้ความสำคัญกับการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ และหน่วยงานระดับจังหวัดควรเข้าไปมีส่วนร่วมในการให้คำปรึกษา และข้อเสนอแนะแก่ อปท. ในการจัดสวัสดิการสังคมให้ครอบคลุมในทุกด้าน

3) ด้านโครงสร้างและสมรรถนะองค์กร พบว่า หน่วยงานระดับ อปท. มีโครงสร้างตามมาตรฐานที่กำหนด และสายการบังคับบัญชาชัดเจนและไม่ซับซ้อน จำนวนบุคลากรไม่มากสอดคล้องกับประชากรและชุมชนที่รับผิดชอบ อย่างไรก็ตามการทำงานสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกด้านต้องมีหน่วยงานที่รับผิดชอบร่วมกันหลายฝ่าย และ อปท. เป็นหน่วยงานที่จัดบริการโดยตรงเปรียบเสมือนหน่วยงานปลายน้ำที่ต้องปฏิบัติตามนโยบายของหน่วยงานระดับจังหวัดและระดับกระทรวง อย่างไรก็ตามผลการศึกษาชี้ว่า การถ่ายโอนอำนาจและบทบาทความรับผิดชอบด้านสวัสดิการให้ อปท. มากขึ้น จะทำให้การจัดสวัสดิการมีคุณภาพมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปิยลักษณ์ โพธิวรรณ และ กิตติกรณ์ บำรุงบุญ ที่เสนอว่า กลยุทธ์ที่เหมาะสมในการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ คือกลยุทธ์สร้างเครือข่ายและมีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โดยควรทำงานแบบบูรณาการทั้งในเรื่องแผนงาน โครงการ พื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย (Potiwat, & Bamroongboon, 2015) ส่วนงานของ รุ่งภพ คงฤทธิ์ระจัน ยืนยันว่าการสนับสนุนให้หน่วยงานราชการมีการสร้างเครือข่ายการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ จะเป็นแรงผลักดันให้นำนโยบายไปปฏิบัติประสบความสำเร็จได้ (Kongritrajun, 2016)

4) ด้านทรัพยากร กลุ่มตัวอย่างให้ข้อคิดเห็นสอดคล้องกัน ว่า อปท. ที่มีกำลังคนและงบประมาณเพียงพอทั้งจากหน่วยราชการและหน่วยงานเอกชนเป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนการจัดกิจกรรมได้ครอบคลุมมากขึ้น ซึ่งเป็นไปในทางเดียวกันกับการศึกษาของ รุ่งภพ คงฤทธิ์ระจัน (Kongritrajun, 2016) ที่ได้นำเสนอตัวแบบของการนำนโยบายสวัสดิการผู้สูงอายุไปปฏิบัติตามหลักการของการปรับปรุงโครงสร้างโดยจะต้องไม่พึ่งพางบประมาณจากหน่วยราชการเพียงอย่างเดียว และงานของ ปิยลักษณ์ โพธิวรรณ และกิตติกรณ์ บำรุงบุญ (Potiwat & Bamroongboon, 2015) ที่เสนอแนะว่าการจัดหางบประมาณในการจัดสวัสดิการควรแสวงหาจากทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น งบประมาณจากกองทุนสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติ กองทุนผู้สูงอายุ หรือการขอสนับสนุนจากสถานประกอบการในพื้นที่ และการระดมทุนจากผู้สูงอายุเอง ตลอดจนข้อเสนอในการปรับปรุงแก้ไขระเบียบที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้จ่ายงบประมาณ

5) ด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน ที่พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างนี้ มักมีส่วนร่วมในแง่การเข้าร่วมกิจกรรมเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธาธิกา ศักดิ์เศรษฐ์ (Saksedh, 2015) ที่ว่า ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมน้อยและมีส่วนร่วมเฉพาะช่วงการจัดทำแผนของหน่วยงานที่เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นเท่านั้น ดังนั้นการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้น ย่อมเป็นผลดีต่อการจัดสวัสดิการ สอดคล้องกับการศึกษาของ ฌอนมชาติ ชำนิราชกิจ (Chamnirachkit, 2019) ที่ให้ข้อเสนอแนะว่า อปท. ควรมีการจัดเวทีประชาคม เพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดแผน และแนวทางในการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ ให้สอดคล้องกับความต้องการ และศักยภาพของท้องถิ่นในการจัดสวัสดิการ รวมทั้งการติดตามและประเมินผลการจัดสวัสดิการตามนโยบาย นอกจากนี้ บทบาทชมรมผู้สูงอายุมีบทบาทสำคัญในการช่วยจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับ ข้อมูลที่พบว่าจังหวัดอุบลราชธานีมีองค์กรผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุและเครือข่ายด้านผู้สูงอายุ เป็นจำนวนมาก

6) ด้านการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ มีผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานต่าง ๆ การสื่อสารที่สะดวกรวดเร็ว มีความชัดเจนลดข้อผิดพลาดของการสื่อสารจะช่วยสนับสนุนให้การดำเนินงานต่าง ๆ ขององค์กรมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะปัจจุบันรูปแบบการสื่อสารที่ไม่เป็นทางการและใช้บ่อยที่นิยมมากที่สุดคือ การใช้แอปพลิเคชันไลน์ ร่วมกับการใช้โทรศัพท์ ที่ให้ความคล่องตัวในการติดต่อสื่อสาร สอดคล้องกับการศึกษาของ พรรณสุภา โพธิ์น้อย และณัฐกริช เปาอินทร์ (Phoyoi & Poa-in, 2018) พบว่า การติดต่อสื่อสารส่งผลให้การนำนโยบายสภาวัฒนธรรมไปปฏิบัติเกิดความสำเร็จ โดยการใช้การสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ เช่น แอปพลิเคชันไลน์ โทรศัพท์ แจ้งข่าวสารผ่านผู้นำชุมชน เสียตามสาย เป็นต้น

7) ทักษะคติของผู้ปฏิบัติ จะส่งผลต่อพฤติกรรมการทำงานของเจ้าหน้าที่ งานสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุก็เช่นกัน จากผลการศึกษาพบว่าเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ใน อบต. เป็นคนในพื้นที่ เป็นลูกหลานของชาวบ้านในชุมชน มีความรู้สึกเคารพและผูกพันกับผู้สูงอายุในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ เศรษฐวัฒน์ โชควรรกุล (Chokeworakul, 2012) ที่ว่า อบต. ควรเลือกเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุที่จิตใจอบอุ่นอารี ถ้าเป็นคนในท้องถิ่นได้ดี เพราะจะเข้าใจปัญหาและแก้ไขปัญหาได้ตรงจุด

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. การจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ควรยึดแนวทางตามมาตรฐานการสังเคราะห์ผู้สูงอายุของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น พ.ศ.2548 เป็นแนวนโยบายและวัตถุประสงค์หลัก โดยให้มีการประเมินผลการดำเนินงานเพื่อที่จะนำผลการประเมินไปวางแผนในการดำเนินงานในปีถัดไป

2. ผู้บริหาร อบต. ควรจัดลำดับความสำคัญให้การจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ เป็นนโยบายเน้นหนักเพื่อรองรับการมีสัดส่วนผู้สูงอายุที่มากขึ้น

3. ควรส่งเสริมให้มีเครือข่ายการจัดสวัสดิการสังคม เช่น การพัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุ การพัฒนาและส่งเสริมศักยภาพของครอบครัว ชุมชนในการช่วยเหลือ ดูแลผู้สูงอายุตามความจำเป็น รวมทั้งการส่งเสริมบทบาทของหน่วยงานเอกชนในการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

4. กระจายอำนาจในการบริหารจัดการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมากขึ้น เช่น ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจในการจัดสรรงบประมาณสำหรับการดำเนินงานสวัสดิการสังคมได้มากขึ้น ให้ครอบคลุมประเด็นที่จำเป็นต้องดำเนินการ เช่น การให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ยากจน ไร้ที่พึ่งพิง ในเรื่องต่าง ๆ เพื่อความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นโดยเน้นปัจจัยสี่ในการดำรงชีวิต

5. ทบทวนบทบาทหน้าที่ กำหนดให้งานสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุเป็นนโยบายเน้นหนัก ขยายกรอบการดำเนินงานสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุมากขึ้นตามความต้องการสำหรับผู้สูงอายุ

6. เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องมีคุณสมบัติในการเป็นนักประสานงานที่ดี สามารถสร้างความร่วมมือ ความเข้าใจทั้งกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายอื่น ๆ ในหน่วยงาน นอกหน่วยงาน และประชาชนได้

7. หน่วยงานภาครัฐอื่น ๆ มีนโยบายที่สอดคล้องกันในด้านสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น กรมแรงงาน กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงมหาดไทย เป็นต้น เพราะการดำเนินงานบางอย่างต้องอาศัยบทบาทหน้าที่สำหรับหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ถ้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีนโยบายสอดคล้องกันก็จะประสานการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

8. หน่วยงานระดับจังหวัดที่ควบคุมกำกับนโยบายสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ กำหนดเป็นนโยบายที่ชัดเจน มีการกระตุ้นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการตามนโยบายเป็นระยะ

9. ควรมีการทบทวนและให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับระเบียบ ข้อบังคับในการใช้งบประมาณสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเป็นการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพผู้ปฏิบัติมีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาวิจัยในพื้นที่ที่มีการดำเนินงานด้านสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุที่ได้ผลดีเพื่อถอดบทเรียน เป็นแนวทางในการดำเนินงานในพื้นที่อื่นต่อไป

2. ศึกษาวิจัยด้านการให้ชุมชนออกแบบชุดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานสนับสนุน

3. ศึกษาบทบาทของครอบครัวผู้สูงอายุ ชุมชน และหน่วยงานเอกชนหรือองค์กรอื่น ๆ ที่อาจมีส่วนสำคัญต่อการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ โดยอาจศึกษาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่งเพื่อเป็นต้นแบบการดำเนินงานสำหรับพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

4. ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานด้านสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเปรียบเทียบระหว่างเทศบาลกับองค์การบริหารส่วนตำบล โดยอาจใช้รูปแบบการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixed method) เพื่อยืนยันผลการศึกษา

5. ศึกษาความต้องการสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุในกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางในการจัดสวัสดิการที่เหมาะสมต่อไป

References

- Chamnirachakit, T. (2019). *The Elderly and Family Welfare Fund Project in the Community: Management of Allowances for the Elderly and Family Welfare Fund Project in the Community: Management of Allowances for the Elderly in Klong Khoi Sub-District Municipality Pak kret District, Nonthaburi Province*. Bangkok: Bangkok Thonburi University. (in Thai)
- Chockworgul, S. (2012). Policy for improving the quality of life for the elderly of local administrative organizations in the Northeastern Province. *Governance Journal*. 1(1): 146-165. (in Thai)
- Department of Local Administration. (2005). *Elderly Care Standard*. Bangkok: Ministry of Interior. (in Thai)
- Department of Mental Health. (2020) 93 days to society “old people” 5 provinces? the most and the least of old people. Retrieved On April 23, from https://www.dmh.go.th/news_dmh/view.asp?id=30453. (in Thai)
- Department of Older Persons. (2017) Statistics of the elderly in Thailand 77 provinces at the date of 31 December 2017. Retrieved On January 23, from <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/125>. (in Thai)
- Kongritrajun, R. (2016). Development of A Model to Implement the Elderly Welfare Policy. *Suan Dusit Graduate School Academic Journal*. 12(1). (in Thai)
- Limsaihua, D. (2019). Elderly Welfare Management of Omkret Subdistrict Administrative Organization, Pak Kret District, Nonthaburi Province. *Journal of Humanities and Social Sciences Review: 21 (1): 65-79* (in Thai)
- National Statistical Office. (2021). Number and proportion of population from Registration classified by age group (childhood, working age, elderly), sex, region and province, B.E.2011-2020. Retrieved On April 29, from <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx> (in Thai)
- Office of the Council of State. (2007). Constitution of the Kingdom of Thailand, BE 2550 (2007). Retrieved On February 17, <https://www.krisdika.go.th/librarian/get?sysid=561157&ext=pdf>. (in Thai)
- Office of the Council of State. (2019). Municipality Act, B.E 1953. Retrieved On March 20, from <https://www.krisdika.go.th/librarian/get?sysid=618130&ext=htm>. (in Thai)
- Pothiwan, P. & Bumrungrboon, K. (2015). *Social Welfare's Management Approach for Elders in Muang Subdistrict Municipality at Muang District in Maha Sarakham*. Maha Sarakham : Maha Sarakham Rajabhat University. (in Thai)

- Phoyoi, P. & Poa-in, N. (2018). Implementing the policy of the Cultural Council Case study of the sub-district cultural council Samut Sakhon Province. *Journal of Politics and Governance*. 8(3): 132-151. (in Thai)
- Saksedh, T. (2015). The Policy Implementation of Provided Welfare for the Elderly of Local Organization Administration Sichon District, Nakhon Si Thammarat Province. Continuing report of the national academic conference, Research and Development Institute of Kamphaeng Phet Rajabhat University 2nd (379 - 389). Kamphaengphet: Kamphaengphet Rajabhat University. (in Thai)
- Kenaphoom, S. & Jandaeng, B. (2019). Theory model of public policy implementation. *Journal of Local governance and innovation*. 3 (1), 95-115 (in Thai)
- Van Meter, D. S.; Van Horn, C.E. (1975). The Policy Implementation Process: A conceptual framework *administration & Society*, 6 (4), 445 – 488.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: June 23, 2022

Revised: Sept. 5, 2022

Accepted: Sept. 23, 2022

Published: Oct. 5, 2022

ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน
โรคฟันผุในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เขตชนบท จังหวัดอุบลราชธานี

Oral Health Literacy and Associated Factors of Dental Caries
Prevention Behavior among Junior High School Students in Rural Areas
Ubon Ratchathani Province, Thailand

กิตติยา ศรีมาฤทธิ์¹, นิยม จันทร์นวล^{2*}

¹วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี,

²วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

Kittiya Srimarit¹, Niyom Junnual^{2*}

¹Sirindhorn College of Public Health Ubon Ratchathani,

² College of Medicine and Public health, Ubon Ratchathani University

บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เขตชนบท จังหวัดอุบลราชธานี สุ่มตัวอย่างแบบหลาย จำนวน 402 คน จากนักเรียน 18,042 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุด้วย Multivariable linear regression

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.75 มีอายุเฉลี่ย 13.97 ปี กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มากที่สุด ร้อยละ 39.80 ผู้ปกครองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 63.43 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 49.75 ส่วนใหญ่นักเรียนไม่ได้พักอาศัยอยู่กับพ่อแม่ ร้อยละ 55.47 ไปใช้บริการทางทันตกรรมเมื่อมีอาการผุคุดที่ฟัน ร้อยละ 81.84 โดยไปรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากที่สุด ร้อยละ 48.25 และส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 96.27 มีพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.37 ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.90 โดยตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ ได้แก่ ทักษะความรู้ ความเข้าใจข้อมูล ($B = -0.73$, 95%CI = $-0.90 - -0.57$) การพักอาศัยกับพ่อแม่ ($B = 3.53$, 95%CI = $1.12-5.93$) และรับบริการทันตกรรมที่โรงเรียน ($B = 5.86$, 95% CI = $1.44-10.28$) ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถอธิบายความผันแปรของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุได้ร้อยละ 20

ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมการเรียนรู้ โดยการให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรคฟันผุกับ ผู้ปกครองที่ไม่ใช่พ่อแม่โดยตรง เพื่อส่งเสริมให้นักเรียนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุที่ดี และสนับสนุนให้มีหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ที่โรงเรียน เพื่อส่งเสริมการป้องกันโรคฟันผุในกลุ่มวัยนี้ลดการเกิดโรคฟันผุในฟันแท้และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการไปรับบริการทางทันตกรรม

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก / พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ / นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

Corresponding author: นิยม จันทร์นวล E-mail: niyom.j@ubu.ac.th

Original article

Abstract

Received: June 23,2022

Revised: Sept.5,2022

Accepted: Sept. 23,2022

Published: Oct. 5, 2022

This cross-sectional analytical study aimed to study the level of oral health literacy, level of dental caries prevention behavior, and factors related to caries prevention behaviors among junior high school students in rural areas, Ubon Ratchathani Province, Thailand. A multistage random sampling of 402 students from 18,042 students was conducted. Data were collected using an oral health literacy questionnaire. Data were analyzed with descriptive statistics. We analyzed factors related to dental caries prevention behavior by multiple regression analysis. .

The results showed that a little over half of participants were male (50.75%), average age was 13.97 years, 39.80% were studying at the Mathayom 2 level (2nd year of junior high school). Most of their parents (63.43%) were employed in agriculture, 49.75% completed primary education. Most of the students (55.47%) did not live with their parents. 81.84% went to dental services only when they had abnormal symptoms. Almost half of them (48.25%) went to the sub-district health promoting hospitals. Most of them utilized universal health coverage to pay for their dental care (96.27%). 75.37% of participants had the dental caries prevention behaviors at a moderate level. 70.90% of them had overall oral health literacy at a moderate level. The variables related to dental caries prevention behavior included cognitive and information comprehension skills ($B = -0.73$, 95%CI = -0.90, -0.57), living with parents ($B = 3.53$, 95%CI = 1.12, 5.93), and receiving dental services at school ($B = 5.86$, 95%CI = 1.44, 10.28). All independent variables accounted for 20 percent of the variation in caries prevention behavior scores.

Therefore, relevant agencies should promote learning by providing information on dental caries to parents as well as caregivers who are not directly parents to encourage students to have good dental caries prevention behaviors. Our findings also support having a mobile dental unit at the school to help promote the prevention of caries in this age group to reduce the incidence of caries in permanent teeth, and help reduce the cost of dental services.

Keywords: oral health literacy, dental caries prevention behavior, junior high school students

Corresponding author: Niyom Junnual E-mail: niyom.j@ubu.ac.th

บทนำ

โรคฟันผุ นับว่าเป็นโรคเรื้อรังที่ยังคงแพร่ขยายในวงกว้าง และเป็นหนึ่งความท้าทายหลักของระบบสาธารณสุขโลก จากรายงานของสมาพันธ์ทันตแพทย์โลกในปี ค.ศ. 2015 พบว่า ความชุกของการเกิดโรคฟันผุมากที่สุดในกลุ่มวัยเด็กอายุ 12 ปี ซึ่งเด็กไทยอายุ 12 ปี มีค่าเฉลี่ยฟันผุ อุด ถอน 2.6 – 3.5 ซี่ต่อคน FDI oral health atlas (2015) จากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 7 และ 8 ในปี 2555 และ 2560 พบว่า กลุ่มอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพช่องปากสูงเป็นอันดับ 1 และ 2 คือ เด็กอายุ 15 และ 12 ปี โดยเด็กอายุ 12 ปี มีความชุกของการเกิดโรคฟันผุที่ลดลงเล็กน้อยจากร้อยละ 52.3 เป็นร้อยละ 52.0 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ อุด ถอน ที่เพิ่มขึ้นจาก 1.3 เป็น 1.4 ซี่ต่อคน และเด็กอายุ 15 ปี มีความชุกการเกิดโรคฟันผุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 62.4 เป็นร้อยละ 62.7 ค่าเฉลี่ยฟันผุ อุด ถอน เพิ่มขึ้นจาก 1.9 เป็น 2.0 ซี่ต่อคน เป็นสภาวะการเกิดโรคฟันผุที่เพิ่มขึ้น เมื่อแยกดูผลสำรวจสภาวะช่องปากรายภาคและรายเขตสุขภาพ พบว่าในกลุ่มอายุ 12 และ 15 ปีภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของการเกิดโรคฟันผุสูงที่สุด โดยในเด็กอายุ 12 ปี มีความชุกของการเกิดโรคฟันผุร้อยละ 61.1 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ อุด ถอน เท่ากับ 1.6 ซี่ต่อคน มีความชุกของการเกิดโรคฟันผุในเขตชนบทสูงกว่าเขตอื่น และเด็กอายุ 15 ปี มีความชุกของการเกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 67.3 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ อุด ถอน 2.2 ซี่ต่อคน มีความชุกของการเกิดโรคฟันผุในเขตชนบทสูงกว่าเขตอื่น เมื่อดูรายงานการเกิดโรคฟันผุของเขตสุขภาพที่ 10 พบว่า เด็กอายุ 12 ปี มีความชุกในการเกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 60.1 ค่าเฉลี่ยฟันผุ อุด ถอน 1.5 ซี่ต่อคน และเด็กอายุ 15 ปี มีความชุกในการเกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 65.0 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ อุด ถอน 2.1 ซี่ต่อคน จะเห็นได้ว่าค่าเฉลี่ยความชุกของการเกิดโรคฟันผุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เขตชนบทและเขตสุขภาพที่ 10 มีค่าสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ (Bureau of Dental Health, Department of Health, 2018) และในจังหวัดอุบลราชธานีมีประชากร อายุ 12 ปี ทั้งหมด 21,605 คน ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก 14,087 คน มีค่าเฉลี่ยฟันผุ อุด ถอน 0.89 ซี่ต่อคน มีค่าเฉลี่ยฟันผุ อุด ถอนสูงเป็นอันดับ 3 ของเขตสุขภาพที่ 10 (Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health, 2020)

สภาวะสุขภาพช่องปากโรคฟันผุมีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลทุกกลุ่มอายุโดยเฉพาะเด็กวัยเรียน ที่มีการเปลี่ยนแปลงจากฟันน้ำนมเป็นฟันแท้ หากมีการเกิดฟันผุจะเกิดอาการปวดฟันจะทำให้ไม่อยากเคี้ยวอาหาร เคี้ยวลำบากและอาจทำให้นอนไม่หลับ ส่งผลให้ร่างกายเจริญเติบโตไม่เต็มที่เนื่องจากได้รับสารอาหาร ไม่ครบถ้วนและพักผ่อนไม่เพียงพอ อารมณ์แปรปรวน คุณภาพชีวิตลดลง และการที่ฟันน้ำนมผุจะทำให้ฟันแท้ นั้นผุไปด้วย เนื่องจากเชื้อโรคจากฟันผุอาจแพร่เชื้อเข้าสู่ฟันแท้ที่กำลังจะขึ้นใหม่นั้นทำให้ผุไปด้วย (Department of Health, 2018) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้นมีหลายทฤษฎี ไม่ว่าจะเป็นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health believe model) ทฤษฎีการจัดการตนเอง (self-management) ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (social support) ทฤษฎีปัญญาสังคม (social learning/social cognitive theory) ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (theory of planned behavior) ทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นอีกแนวทางที่สามารถทำให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีได้ (Hayden, 2008; Rongmuang, S., 2018) อีกทั้งยังสอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลกที่ให้ประเทศสมาชิก ให้ความสำคัญกับการพัฒนาให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Osborne, R. H., Batterham, R. W., Elsworth, G. R., Hawkins, M. & Buchbinder, B., 2013) โดยความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นแนวคิดที่ประเทศไทยให้ความสำคัญมากขึ้น กำหนดในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable

Development Goals: SDGs) ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2560 - 2579) เพื่อใน 20 ปีข้างหน้าจะพัฒนาให้ก้าวเข้าสู่สังคมอุดมปัญญา (Department of Health, 2017) ปัจจัยที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ 3 ระดับ ได้แก่ ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยระดับสังคม อีกทั้งแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพถูกนำไปใช้ในด้านสาธารณสุขหลายด้าน รวมถึงด้านทันตสาธารณสุข สำนักทันตสาธารณสุขนำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพมาใช้เป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินงานทันตสาธารณสุข โดยได้มีการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก (Oral health literacy) อย่างแพร่หลายและ Horowitz, A. M. & Kleinman, D. V., (2008) ได้เสนอว่าความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก คือ ทักษะใหม่ที่ต้องพัฒนาซึ่งจะช่วยในกระบวนการรับข้อมูลข่าวสาร การประเมิน การประยุกต์ใช้ การป้องกันโรคในช่องปากและการวางแผนการรักษาอย่าง (SodSee, A., 2020).

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของปัญหาโรคฟันผุในเด็กเรียน เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากของเด็กกลุ่มวัยนี้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ถึงแม้ในปัจจุบันมีการให้ความรู้ในเรื่องโรคฟันผุในโรงเรียนในเขตชนบทจำนวนมาก แต่การที่มีแค่ความรู้อย่างเดียวนั้นยังไม่เพียงพอที่จะสามารถปรับเปลี่ยนให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุที่ดีได้ จึงจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ การเข้าถึง การสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ การจัดการตนเอง และการตัดสินใจด้านสุขภาพช่องปากซึ่งเป็นองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก เพื่อให้เด็กมีความรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่ดี สามารถพัฒนาตนเองให้มีทักษะและสามารถป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรคฟันผุได้ ส่งผลให้มีสุขภาพช่องปากที่ดี ไม่สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูง ลดเวลาที่ต้องมาทำการรักษา และลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพช่องปากและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เขตชนบท จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อนำผลจากการวิจัยไปวางแผนและกำหนดแนวทางด้านการป้องกันโรคฟันผุและเพื่อแก้ไขปัญหาโรคฟันผุของนักเรียนให้ตรงประเด็นและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ และระดับความรู้ด้านสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เขตชนบท จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เขตชนบท จังหวัดอุบลราชธานี

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross – sectional Analytical Study) ใช้แบบสอบถามในการรวบรวมข้อมูลกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เขตชนบท จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างวันที่ 12 ธันวาคม 2564 ถึง 7 มกราคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

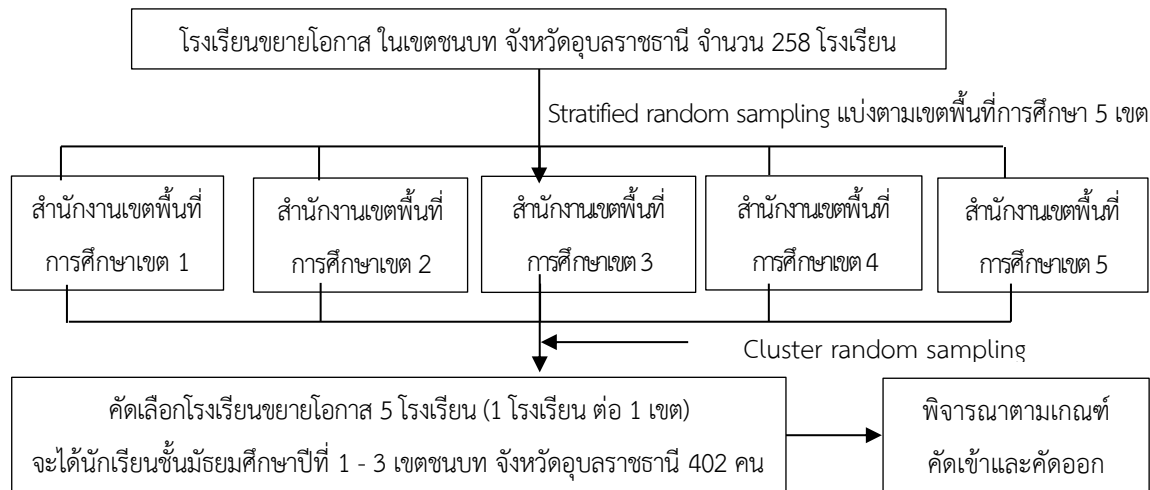
1) ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เขตชนบท จังหวัดอุบลราชธานีที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 1 – 3 ปีการศึกษา 2564 โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 258 โรงเรียน มีจำนวนนักเรียนทั้งหมด 18,042 คน

2) กลุ่มตัวอย่าง

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) = 0.05 และค่า Power = 0.8 ตัวแปรอิสระ (Number of predictors) 35 ตัวแปร จะได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำเท่ากับ 201 คน Cohen (1992) ค่า effect size (f^2) เท่ากับ 2 จะได้ขนาดตัวอย่าง 201×2 เท่ากับ 402 คน

สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling)



เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามพัฒนามาจาก Charophasrat. S., (2019) และ Sodsee, A., Nakorn, N. N., & Ngudgrtoke, S., (2019) ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ Checklist ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นที่กำลังศึกษาในปัจจุบัน ค่าใช้จ่ายไปโรงเรียนในแต่ละวัน ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง อาชีพของผู้ปกครอง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ปกครอง บุคคลที่พำนักอาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน ประวัติทางพันธุกรรม และสิทธิการใช้บริการทันตกรรม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุ จำนวน 28 ข้อ

ตอนที่ 1 ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ การมีส่วนร่วมของคนในครอบครัวในการป้องกันโรคฟันผุ การมีส่วนร่วมของเพื่อนในการป้องกันโรคฟันผุ การมีส่วนร่วมของครูในการป้องกันโรคฟันผุ ประกอบด้วยคำถาม 16 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ เป็นประจำ บางครั้ง และไม่เคย โดยมีระดับคะแนน 3 2 1 ตามลำดับ คะแนนเต็ม 48 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด / จำนวนชั้นที่ต้องการที่จะแบ่ง คือ ชั้น 3 ชั้น โดย $(48-16)/3 = 10.67 \approx 11$ (Best, 1981)

คะแนนรวม	หมายถึง
38 ขึ้นไป	มีคะแนนในระดับสูง
27 - 37	มีคะแนนในระดับปานกลาง
16 - 26	มีคะแนนในระดับต่ำ

ตอนที่ 2 ปัจจัยระดับสังคม ได้แก่ การให้บริการอนามัยช่องปากในโรงเรียน การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่ส่งเสริมการป้องกันฟันผุ และการให้ทันตสุขศึกษาในโรงเรียน ประกอบด้วยคำถาม 12 ข้อ ข้อ ในแต่ละคำถามมี 2 ตัวเลือก คือ มี และไม่มี โดยมีระดับคะแนน 2 1 ตามลำดับ หากตอบมีจะได้ 1 คะแนน ตอบไม่มีจะได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 12 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด / จำนวนขั้นที่ต้องการที่จะแบ่ง คือ ขั้น 3 ขั้น โดย $(12-0)/3 = 4$ (Best, 1981)

คะแนนรวม	หมายถึง
8 ขึ้นไป	มีคะแนนในระดับสูง
4 - 7	มีคะแนนในระดับปานกลาง
0 - 3	มีคะแนนในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก จำนวน 43 ข้อ ประกอบด้วยด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ทักษะความรู้ ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพช่องปากจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ถ้าตอบถูกจะได้ 1 คะแนน มีทั้งคำถามเชิงบวกและเชิงลบ แปลผลเป็น 3 ระดับ (Bloom, 1971) ดังนี้

คะแนน	หมายถึง
ได้คะแนน 10 - 12 คะแนน	มีความรู้ ความเข้าใจระดับสูง
ได้คะแนน 7 - 9 คะแนน	มีความรู้ ความเข้าใจระดับปานกลาง
ได้คะแนน 0 - 6 คะแนน	มีความรู้ ความเข้าใจระดับต่ำ

ทักษะการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพช่องปากจำนวน 6 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เข้าถึงได้ง่ายมาก เข้าถึงได้ง่าย เข้าถึงได้ยาก เข้าถึงได้ยากมาก เข้าถึงไม่เป็น โดยมีระดับคะแนน 5 4 3 2 1 ตามลำดับ คะแนนเต็ม 30 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด / จำนวนขั้นที่ต้องการที่จะแบ่ง คือ ขั้น 3 ขั้น โดย $(30-6)/3 = 8$ (Best, 1981)

คะแนนรวม	หมายถึง
22 ขึ้นไป	มีทักษะการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพช่องปากระดับสูง
14 - 21	มีทักษะการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพช่องปากระดับปานกลาง
6 - 13	มีทักษะการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพช่องปากระดับต่ำ

ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพช่องปากจำนวน 5 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ สื่อสารได้ง่ายมาก สื่อสารได้ง่าย สื่อสารได้ยาก สื่อสารได้ยากมาก สื่อสารไม่ได้ โดยมีระดับคะแนน 5 4 3 2 1 ตามลำดับ คะแนนเต็ม 25 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด / จำนวนขั้นที่ต้องการที่จะแบ่ง คือ ขั้น 3 ขั้น โดย $(25-5)/3 = 6.67 \approx 7$ (Best, 1981)

คะแนนรวม	หมายถึง
19 ขึ้นไป	มีทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพช่องปากระดับสูง
12 - 18	มีทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพช่องปากระดับปานกลาง
5 - 11	มีทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพช่องปากระดับต่ำ

ทักษะการจัดการตนเองด้านสุขภาพช่องปากจำนวน 8 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ จัดการได้ง่ายมาก จัดการได้ง่าย จัดการได้ยาก จัดการได้ยากมาก จัดการไม่ได้ โดยมีระดับคะแนน 5 4 3 2 1 ตามลำดับ คะแนนเต็ม 40 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด / จำนวนชั้นที่ต้องการที่จะแบ่ง คือ ชั้น 3 ชั้น โดย $(40-8)/3 = 10.67 \approx 11$ (Best, 1981)

คะแนนรวม	หมายถึง
30 ขึ้นไป	มีทักษะการจัดการตนเองด้านสุขภาพช่องปากระดับสูง
19 - 29	มีทักษะการจัดการตนเองด้านสุขภาพช่องปากระดับปานกลาง
8 – 18	มีทักษะการจัดการตนเองด้านสุขภาพช่องปากระดับต่ำ

ทักษะการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพช่องปากจำนวน 5 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ทำได้ง่ายมาก ทำได้ง่าย ทำได้ยาก ทำได้ยากมาก ทำไม่ได้ โดยมีระดับคะแนน 5 4 3 2 1 ตามลำดับ คะแนนเต็ม 25 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด / จำนวนชั้นที่ต้องการที่จะแบ่ง คือ ชั้น 3 ชั้น โดย $(25-5)/3 = 6.67 \approx 7$ (Best, 1981)

คะแนนรวม	หมายถึง
19 ขึ้นไป	มีทักษะการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพช่องปากระดับสูง
12 – 18	มีทักษะการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพช่องปากระดับปานกลาง
5 - 11	มีทักษะการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพช่องปากระดับต่ำ

ทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพช่องปากจำนวน 7 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เข้าถึงได้ง่ายมาก เข้าถึงได้ง่าย เข้าถึงได้ยาก เข้าถึงได้ยากมาก เข้าถึงไม่เป็น โดยมีระดับคะแนน 5 4 3 2 1 ตามลำดับ คะแนนเต็ม 35 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด / จำนวนชั้นที่ต้องการที่จะแบ่ง คือ 3 ชั้น โดย $(35-7)/3 = 9.33 \approx 10$ (Best, 1981)

คะแนนรวม	หมายถึง
27 ขึ้นไป	มีทักษะการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติด้านสุขภาพช่องปากระดับสูง
17 – 26	มีทักษะการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติด้านสุขภาพช่องปากระดับปานกลาง
7 – 16	มีทักษะการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติด้านสุขภาพช่องปากระดับต่ำ

ทั้งนี้ได้กำหนดเกณฑ์มาตรฐานจำแนกระดับคะแนนความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก โดยรวมทั้ง 6 องค์ประกอบ ผู้วิจัยได้ใช้การจำแนกระดับเป็น 3 ระดับคะแนนเต็ม 167 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด / จำนวนชั้นที่ต้องการที่จะแบ่ง คือ 3 ชั้น โดย $(167-31)/3 = 45.33 \approx 46$ ได้ดังนี้ (Bloom, 1971)

คะแนนรวม	หมายถึง
123 ขึ้นไป	เป็นผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพช่องปากในระดับสูง
77 – 122	เป็นผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพช่องปากในระดับปานกลาง
31 – 76	เป็นผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพช่องปากในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกำบังโรคฟันผุ จำนวน 25 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่

เคยปฏิบัติเลย โดยมีระดับคะแนน 5 4 3 2 1 ตามลำดับ คะแนนเต็ม 125 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด / จำนวนขั้นที่ต้องการที่จะแบ่ง คือ 3 ขั้น โดย $(125-25)/3 = 33.33 \approx 34$ (Best, 1981)

คะแนนรวม	หมายถึง
27 ขึ้นไป	มีทักษะการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติด้านสุขภาพช่องปากระดับสูง
17 – 26	มีทักษะการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติด้านสุขภาพช่องปากระดับปานกลาง
7 – 16	มีทักษะการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติด้านสุขภาพช่องปากระดับต่ำ

การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ทั้งแบบสอบถาม มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.67 - 1 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 3 เขตชนบท จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน จากนั้นนำมาวิเคราะห์ หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 (Kuder Richardson 20: KR20) ในแบบสอบถามด้านทักษะความรู้ ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพช่องปากได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.81 และวิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นในแบบสอบถามด้านปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเท่ากับ 0.76 ปัจจัยระดับสังคมเท่ากับ 0.80 ทักษะความเข้าใจถึงข้อมูลเท่ากับ 0.85 ทักษะการสื่อสารเท่ากับ 0.88 ทักษะการจัดการตนเองเท่ากับ 0.78 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อเท่ากับ 0.78 ทักษะการตัดสินใจเท่ากับ 0.80 และพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุเท่ากับ 0.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้ติดต่อประสานงานกับพื้นที่ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการทำการศึกษาและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่วิจัยกับผู้อำนวยการโรงเรียนที่ทำการศึกษ แยกแบบยินยอมและแบบชี้แจงการเข้าร่วมวิจัย เพื่อให้ผู้ปกครองและนักเรียนกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอม หลังจากนั้นแจกและเก็บแบบสอบถามคืนด้วยตนเอง ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์แล้วนำมาวิเคราะห์ จำนวน 402 ชุด ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลคนละ 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษา เพื่อทดสอบสมมุติฐานในการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS เวอร์ชัน 23 กำหนดนัยสำคัญที่ 0.05 ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลปัจจัยระดับบุคคลที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพจะวิเคราะห์ข้อมูลด้วย การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ข้อมูลปัจจัยระดับบุคคล ข้อมูลปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก 6 ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณจะวิเคราะห์ข้อมูลที่แจกแจงปกติด้วย ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD) ส่วนข้อมูลที่แจกแจงไม่ปกติจะใช้ มัธฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ Interquartile range (IQR) และจากการทดสอบเบื้องต้นการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normality) ทั้งตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ตัวแปรที่มีระดับการวัดแบบ Categorical variable ผู้วิจัยได้มีการแปลงเป็นตัวแปรหุ่น Dummy variable ก่อนนำเข้า Model จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุ โดยจะนำข้อมูลเชิงคุณภาพ และข้อมูลเชิงปริมาณของแต่ละปัจจัยในตัวแปรต้นวิเคราะห์ข้อมูล Bivariate analysis โดยใช้สถิติ Simple linear Regression จากนั้นนำปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุไป

วิเคราะห์ด้วยสถิติ Multiple linear Regression กำหนดนัยสำคัญที่ 0.2 โดยวิธี Stepwise ในการเลือกตัวแปรเข้าโมเดล

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี หมายเลขใบรับรอง UBU-REC-112/2564 ลงวันที่ 22 พฤศจิกายน 2564 และในการเข้าร่วมการวิจัยนี้ต้องได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ในแบบสอบถามไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง แต่ใช้รหัสในสอบถาม ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการวิจัยถูกเก็บเป็นความลับ มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่ได้อ่านและรับทราบข้อมูล โดยนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวม และทำลายข้อมูลภายหลังจากผลการวิจัยได้เผยแพร่และตีพิมพ์แล้ว

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.75 มีอายุเฉลี่ย 13.97 (S.D. = 0.78) กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มากที่สุดร้อยละ 39.80 ผู้ปกครองร้อยละ 64.18 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมจบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 49.75 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้พักอาศัยอยู่กับพ่อแม่ร้อยละ 51.74 กลุ่มตัวอย่างไปใช้บริการทางทันตกรรมเมื่อมีอาการผิดปกติเท่านั้นร้อยละ 81.84 สถานที่รับบริการส่วนมากคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร้อยละ 48.26 โดยใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 95.52

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 75.37 รองลงมาระดับปรับปรุงร้อยละ 16.17 และระดับดีร้อยละ 8.46 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เขตชนบท จังหวัดอุบลราชธานี (n = 402)

พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี	34	8.46
ระดับปานกลาง	303	75.37
ระดับปรับปรุง	65	16.17
รวม	402	100.00

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 70.90 เมื่อพิจารณา รายด้านพบว่า ทักษะความรู้ ความเข้าใจและทักษะการเข้าถึงอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 47.76 และ 50.00 ตามลำดับ) ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 41.79, 57.21, 50.75 และ 52.74 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ด้านสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เขตชนบท จังหวัดอุบลราชธานี (n = 402)

ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก	สูง n (%)	ปานกลาง n (%)	ต่ำ n (%)
- ทักษะความรู้ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพช่องปาก	192 (47.76)	181 (45.03)	29 (7.21)
- ทักษะความเข้าใจถึงข้อมูลด้านสุขภาพช่องปาก	201 (50.00)	106 (26.37)	95 (23.63)
- ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพช่องปาก	105 (26.12)	168 (41.79)	129 (32.09)
- ทักษะการจัดการตนเองด้านสุขภาพช่องปาก	37 (9.20)	230 (57.21)	135 (33.59)
- ทักษะการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพช่องปาก	52 (12.93)	204 (50.75)	146 (36.32)
- ทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพช่องปาก	67 (16.66)	212 (52.74)	123 (30.60)
- ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก	13 (3.23)	285 (70.90)	104 (25.87)
Mean = 92.86, SD = 30.57, Max = 157, Min = 31			

4. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ โดยใช้สถิติ Multiple linear Regression คัดเลือกตัวแปรอิสระที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เขตชนบท จังหวัดอุบลราชธานีที่มีค่า P-value < 0.2 เข้าโมเดล และผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในโมเดลสุดท้าย ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ทักษะความรู้ ความเข้าใจข้อมูล การพักอาศัยกับพ่อแม่และรับบริการทันตกรรมที่โรงเรียน ดังสมการต่อไปนี้

$$\begin{aligned} \text{คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ} = & 75.86 - 0.73(\text{ทักษะความรู้ ความเข้าใจข้อมูล}) + \\ & 3.53(\text{การพักอาศัยกับพ่อแม่}) + 2.26(\text{รับบริการทันตกรรมที่}) \\ & \text{โรงพยาบาล}) - 1.82(\text{รับบริการทันตกรรมที่คลินิก}) + \\ & 5.86(\text{รับบริการทันตกรรมที่โรงเรียน}) \end{aligned}$$

ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถอธิบายความผันแปรของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุได้ร้อยละ 20 และพบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุมากที่สุดเมื่อพิจารณาค่า Standardized Coefficients คือ ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ทักษะความรู้ ความเข้าใจข้อมูล โดยมีค่า $B = -0.73$ $\beta = 0.40$ รองลงมา คือ การพักอาศัยกับพ่อแม่ โดยมีค่า $B = 3.53$ $\beta = 0.13$

จากสมการที่ได้ แปรผลได้ดังนี้

เมื่อควบคุมตัวแปรรับบริการทันตกรรมที่โรงพยาบาล รับบริการทันตกรรมที่คลินิก รับบริการทันตกรรมที่โรงเรียน ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ทักษะความรู้ ความเข้าใจข้อมูล พบว่า นักเรียน ที่พักอาศัยกับพ่อแม่จะมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุมากกว่าผู้ที่ไม่ได้พักอาศัยกับพ่อแม่ 3.53 คะแนน (95%CI = 1.12 - 5.93)

เมื่อควบคุมตัวแปรการพักอาศัยกับพ่อแม่ รับบริการทันตกรรมที่โรงพยาบาล รับบริการทันตกรรมที่คลินิก ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ทักษะความรู้ ความเข้าใจข้อมูล พบว่า นักเรียนรับบริการทันตกรรมที่โรงเรียนจะมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับบริการทันตกรรมที่โรงเรียน 5.86 คะแนน (95% CI = 1.44 - 10.28)

เมื่อควบคุมตัวแปรการพักอาศัยกับพ่อแม่ นักเรียนรับบริการทันตกรรมที่โรงพยาบาล รับบริการทันตกรรมที่คลินิก รับบริการทันตกรรมที่โรงเรียน พบว่า เมื่อคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากทักษะความรู้ ความเข้าใจ ข้อมูลเพิ่มขึ้น 1 คะแนนจะส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุลดลง 0.73 คะแนน (95%CI = - 0.90 - - 0.57) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เขตชนบท จังหวัดอุบลราชธานี (n = 402)

ปัจจัยทำนาย	B	SE	β	t	95%CI	p – value
ทักษะความรู้ ความเข้าใจข้อมูล	-0.73	0.09	-0.40	-8.67	-0.90 - -0.57	<0.001
การพักอาศัยกับพ่อแม่	3.53	1.22	0.13	2.88	1.12-5.93	0.004
รับบริการทันตกรรมที่โรงพยาบาล	2.26	1.41	0.08	1.60	-0.51-5.03	0.110
รับบริการทันตกรรมที่ในคลินิก	-1.82	1.91	-0.05	-0.96	-5.57-1.93	0.340
รับบริการทันตกรรมที่โรงเรียน	5.86	2.25	0.12	2.61	1.44-10.28	0.010
ค่าคงที่ (Constant)	75.86	2.56				

R = 0.464 R Square = 0.215 adj R Square = 0.203 F = 17.672 p – value < 0.001

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากอาจจะไม่เห็นความสำคัญของช่องปากและการดูแลสุขภาพช่องปาก และด้วยวัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นที่เพื่อนค่อนข้างจะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตนได้ และบริบทของพื้นที่ของกลุ่มตัวอย่างเป็นพื้นที่ชนบท ผู้ปกครองที่เลี้ยงดูกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะไม่ใช่พ่อแม่ แต่จะเป็นปู่ย่าตายาย การให้ความสำคัญกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุน้อยกว่าผู้ปกครองที่เป็นพ่อแม่โดยตรง เนื่องจากมีความแตกต่างทางด้านความรู้ข้อมูลเรื่องโรคฟันผุหรือวิธีการป้องกัน โรคฟันผุที่ถูกต้อง และทันสมัย และพื้นที่ค่อนข้างจะอยู่ห่างไกลจากสถานที่รับบริการ และความหลากหลายในการเลือกรับบริการมีจำกัด ส่วนใหญ่จะรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หากจะเลือกใช้บริการที่อื่นจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และจากผลการศึกษาพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมการชอบรับประทานขนมหวาน เจลลี่ ลูกอม ช็อกโกแลต ชอบดื่มน้ำอัดลม ชอบรับประทานอาหารว่างขนมกรุบกรอบระหว่างมื้อ ไปพบทันตบุคลากรเมื่อปวดฟันเป็นบางครั้งเท่านั้น เมื่อมีอาการปวดฟันจะรักษาเองโดยอมน้ำเกลือและจะไปหาหมอหลังจากหายปวด พฤติกรรมเหล่านี้เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาในช่องปากได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Suwakhon, N. & Wongsawat, P., (2018) พบว่า ระดับการปฏิบัติกับการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากนักเรียนไม่เห็นความสำคัญขาดความตระหนักในการปฏิบัติดูแลสุขภาพช่องปากน้อยมีพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพช่องปากตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Sarae, R., Kanchanapoom, K. & Tansakul, K., (2021) พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากในระดับถูกต้องแต่ไม่สม่ำเสมอ สะท้อนให้เห็นถึงความไม่ตระหนักของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ให้ความสำคัญกับการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากให้ดีเพื่อป้องกันการเกิดโรคในช่องปาก

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษามีลักษณะคล้ายคลึงกัน การตอบแบบสอบถามก็อาจจะคล้าย ๆ กัน มีลักษณะพื้นที่บริบททางเศรษฐกิจและทางสังคมที่ใกล้เคียงกัน และด้วยเหตุผลขบพบจะมีการดำรงชีวิตและการพักอาศัยที่ต่างจาก เขตอื่นอาจจะมีผลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Hengtrakunvenit, K., Pormchat, K. & Phungpisan, R., (2020) พบว่า เด็กมีความรอบรู้เรื่องโรคฟันผุในระดับปานกลางอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างขาดความตระหนักในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคฟันผุ หรืออาจจะมียกขาะความรอบรู้ที่อยู่ข้างแต่ยังไม่สามารถปฏิบัติให้ตนเองมีพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมสอดคล้องกับการศึกษาของ Sarae, R., Kanchanapoom, K. & Tansakul, K., (2021) พบว่า ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพในการดูแลสุขภาพช่องปากโดยภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ สอดคล้องกับการศึกษาของ (SodSee, A., 2020) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.72$, $SD = 0.43$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Veerasamy, A., Kirk, P. R. & Gage, P. J. (2019) พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากปานกลาง ขาดทักษะความรู้ในการป้องกันโรคฟันผุ โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในปัจจุบันมีแนวโน้มไม่เพียงพอต่อการป้องกันโรคฟันผุ และมี ส่วนน้อยเท่านั้นที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากดี ที่สามารถปฏิบัติตนป้องกันและจัดการโรคฟันผุได้ด้วยตนเอง

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ ในโมเดลสุดท้าย ได้แก่ ทักษะความรู้ ความเข้าใจข้อมูล ($B = -0.73$, $95\%CI = -0.90 - -0.57$) การพักอาศัยกับพ่อแม่ ($B = 3.53$, $95\%CI = 1.12 - 5.93$) และรับบริการทันตกรรมที่โรงเรียน ($B = 5.86$, $95\%CI = 1.44 - 10.28$) ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถอธิบายความผันแปรของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุได้ร้อยละ 20

ทักษะความรู้ ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ โดยพบว่านักเรียนที่มีคะแนนทักษะความรู้ ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ ช่องปากเพิ่มขึ้น 1 คะแนนจะมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุลดลง 0.73 คะแนน เนื่องจาก นักเรียนมีการได้รับความรู้เรื่องโรคฟันผุจากการสอนในชั้นเรียนจากคุณครูจึงทำให้มีความรู้ แต่การมีความรู้นั้นกลับไม่ส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุนั้นดีไปด้วย อาจจะเนื่องจากนักเรียนมีความรู้ที่เป็นพื้นฐาน แต่ยังไม่สามารถนำเอาความรู้ที่มีมาประยุกต์วิเคราะห์หรือนำไปใช้ให้ตนเองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุที่ดีได้ และการมีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่ดีได้ จะต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่างร่วมด้วยการมีความรู้มากแต่มีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากไม่ดี อาจเป็นเพราะวัยนี้ให้ความสำคัญในเรื่องอื่นมากกว่าการป้องกันโรคฟันผุ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Darun, P. & Krairat, P., (2019) ที่พบว่าทักษะความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพสามารถร่วมทำนายระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างคือ ยิ่งกลุ่มตัวอย่างมีทักษะความรู้ ความเข้าใจมากจะทำให้ระดับพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น

การพักอาศัยกับพ่อแม่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ โดยพบว่า นักเรียนที่พักอาศัยกับพ่อแม่จะมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุมากกว่านักเรียนที่พักอาศัยกับตายาย 3.53 คะแนน เนื่องจากบริบทของการศึกษาในครั้งนี้ จะพบว่านักเรียนส่วนใหญ่ร้อยละ 55.47 อาศัยอยู่กับตาและยาย พ่อแม่ไปทำงานต่างถิ่นฐาน ซึ่งตายายเป็นผู้สูงอายุที่อาจจะไม่เข้าใจพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุมากเท่าที่ควรแต่หาก

นักเรียนอาศัยอยู่กับผู้ปกครองที่เป็นพ่อแม่ นั่น จะมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด มีหน้าที่ดูแลบุตรให้ความสนใจและให้ความสำคัญกับพฤติกรรมของบุตร และด้วยวัยรุ่นเองยังต้องพึ่งพาพ่อแม่ เป็นต้นแบบอย่างในการมีพฤติกรรม การป้องกันโรคฟันผุที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Sornchom, P. & Chatiket, P., (2022) พบว่า บทบาทของ ผู้ปกครองโดยเฉพาะพ่อ แม่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพช่องปาก และเป็นแบบอย่างในการมีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่ดี

รับบริการทันตกรรมที่โรงเรียนมีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับพฤติกรรม การป้องกันโรคฟันผุ โดยพบว่า นักเรียนที่รับบริการทันตกรรมที่โรงเรียนจะมีคะแนนพฤติกรรม การป้องกันฟันผุที่มากกว่านักเรียนที่รับบริการ ทันตกรรมที่อื่น 5.86 คะแนน เนื่องจากบริบทของกลุ่มตัวอย่างอยู่เขตชนบท สถานที่ให้เลือกรับบริการทันตกรรมตัวเลือกค่อนข้างมีไม่มากนักและสถานที่รับบริการที่ใกล้ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล และหน่วยบริการทันตกรรมเคลื่อนที่ที่โรงเรียน และด้วยนักเรียนเองต้องไปเรียนหนังสือทุกวัน หากเลือกรับบริการทันตกรรมที่โรงเรียนก็จะสะดวกในการ เข้ารับบริการต่อตนเองและผู้ปกครองที่จะไม่เสียเวลาไปหาหมอในเวลาอื่น ไม่ต้องหยุดเรียนเพื่อไปทำฟันและลด ค่าใช้จ่ายในการรักษาและช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาในแต่ละครั้งได้ สอดคล้องกับ Health Education Division (2016) จัดกิจกรรมรณรงค์ ฟันสะอาด เหงือกแข็งแรง เพื่อส่งเสริมให้เด็กไทยมีฟันสะอาด เหงือกแข็งแรง และป้องกันการเกิดโรคฟันผุ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมการเรียนรู้ โดยการให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรคฟันผุกับผู้ปกครองที่ไม่ใช่ พ่อแม่โดยตรง เพื่อส่งเสริมให้นักเรียนมีพฤติกรรม การป้องกันโรคฟันผุที่ดี เนื่องจากผู้ปกครองมีความสำคัญและเป็น ต้นแบบอย่างในการมีพฤติกรรม การป้องกันโรคฟันผุ
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนให้มีหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ที่โรงเรียน และเพิ่มกลุ่มวัยนี้เข้ารับ บริการด้วย เพื่อช่วยส่งเสริมการป้องกันโรคฟันผุในกลุ่มวัยนี้ ลดปัญหาการเกิด โรคฟันผุในฟันแท้และช่วยอำนวยความสะดวก ค่าใช้จ่ายในการไปรับบริการทางทันตกรรม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาเชิงเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากระหว่างนักเรียนชั้น มัธยมศึกษาตอนต้นเขตเมืองและเขตกึ่งเมือง เขตกึ่งชนบท เนื่องจากแต่ละพื้นที่จะมีบริบทที่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็น การกิน การดำรงชีวิต วัฒนธรรม ล้วนอาจจะเป็นปัจจัยกำหนดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากให้แตกต่างกันได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัยและให้ข้อเสนอแนะที่ดี ขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงเรียน คณะครู และนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนขยายโอกาส ในเขตชนบท จังหวัดอุบลราชธานีที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล วิจัยในครั้งนี้

References

- Best, J. W. (1981). *Research in education: 3rd ed.* Prentice-Hall.
- Bloom. (1971). *Mastery learning.* Holt, Rinehart & Winston.
- Bureau of Dental Health, Department of Health. (2018). *Report of the results of the 8th National Oral Health Survey, Thailand, 2017.* Bangkok: Sam Charoen Panich. (in Thai)
- Charophasrat, S. (2019). *Development of Oral Health Literacy Measure for Adult Dental Clients in The Context of Thai Society.* Master of Science Thesis: Prince of Songkla University. (in Thai)
- Cohen, J. (1992). "A power primer", *Psychological Bulletin.* 112(1): 155–159.
- Darun, P. & Krairat., P. (2019). Health Literacy Factors Influencing on Health Behavior of Population in Bueng Kan Province. *Journal of Department of Health Service Support,* 15(3): 71-82. (in Thai)
- Department of Health. (2017). *Mobility of Health Awareness and Health Communication Department of Health.* Retrieved 5 April 2022, from http://doh.hpc.go.th/data/HL/HL_DOH_drive.pdf. (in Thai)
- Department of Health. (2018). Thai children with dental caries Big problems affecting the future. *AnamaiMedia.* Retrieved 5 April 2022, from <https://multimedia.anamai.moph.go.th/help-knowledgs/kid-and-decay-tooth/>. (in Thai)
- Hayden, J. (2008). *Introduction to Health Behavior Theory.* Sudbury Mass: Jones & Bartlett Learning.
- Health Education Division. (2016). *Campaign activities - clean teeth - strong gums.* Retrieved 10 August 2022, from <http://www.hed.go.th/news/5098>.
- Hengtrakunvenit, K., Pormchat, K. & Phungpisan, R. (2020). Oral health promotion, oral health literacy, dental caries and quality of life among 12-year-old children, Klonglan district, Kamphangphet province. *Thai Dental Public Health Journal,* 25, 27–40. (in Thai)
- Horowitz, A. M. and Kleinman, D. V. (2008). Oral health literacy: The new imperative to better oral health. *Dental Clinics of North America,* 52(2): 333–344.
- Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. (2020). *HDC Ministry of Public Health.* Retrieved 1 July 2021, from <https://shorturl.asia/DwMqm>. (in Thai)
- Osborne, R.H., Batterham, R.W., Elsworth, G.R., Hawkins, H. & Buchbinder, R. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health,* 13(1), 658-675.

- Rongmuang, S., (2018). Applying Health Promotion Theories for Behavioral Modification to Prevent and Control Obesity. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center*, 35(1): 87–102. (in Thai)
- Sarae, R., Kanchanapoom, K. & Tansakul, K. (2021). Oral Health Literacy and Oral Health Care of Early Adolescents in Yala Province. *Journal of Council of Community Public Health*, 3(3), 27–39. (in Thai)
- Sodsee, A., Nakorn, N. N. & Ngudgrtoke, S. (2019). Assessment of oral health literacy of primary school students. *Thai Dental Nurse Journal*, 30(2), 80–91. (in Thai)
- SodSee, A. (2020). Oral Health literacy and Experience in Dental Treatments of Grade 4-6 Students in Suphanburi Province. *Journal of Council of Community Public Health*, 2(1), 18–28. (in Thai)
- Sornchom, P. & Chatiketu, P. (2022). Relationship between Caregiver Oral Health Literacy and Dental Caries Status of Pre-school Children in Kongkailas District, Sukhothai Province. *The Journal of the Dental Association of Thailand*, 72(2): 329-339.
- Suwakhon, N. & Wongsawat, P. (2018). Factors Influencing Tooth Cleaning Behaviors for Dental Caries Prevention of Grade 6 Students in Muang District, Phitsanulok Province. *EAU Heritage Journal Science and Technology*, 12(2), 273–286. (in Thai)
- Veerasamy, A., Kirk, P. R., & Gage, P.J. (2019). Oral Health Literacy of Adolescents of Tamil Nadu, India. *Scholars Journal of Dental Sciences*, 3(4), 112–120.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: Aug. 8, 2022

Revised: Oct. 18, 2022

Accepted: Oct. 22, 2022

Published: Oct. 25, 2022

ผลของโปรแกรมอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพต่อความรู้ เจตคติ และทักษะการช่วย
ฟื้นคืนชีพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานี

The Effects of the Resuscitation Training Program on Knowledge,
Attitude and Resuscitation Skills among Village Health Volunteers in
Pathum Thani province

นายตา ดวงประทุม ทศพร ชูศักดิ์ และทิวากร พระไชยบุญ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

Narttaya Duangpratoom, Thassaporn Chusak and Tiwakron Prachai boon

Faculty of Public Health, Walaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการอบรมช่วยฟื้นคืนชีพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานี จำนวน 37 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามเจตคติ และแบบประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน แบบสอบถามมีค่าดัชนีความสอดคล้อง ระหว่าง 0.70-1.00 และมีค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.81 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด และสถิติการเปรียบเทียบแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (Pair t-test) ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เจตคติต่อการช่วยฟื้นคืนชีพ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน หลังการเข้าร่วมโปรแกรมอบรมมากกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ผลคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของความรู้ เท่ากับ 4.91 และ 12.16 ทศนคติ เท่ากับ 3.25 และ 3.82 และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเท่ากับ 1.68 and 2.72 ตามลำดับ ดังนั้น โปรแกรมอบรมส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เพิ่มขึ้น มีเจตคติที่ดีและมีทักษะในการปฏิบัติที่ถูกต้อง สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงได้

คำสำคัญ: การช่วยฟื้นคืนชีพ ความรู้ เจตคติ ทักษะช่วยฟื้นคืนชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Corresponding author: นายตา ดวงประทุม E-mail: narttaya.duang@vru.ac.th Tel: 08-2483-8213

Original article

Received: Aug. 8,2022

Revised: Oct. 18,2022

Accepted: Oct. 22,2022

Published: Oct. 25, 2022

Abstract

This quasi-experimental research study aimed to compare the average scores on knowledge, attitude, and cardiopulmonary resuscitation skills among village health volunteers in Pathum Thani province, Thailand. We used a one group pre-test, post-test design for 37 village health volunteers who participated in this study. A multi-stage sampling strategy was used to recruit participants. The research instrument was a resuscitation training program, and a questionnaire to collect personal data, knowledge, attitude, and cardiopulmonary resuscitation skills assessment form. The questionnaires which were validated. They had an index of item objective congruence ranging from 0.70-1.00, and a content validity index of 0.81. The data were analyzed by using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, standard deviation, maximum and minimum), and a paired t-test. The results showed the resuscitation training program affected the knowledge, attitudes, and cardiopulmonary resuscitation skills ($p < 0.001$). The average scores for the pre-test and post-test for the knowledge variable were 4.91 and 12.16, respectively. The average scores for the pre-test and post-test for the attitude variable were 3.25 and 3.82, respectively. The average scores of pre-test and post-test on the cardiopulmonary resuscitation skills variable were 1.68 and 2.72, respectively. Therefore, the resuscitation training program promoting a high level of knowledge level, the right attitude, and right skills that can be applied in real situations by village health volunteers.

Keywords: Resuscitation, Knowledge, Attitude, Resuscitation Skills, Village Health Volunteers

Corresponding author: Narttaya Duangpratoom E-mail: narttaya.duang@vru.ac.th
Tel: 08-2483-8213

บทนำ

ภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันและหรือหยุดหายใจเฉียบพลัน (Sudden cardiac arrest) เป็นภาวะวิกฤติฉุกเฉินทางการแพทย์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิต ความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจาก 2 สาเหตุหลักคือ โรคหัวใจขาดเลือด (Cardiac cause) จากการมีโรคหัวใจอยู่เดิม มักพบในผู้ป่วยที่อายุ มากกว่า 35 ปี ขึ้นไป และจากการขาดออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายจากอุบัติเหตุหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่างๆ (Baunoo W., 2019) การประสบอุบัติเหตุในสถานการณ์ฉุกเฉินเป็นสิ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้โดยที่เราไม่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต ภาวะฉุกเฉินที่เกิดจากโรคหรือพยาธิสภาพของร่างกาย เช่น ภาวะหัวใจหยุดเต้นกะทันหันนอกโรงพยาบาล (Out-of-hospital cardiac arrest) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตและเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลที่สำคัญสาเหตุหนึ่ง ซึ่งจำเป็นต้องทำการช่วยฟื้นคืนชีพทันที (Sasang, N., Chusak, T., and Sanee, A., 2020) ความสำเร็จของการช่วยฟื้นคืนชีพขึ้นอยู่กับห่วงโซ่ของการรอดชีวิต (Chain of survival) 4 ประการสำคัญ ได้แก่ การรับรู้และเข้าถึงโดยเร็ว (Early access) การช่วยชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพทันที (Early Cardiopulmonary resuscitation[CPR]) การช็อกไฟฟ้าหัวใจอย่างรวดเร็ว (Early defibrillation) และการช่วยชีวิตขั้นสูงอย่างรวดเร็ว (Early advance care) โดยทั่วไปจะแบ่งการช่วยฟื้นคืนชีพออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ การช่วยขั้นพื้นฐาน (basic life support: BLS) และการช่วยขั้นสูง (advanced cardiac life support: ACLS) (Kowatcharakul W. and Kankasang H., 2021) การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเป็นการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นหรือคนที่หยุดหายใจในสถานที่เกิดเหตุแบบทันทีทันใด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่หัวใจหยุดเต้นกลับมาเต้นอีกครั้งพร้อมสูดฉีดเลือดไปเลี้ยงสมองและส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ สมองเป็นอวัยวะสำคัญหากออกซิเจนไปเลี้ยงเกินกว่า 4 นาทีจะมีผลทำให้เกิดการสูญเสียของเซลล์สมองบางส่วนไปอย่างถาวร แม้หัวใจจะกลับมาเต้นใหม่ได้ในภายหลัง แต่สมองบางส่วนที่เสียไปแล้วจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถฟื้นคืนสติกลับมามีประสิทธิภาพได้เหมือนเดิม ดังนั้น การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานโดยผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์คนแรกจึงมีความสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตที่เพิ่มขึ้น ซึ่งถือเป็นวิธีการหนึ่งที่จะยื้อชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นกะทันหันได้เป็นอย่างดี (Sirijittthongchai, P., 2018).

สถิติการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกาว่า 350,000 คนในแต่ละปี มีเพียงร้อยละ 12 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดเท่านั้นที่รอดชีวิตจากการได้รับความช่วยเหลือได้ทันเวลาที่ แสดงว่าการช่วยฟื้นคืนชีพด้วยการกดหน้าอกทันทีที่สามารถเพิ่มโอกาสรอดของผู้ประสบเหตุได้ถึงสองหรือสามเท่า การรอดชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้นที่เพิ่มขึ้นคือเหตุผลที่ต้องให้ความสำคัญกับฝึกอบรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้นสำหรับบริษัท โรงเรียน และชุมชน (American Heart Association, 2021) สำหรับประเทศไทยมีสถิติการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บสูงถึงอันดับ 2 ของโลก จากสถิติประเทศไทยในปี พ.ศ. 2558-2559 พบว่า มีผู้บาดเจ็บคิดเป็นร้อยละ 33.32-33.64 และพบว่าเสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาลมากถึง 7,699-8,594 รายของผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งหมด (Awae, H., Khupantavee, N., and Damkliang, J., 2020) นอกจากนี้ยังพบว่า การเสียชีวิตแบบปัจจุบันทันด่วนเกิดได้บ่อยด้วยสาเหตุต่างๆ เช่น การแพ้ยาล การแพ้พิษ แมลงสัตว์กัดต่อย ถูกไฟฟ้าดูด สลัดลคว้นไฟ หรือจมน้ำ ผู้ป่วยเหล่านี้จะหยุดหายใจ และหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน ซึ่งถ้าปล่อยไว้นานเกิน 4 นาที แม้จะช่วยให้ฟื้นคืนชีพขึ้นมาได้ ก็เกิดสภาวะการตายของสมองอย่างถาวร (Siamrathonline., 2020) ฉะนั้นปฏิบัติการช่วยชีวิตที่กระทำอย่างทันทีและถูกต้องจะช่วยให้สมองไม่ขาดเลือดและสามารถกลับมาฟื้นเป็นปกติได้ ปัจจุบันการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดขึ้นในครัวเรือน มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ทั้งจาก อุบัติเหตุ และจากเจ็บป่วยฉุกเฉินด้วยโรคอันตราย หรือโรคเรื้อรังดังกล่าวที่อาจจำเป็นต้อง

ได้รับการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุอย่างทันท่วงที เพื่อนำส่งสถานพยาบาลอย่างรวดเร็วทันต่อเหตุการณ์ (Limhoklai, N., Yothaka Pakamong, Y., and Ratchanagul, P., 2015)

หากต้องการให้เกิดความช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยในครัวเรือนได้ทันท่วงที แต่ละชุมชนจำเป็นต้องมีผู้ที่มีความรู้ความสามารถที่จะให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉินได้ในทุกครัวเรือนซึ่งถือเป็นความคาดหวังที่จำเป็นอย่างมาก บุคคลที่เป็นกลไกสำคัญในการดำเนินงานทาง ด้านสาธารณสุข คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดโดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการการฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (Department of Health Service Support. Ministry of Public Health., 2011) และการขับเคลื่อนให้ อสม. เป็นแกนนำในการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ประสบอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจาก อสม. อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด มีความสำคัญในชุมชน มีข้อมูลในแต่ละบ้านหรือพื้นที่รับผิดชอบว่าครอบครัวใดมีผู้ป่วยหรือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินที่อาจเป็นสาเหตุให้หัวใจหยุดเต้นได้ และมีศักยภาพในการสื่อสารข้อมูลข่าวสารต่างๆ ให้ประชาชนในพื้นที่ทราบได้สะดวกรวดเร็ว (Sasang, N., Chusak, T., and Sanee, A., 2020) จากความสำคัญที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญและความเป็นมาของปัญหาในการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุและเจ็บป่วยในสถานการณ์ฉุกเฉิน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานี โดยการพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้เกิดความรู้ เจตคติ และมีทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพที่ถูกต้องและรวดเร็วตามวิธีสากล สามารถช่วยเหลือคนในชุมชนที่ประสบอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินแล้วเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและหยุดหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

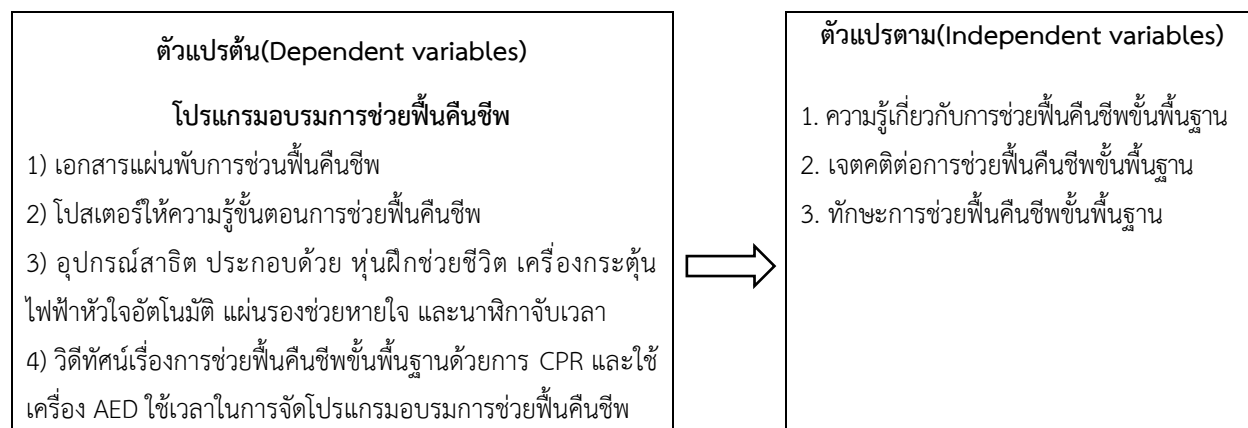
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานี
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติและทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานก่อนและหลังได้รับโปรแกรมอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานี

สมมติฐาน

คะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติและทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานี หลังการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ใช้รูปแบบการทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานี จำนวนทั้งสิ้น 9,756 คน (Department of Health Service Support. Ministry of Public Health., 2021) กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลคลองควาย อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี จำนวน 37 คน ที่ได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) ประกอบด้วย 1) สุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับสลากรายชื่ออำเภอ 2) สุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากรายชื่อตำบล 3) สุ่มแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติของเกณฑ์การคัดเลือก และเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

คุณสมบัติในการคัดเลือกเข้าการศึกษา (inclusion criteria)

1. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลคลองควาย อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี อย่างน้อย 1 ปี
2. มีสติสัมปชัญญะ สามารถสื่อสารได้เข้าใจ
3. มีความสนใจเข้ารับการอบรมจนเสร็จสิ้นโครงการ

คุณสมบัติในการคัดออก (exclusion criteria)

1. มีอาการปวดเข่า เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมหรือมีประวัติการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า
2. ไม่ยินยอมทำแบบทดสอบก่อนและหลังการอบรม
3. เข้ารับการอบรมในช่วงที่มีการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของ Sasang, N., Chusak, T., and Sanee, A. (2020). และ Thongpo, P., & Udomchaikul, K. (2020). แบ่งเป็น 4 ส่วน มีรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ โรคประจำตัว ระยะเวลาในการเป็น อสม.

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานก่อนและหลังการอบรม จำนวน 15 ข้อ คำถามเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก มีคำตอบที่ถูกต้องเพียงคำตอบเดียว ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน การแปลผลพิจารณาจากเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1986) ดังนี้

ร้อยละ 80 – 100 (12 – 15 คะแนน)	หมายถึง มีความรู้ระดับสูง
ร้อยละ 60 – 79 (9 – 11 คะแนน)	หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง
ร้อยละ 0 – 59 (0 – 8 คะแนน)	หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติต่อการช่วยฟื้นคืนชีพก่อนและหลังการอบรม จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งโดยจะมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	5
เห็นด้วย	ให้คะแนน	4
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน	3
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	1

การแปลผลคะแนน ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00 - 5.00 โดยพิจารณาอิงเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1981) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00	หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับดี
คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66	หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33	หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับไม่ดี

ส่วนที่ 4 แบบประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานก่อนและหลังการอบรม จำนวน 13 ทักษะ โดยให้ผู้เข้าร่วมอบรมปฏิบัติและผู้วิจัยประเมินทักษะตามความสามารถ มีระดับการประเมินทักษะ 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติถูกต้อง ครบถ้วน ปฏิบัติได้ไม่ครบถ้วน และไม่ปฏิบัติ

ปฏิบัติถูกต้องครบถ้วน	ให้คะแนน	2
ปฏิบัติได้ไม่ครบถ้วน	ให้คะแนน	1
ไม่ปฏิบัติ	ให้คะแนน	0

การแปลผลคะแนน ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 0 - 2.00 โดยพิจารณาอิงเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1981) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.34 - 2.00 หมายถึง มีทักษะการปฏิบัติอยู่ในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 0.68 - 1.33 หมายถึง มีทักษะการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 0 - 0.67 หมายถึง มีทักษะการปฏิบัติอยู่ในระดับไม่ดี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 1) เอกสารแผ่นพับการช่วยฟื้นคืนชีพ 2) โปสเตอร์ให้ความรู้ขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพ 3) อุปกรณ์สาธิต ประกอบด้วย หุ่นฝึกช่วยชีวิต เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ แผ่นรองช่วยหายใจ และนาฬิกาจับเวลา และ 4) วิดีทัศน์เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานด้วยการ CPR และใช้เครื่อง AED ใช้เวลาในการจัดโปรแกรมอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน แบบสอบถามเจตคติต่อการช่วยฟื้นคืนชีพ และประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์เชี่ยวชาญด้านการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพ 2 ท่าน อาจารย์ผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรครูผู้สอนการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ([TRC] BLS Instructor for HCP) 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมด้านภาษา รวมถึงเกณฑ์การให้คะแนน และเทคนิคการสอบถามในการสื่อให้เข้าใจตรงกันในแต่ละข้อคำถาม แล้วจึงนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.70-1.00 และมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) = 0.88

2) การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามและแบบทดสอบการวิจัย ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับ อสม. ตำบลบางเตย อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาหาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยมีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.81 และนำแบบทดสอบความรู้ไปหาค่าความเที่ยงด้วยวิธี KR-20 ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.79

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ผู้วิจัยจะนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) เอกสารแผ่นพับการช่วยฟื้นคืนชีพ 2) โปสเตอร์ให้ความรู้ขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพ 3) อุปกรณ์สาธิต ประกอบด้วย หุ่นฝึกช่วยชีวิต เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ แผ่นรองช่วยหายใจ และนาฬิกาจับเวลา และ 4) วิดีทัศน์เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานด้วยการ CPR และใช้เครื่อง AED ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วย อาจารย์เชี่ยวชาญด้านการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพ 2 ท่าน อาจารย์ผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรครูผู้สอนการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ([TRC] BLS Instructor for HCP) 1 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมของ

โปรแกรมการอบรม ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ เหมาะสมมากที่สุด เหมาะสมมาก เหมาะสมปานกลาง เหมาะสมน้อย และเหมาะสมน้อยที่สุด โดยใช้เกณฑ์ของ เบสท์ (1981) โดยกำหนดค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.20-5.00 ซึ่งเป็นค่าเฉลี่ยที่มีความเหมาะสมระดับมากที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนดำเนินการวิจัยผู้วิจัยยื่นเอกสารต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ เพื่อพิจารณาประเด็นทางจริยธรรม จากนั้นผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนโดยติดต่อ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองควาย อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี ขอประชุมกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ รับทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของการวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย สิทธิที่กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออก จากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบแต่อย่างใด และสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้า ร่วมโครงการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามในข้อสงสัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยลง ชื่อในใบยินยอมในการวิจัย (Informed Consent Form) พร้อมส่งคืนเอกสารที่เจ้าของโครงการวิจัยภายใน 7 วัน โดยถ้ากลุ่ม ตัวอย่างไม่มีการส่งคืนเอกสารจะถือว่าไม่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นทีมผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน แบบสอบถาม เจตคติต่อการช่วยฟื้นคืนชีพ และประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา ประมาณ 1 ชั่วโมง จากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับโปรแกรมอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ข้อห้าม ข้อควรระวัง ขั้นตอน วิธีการช่วย ฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และการใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AED) โดยวิธีการแจกคู่มือ การบรรยาย และการรับชม วิดีทัศน์เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานด้วยการ CPR และใช้เครื่อง AED โดยใช้เวลา 30 นาที และหลังจากการฟังบรรยาย และดูวิดีโอจบ จะดำเนินการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานด้วยการ CPR และใช้เครื่อง AED ให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ เวลา 2 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 2 ติดตามทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพของกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน โดยการประเมินผ่านการดูและการสังเกต และ ให้คำแนะนำ จากปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานด้วยการ CPR และใช้เครื่อง AED ของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน

สัปดาห์ที่ 3 ติดตามทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพของกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน โดยการประเมินผ่านการดูและการสังเกต และ ให้คำแนะนำ จากปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานด้วยการ CPR และใช้เครื่อง AED ของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน

สัปดาห์ที่ 4 ทบทวนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ข้อห้าม ข้อควรระวัง ขั้นตอน วิธีการ ช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และการใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AED) โดยวิธีการแจกคู่มือ การบรรยาย และการรับชม วิดีทัศน์เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานด้วยการ CPR และใช้เครื่อง AED โดยใช้เวลา 30 นาที และหลังจากการฟังบรรยาย และดูวิดีโอจบ จะดำเนินการทบทวนการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานด้วยการ CPR และใช้เครื่อง AED โดยให้กลุ่ม ตัวอย่างจับฉลากคู่สาธิตและลำดับในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานด้วยการ CPR และใช้เครื่อง AED โดยใช้เวลา 2 ชั่วโมง และผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังการทดลอง โดยจะให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน แบบสอบถามเจตคติต่อการช่วยฟื้นคืนชีพ และประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานหลังการทดลอง (post-test) โดยใช้

เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่เก็บคืนจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 37 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 มาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูล แล้วจึงนำข้อมูลมาประมวลผลและวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและอภิปรายผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ Pair t-test

จริยธรรมวิจัย

โครงร่างวิจัยผ่านการรับรองพิจารณาโครงร่างวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏ วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ในวันที่ 31 พฤษภาคม 2564 หมายเลขโครงการ 0069/2564

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานี จำนวน 37 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 10.8 เป็นเพศหญิง จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 89.2 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 45.9 รองลงมาคือ 41-50 ปี จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 32.4 และ 31-40 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 18.9 โดยมีอายุสูงสุด 59 ปี อายุต่ำสุด 29 ปี และมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 47.95 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 9.07 มีสถานภาพสมรสจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 81.1 รองลงมาคือโสด จำนวน 4 คน คิดเป็น ร้อยละ 10.8 และหย่าร้าง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 8.1 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 18 คน คิดเป็น ร้อยละ 48.6 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 35.1 และอนุปริญญา/ปวส. จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 10.8 ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว / ค้าขาย จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 40.54 อาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 35.13 และอาชีพว่างงาน/ แม่บ้าน จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 24.32 กลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 62.2 และมีโรคประจำตัว จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 37.8 ส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครประจำหมู่บ้านมาแล้ว 3-5 ปี จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 78.4 รองลงมาคือ 6-8 ปี จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 16.2 และเป็นอาสาสมัครประจำหมู่บ้านมาแล้ว 0-2 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.4 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานี (n = 37)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	4	10.80
หญิง	33	89.20
อายุ (ปี)		
21-30	1	2.70
31-40	7	18.90
41-50	12	32.40
51-60	17	45.90
Mean $\pm$ SD 47.95 $\pm$ 9.07 Min= 29 ปี Max=59 ปี		
สถานภาพ		
โสด	4	10.80
หย่าร้าง	3	8.10
สมรส	30	81.10
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	2	5.40
ประถมศึกษา	13	35.10
มัธยมศึกษา	18	48.60
อนุปริญญา/ปวส.	4	10.80
อาชีพ		
ว่างงาน / แม่บ้าน	9	24.32
รับจ้างทั่วไป	13	35.13
ธุรกิจส่วนตัว / ค้าขาย	15	40.54
โรคประจำตัว		
มี	14	37.80
ไม่มี	23	62.20
ระยะเวลาในการเป็น อสม (ปี)		
0-2	2	5.40
3-5	29	78.40
6-8	6	16.20

2. ความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

ผลการศึกษาความรู้ความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานี พบว่า ก่อนการทดลอง อาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 100 และหลังการทดลอง พบว่า อาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับสูง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 56.80 และมีความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 43.2 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานี จำแนกตามระดับความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (n = 37)

ระดับความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน		ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรู้ระดับสูง	(12 – 15 คะแนน)	0	0.00	21	56.80
ความรู้ระดับปานกลาง	(9 – 11 คะแนน)	0	0.00	16	43.20
ความรู้ระดับต่ำ	(0– 8 คะแนน)	37	100	0	0.00

3. เจตคติต่อการช่วยฟื้นคืนชีพ

ผลการศึกษาเจตคติต่อการช่วยฟื้นคืนชีพของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานี พบว่า ก่อนการทดลอง อาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีเจตคติต่อการช่วยฟื้นคืนชีพอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 94.60 และเจตคติต่อการช่วยฟื้นคืนชีพอยู่ในระดับดี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.40 และหลังการทดลอง พบว่า อาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีเจตคติต่อการช่วยฟื้นคืนชีพอยู่ในระดับดี จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 83.80 และมีเจตคติต่อการช่วยฟื้นคืนชีพอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 16.20 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานี จำแนกตามระดับเจตคติต่อการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (n = 37)

ระดับเจตคติต่อการช่วยฟื้นคืนชีพ		ก่อนก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เจตคติอยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00)		2	5.40	31	83.80
เจตคติอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66)		35	94.60	6	16.20
เจตคติอยู่ในระดับไม่ดี (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33)		0	0.00	0	0.00

4. ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานี

ผลการศึกษาทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานีพบว่า ก่อนการทดลอง อาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 70.3 มีทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับดี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 18.90 และมีทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับไม่ดี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 10.80 หลังการทดลอง พบว่า อาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับดี จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานี จำแนกตามระดับทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (n = 37)

ระดับทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ทักษะการปฏิบัติดี (คะแนนเฉลี่ย 11.00-13.00)	7	18.90	37	100.00
ทักษะการปฏิบัติปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 7.00-10.00)	26	70.30	0	0.00
ทักษะการปฏิบัติไม่ดี (คะแนนเฉลี่ย 6.00-0.00)	4	10.80	0	0.00

5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ เจตคติและทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานีก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการเปรียบเทียบความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานีพบว่า อาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) โดยหลังการเข้าร่วมโปรแกรม อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานีมีความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ด้านเจตคติต่อการช่วยฟื้นคืนชีพของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานี พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.01) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานีมีเจตคติต่อการช่วยฟื้นคืนชีพดีกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ส่วนด้านทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานี ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) โดยหลังการเข้าร่วมโปรแกรม เกษตรกรมีทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานดีมากวก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ เจตคติและทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานี ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	$\bar{x}$	S.D.	Mean diff	95%CI	p-value
1. ความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน					<0.001
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม	4.91	1.16	7.24	6.67-7.81	
หลังการเข้าร่วมโปรแกรม	12.16	1.62			
2. เจตคติต่อการช่วยฟื้นคืนชีพ					<0.001
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม	3.25	0.27	0.56	0.45-0.67	
หลังการเข้าร่วมโปรแกรม	3.82	0.19			
3. ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน					<0.001
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม	1.68	0.12	1.05	0.98-1.01	
หลังการเข้าร่วมโปรแกรม	2.72	0.16			

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพต่อความรู้ เจตคติ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 37 คน เป็นเพศชาย จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 10.8 เพศหญิง จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 89.2 ก่อนการทดลอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 100 และหลังการทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับสูง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 56.80 และมีความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 43.2 และผลคะแนนความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 4.91 ± 1.16 คะแนน และภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า คะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 12.16 ± 1.62 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบผลค่าเฉลี่ยของความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษาของ Kowatcharakul W and kankasang H. (2021). ที่พบว่า แขนงนำจิตอาสาสมัครค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานหลังการอบรมสูงขึ้นกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Sirijittthongchai, P. (2018). ผลการศึกษาพบว่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (CPR) และการใช้เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้าอัตโนมัติ (AED) ของเจ้าหน้าที่กรมควบคุมโรค ก่อนและหลังการเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.000 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Sasang, N., Chusak, T., and Sanee, A. (2020). ที่พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนน

ความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Limhoklai, N., Yothaka Pakapong, Y., and Ratchanagul, P. (2015). ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในพื้นที่อำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องมาจากโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความเหมาะสมสำหรับการนำมาใช้ในการพัฒนาตัวบุคคลให้บุคคลได้ลงมือปฏิบัติอย่างแท้จริง ซึ่งโปรแกรมอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพในการวิจัยครั้งนี้ มีทั้งด้านการให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติจริง ผู้วิจัยได้ให้ความรู้โดยการบรรยายประกอบกับยกตัวอย่างสถานการณ์อธิบายทุกขั้นตอนให้เข้าใจได้ง่าย มีวีดิทัศน์แสดงขั้นตอน สามารถถามคำถาม ได้ตลอดจึงทำให้คะแนนหลังได้รับโปรแกรมอยู่ระดับมาก ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานหลังการทดลองเพิ่มขึ้น

ด้านเจตคติต่อการช่วยฟื้นคืนชีพของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานี พบว่า ก่อนการทดลองอาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีเจตคติต่อการช่วยฟื้นคืนชีพอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 94.60 และเจตคติต่อการช่วยฟื้นคืนชีพอยู่ในระดับดี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.40 และหลังการทดลอง พบว่า อาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีเจตคติต่อการช่วยฟื้นคืนชีพอยู่ในระดับดี จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 83.80 และมีเจตคติต่อการช่วยฟื้นคืนชีพอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 16.20 ผลคะแนนเจตคติต่อการช่วยฟื้นคืนชีพก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 3.25 ± 0.27 คะแนน และภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติต่อการช่วยฟื้นคืนชีพเฉลี่ย 3.82 ± 0.19 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบผลคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการช่วยฟื้นคืนชีพก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยของเจตคติต่อการช่วยฟื้นคืนชีพก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความสามารถในการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดของ Inkaew T., Paorod P., and Chairat D. (2018). กล่าวว่า ทัศนคติในการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของญาติผู้ดูแลในระดับสูงและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานเพิ่มขึ้น อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในครั้งการศึกษาครั้งนี้เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวซึ่งมีผลทำให้ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อการช่วยชีวิตและมีความมั่นใจในตนเองและสามารถทำการช่วยชีวิตแก่บุคคลในครอบครัวของตนเองได้

ด้านทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานีพบว่า ก่อนการทดลอง อาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 70.3 มีทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับดี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 18.90 และมีทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับไม่ดี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 10.80 หลังการทดลอง พบว่า อาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับดี จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ผลคะแนนทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเฉลี่ย 1.68 ± 0.12 คะแนน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเฉลี่ย 2.72 ± 0.16 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบผลคะแนนเฉลี่ยของทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานก่อนและหลังการเข้า

ร่วมโปรแกรม พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษาของ Tantiekkarat S. (2021). ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ผู้วิจัยมีการสาธิตการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานในแต่ละขั้นตอนและให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติตามฐานทั้งหมด 3 ฐาน จนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง และการศึกษาของ Sasang, N., Chusak, T., and Sanee, A. (2020). ที่พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนทักษะต่อการช่วยฟื้นคืนชีพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรมการอบรมเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกทักษะทุกคน จึงทำให้ผลการวิจัยนี้มีความสอดคล้องกัน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพไปประยุกต์ใช้หรือขยายต่อกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่อื่นๆ เพื่อส่งเสริมความรู้ เจตคติและทักษะการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้นำไปเผยแพร่และสามารถถ่ายทอดได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป และควรมีการประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ

2. ควรมีการวัดผล ความรู้ เจตคติ และทักษะการปฏิบัติซ้ำมากกว่า 1 ครั้ง เช่น หลังการอบรมเสร็จสิ้น และมีการติดตาม 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อเป็นการ ตรวจสอบการคงอยู่ของความรู้ เจตคติ และทักษะ ซึ่งข้อมูล ที่ได้จะนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อได้ข้อมูลเชิงลึกที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก หรือการสนทนากลุ่ม กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้เกี่ยวข้อง เช่น บุคลากรสาธารณสุข

2. ควรมีการศึกษาเรื่อง ความรู้ เจตคติและทักษะการปฏิบัติในการช่วยฟื้นคืนชีพกับกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ ในครั้งต่อไป เช่น ผู้ดูแล (caregiver), อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.), ครูศูนย์เด็กเล็ก

References

- American Heart Association. (2021). CPR & First Aid Emergency Cardiovascular Care. [cited 2021 Nov 29], Available from <https://cpr.heart.org/en/\>.
- Awae, H., Khupantavee, N., and Damkliang, J. (2020). Effect of a Self-Efficacy Enhancement Program on Capability of Trauma Patient Care on Scene and During Transfer by Emergency Medical Technician Personnel. *Songklanagarind Journal of Nursing: 40*(3), 15-25. (In Thai)
- Baunoo W. (2019). Effectiveness of Telephone Cardiopulmonary Resuscitation Program for Out-of-Hospital Cardiac Arrest of Senior High School Students. *Journal of Professional Routine to Research: 6*, 37-47.
- Best, J. (1981). Research in Education. (4th ed). London: Prentice- Hall International.
- Bloom, B. S. (1986). Learning for Mastery. Evaluation comment. Center for the Study of Instruction Program. University of California at Los Angeles.
- Department of Health Service Support. Ministry of Public Health. (2021). Village Health Volunteers report at the provincial level, Pathum Thani. Retrieved 29th November, 2021 from <https://www.thaiphc.net/new2020/manual>. (In Thai)
- Department of Health Service Support. Ministry of Public Health. (2011). New Era Hand book for Village Health Volunteers. Bangkok: Agricultural Cooperative Association of Thailand. (In Thai)
- Inkaew T., Paorod P., and Chairat D. (2018). Relationships Between Knowledge, Attitude, Perceived Self-Efficacy and Capabilities for Basic Life Support among Cardiovascular Disease Caregivers. *Journal of The Royal Thai Army Nurses: 19* (พิเศษ), 139-148. (In Thai)
- Kowatcharakul W and kankasang H. (2021). The project to expand the community capacity development project to help the primary resuscitation in the area of San Sai District Chiang Mai Province. Chaing Mai: Siampimnana Company Limited. (In Thai)
- Limhoklai, N., Yothaka Pakapong, Y., and Ratchanagul, P. (2015). Effectiveness of a capacity building program for village health volunteers on knowledge and attitude toward emergency medical services of people in Nongsua district, Pathumthani province. *Nursing Journal: 42*(3), 106-8.
- Sasang, N., Chusak, T., and Sanee, A. (2020). Effect of The Resuscitation Training Program on Knowledge and Skills and Perceived Self-Efficacy of Resuscitation Village Health Volunteers in Khlong Chik Subdistrict, Bang Pra in District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses: 21*(3), 283–293. (In Thai)
- Siamrathonline. (2020, 3rd November). Police provide basic life support training. Siamrath Newspaper. Retrieved 29th November, 2021 from <https://siamrath.co.th/n/194500>. (In Thai)

- Sirijittthongchai, P. (2018). A Development on Knowledge and Understanding of the Department of Disease Control's Employee towards the Cardiopulmonary Resuscitation and the use of the Automated External Defibrillator). *Journal of Interdisciplinary Research: Graduate Studies: 7*(2), 35-41. (In Thai)
- Tantiekkarat S. (2021). Effectiveness of Basic Life Support Program on perception of Knowledge, Perceived Self-Efficacy and Skills toward Basic Life Support among High-School Students in Amphoe Khlong Luang, Pathumthani Province. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province: 4*(2), 111-126. (In Thai)
- Thongpo, P., & Udomchaikul, K. (2020). Effects of a Cardiopulmonary Resuscitation Training Program on Knowledge, Perceived Self-efficacy in Cardiopulmonary Resuscitation, and Chest Compression Performance among Nursing Students. *Ramathibodi Nursing Journal: 26*(1), 107–121.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความต้องการบริการสุขภาพของวัยรุ่นสาวประเภทสอง

Health Service Needs for Male-to-female Transgender

Adolescents in Khon Kaen

Received: May 5, 2022

Revised: Aug. 31, 2022

Accepted: Oct. 22, 2022

Published: Oct. 25, 2022

หทัยรัตน์ สุขศรี¹ คันสนีย์ จันทสุข¹ พัทธยา ศรีเมือง¹ และศศิวิมล ทองฟัว²

¹วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²ศูนย์อนามัยที่ 7 จังหวัดขอนแก่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

Hatairat Suksri¹, Sansanee Chanthasukh¹, Phitthaya Srimuang¹, & Sasiwimon Tongpua²

¹ Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen,

Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Prabormarajanok Institute

²The 7th Health Center Khon Kaen, Ministry of Public Health

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพที่มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการบริการสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่นสาวประเภทสอง ผู้ให้ข้อมูลคือวัยรุ่นสาวประเภทสอง อายุ 16-19 ปี จำนวน 9 คน เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดขอนแก่นและจังหวัดใกล้เคียง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกระหว่าง 1 ธันวาคม 2563 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2564 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่ได้รับการถอดความคำต่อคำเป็นภาษาไทยและบันทึกของผู้วิจัยถูกนำไปสู่วิเคราะห์ด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า ผู้ให้ข้อมูลทุกรายไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับคลินิกสุขภาพบุคคลข้ามเพศที่ให้บริการในเขตพื้นที่ และผู้ให้ข้อมูลเสนอความต้องการบริการสุขภาพสำหรับสาวประเภทสอง แบ่งเป็น 4 ประเด็น คือ (1) บริการสุขภาพเฉพาะสำหรับสาวประเภทสอง (2) คุณลักษณะของผู้ให้บริการ ณ สถานบริการสุขภาพสำหรับสาวประเภทสอง (3) การบริการสุขภาพที่เกี่ยวกับยา ณ ร้านยาในชุมชน และ (4) ความต้องการอื่น ๆ ที่เกี่ยวเนื่องกับสุขภาพองค์รวม เช่น การเข้าใจและยอมรับเพศสภาพ การให้ความรู้เรื่องเพศสภาพในงานอนามัยโรงเรียน ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ผลการศึกษาในงานวิจัยนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้บริการสุขภาพที่เหมาะสมกับความต้องการและเพศสภาพตั้งแต่ระยะแรกเริ่มของการเข้าสู่การเป็นสาวประเภทสอง ดังนั้นภาครัฐและเครือข่ายสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรมีการเตรียมการด้านบุคลากร รวมทั้งเภสัชกรที่ปฏิบัติงานที่ร้านยาในชุมชน ให้มีความรู้และความเข้าใจในความแตกต่างของเพศสภาพและการดูแลสุขภาพของสาวประเภทสอง ดูแลติดตามการใช้ยาฮอร์โมนและให้ความรู้ด้านยานอกจากนี้ควรจัดให้มีส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเพศสภาพที่หลากหลายในสังคมวงกว้างเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและสุขภาวะที่ดีของสาวประเภทสองต่อไป

คำสำคัญ: ความต้องการบริการสุขภาพ สาวประเภทสอง วัยรุ่น ร้านยา ยาฮอร์โมนเพศ

Corresponding author: คันสนีย์ จันทสุข e-mail: sansanee@scphkk.ac.th

Original article

Abstract

Received: May 5,2022

Revised: Aug.31,2022

Accepted: Oct. 22,2022

Published: Oct. 25, 2022

This qualitative study aimed to explore healthcare needs of male-to-female transgender adolescents aged 16 to 19 years old living in Khon Kaen and neighboring provinces in Thailand. Data were collected from nine key informants through in-depth interviews on 1 December 2020 and 28 February 2021. Data from audio recording were transcribed verbatim. Transcriptions were analysed by thematic analysis and also utilizing researchers' notes. We found that no one had information about transgender clinic in the city of Khon Kaen. Healthcare needs of male-to-female transgender adolescents were: (1) specific transgender clinic, (2) unique characteristics of healthcare professionals, (3) community pharmacy service for transgender people, and (4) other needs relating to holistic healthcare such as understanding and accepting about sexuality and delivering sexuality-related knowledge at school. This study reveals fundamental information about providing healthcare services according to the needs and sexuality of male-to-female transgender adolescents from the beginning stage. This study recommends that governmental and health-related non-governmental organizations: 1) provide healthcare professionals, including community pharmacists, with knowledge and understanding on sexuality and healthcare for this population, 2) monitor hormonal drug usage and deliver correct drug information. Moreover, promoting understanding on sexuality in wider society could help advocate health and well-being among transgender people.

Keywords: need for healthcare system, male-to-female transgender people, adolescents, community pharmacy, feminising hormones

Corresponding author: Sansanee Chanthasukh e-mail: sansanee@scphkk.ac.th

บทนำ

ภาวะทุกข์ใจจากเพศสภาพ (Gender dysphoria) คือภาวะอัตถ์คับข้องใจในความไม่เข้ากันของเพศกำเนิด (Biological sex) และอัตลักษณ์ทางเพศ (sexual identity) หรือความรู้สึกที่มีต่อตนเองว่าตนนั้นเป็นชายแต่เพศสรีระเป็นหญิงหรือรู้สึกว่าเป็นหญิงแต่มีเพศสรีระเป็นชาย โดยคนกลุ่มนี้ที่ได้รับการกล่าวถึงในนามของคนกลุ่มเพศทางเลือก กลุ่มคนข้ามเพศ หรือ กลุ่มแอลจีบีที (LGBT: Lesbian, gay, bisexual and transgender) และในกลุ่มนี้เองยังสามารถแบ่งเป็นหลายกลุ่มย่อยตามเพศสรีระ เช่น สาวประเภทสอง กลุ่มหญิงข้ามเพศ กลุ่มเลสเบี้ยน กลุ่มทอมบอย เป็นต้น ภาวะทุกข์ใจจากเพศสภาพนี้เกิดขึ้นได้ทั้งในวัยเด็ก วัยรุ่น หรือวัยผู้ใหญ่ก็ได้ (Wainipitapong & Ketumarn, 2021) การรักษาตามคำแนะนำของสมาคมวิชาชีพทางสุขภาพสำหรับคนข้ามเพศระดับโลก (World Professional Association for Transgender Health, 2012) มีขั้นตอนหลักสามระยะคือ ระยะที่หนึ่งได้แก่ การรักษาสุขภาพจิตโดยจิตแพทย์ โดยระยะนี้จะมีการให้ความรู้แก่ตัวผู้ป่วยและครอบครัว พร้อมทั้งปรับทัศนคติทั้งผู้ป่วยและครอบครัวให้เกิดความเข้าใจและยอมรับการเลือกเพศสภาพของผู้ป่วย นอกจากนี้จิตแพทย์ยังคอยดูแลและประเมินผู้ป่วยหลังผู้ป่วยได้ทดลองใช้ชีวิตตามเพศสภาพที่ตนเองต้องการอย่างน้อย 12 เดือน หลังจากนั้น ในระยะที่สอง จิตแพทย์จะส่งต่อผู้ป่วยที่ผ่านการประเมินภาวะทางจิตวิทยาเข้ารับการรักษาต่อด้วยการใช้ยาฮอร์โมน ภายใต้การดูแลของกุมารแพทย์ แพทย์สูตินารีเวช หรืออายุแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญทางระบบต่อมไร้ท่อ และในระยะที่สามคือ การผ่าตัดแปลงเพศ ที่จะดำเนินการโดยศัลแพทย์ (Bongsebandhu-phubhakdi, 2021; Bourns, 2019; Seal, 2017) แม้ประเทศไทยเป็นประเทศที่ได้รับการกล่าวขานจากองค์การอนามัยโลกในการจัดบริการระบบสุขภาพเพื่อให้ประชาชน คนไทยมีสิทธิการรักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติที่มุ่งเน้นให้บริการที่จำเป็น (World Health Organization, 2010) แต่บริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มคนข้ามเพศ โดยเฉพาะการผ่าตัดแปลงเพศ ยังเป็นที่ถกเถียงและเรียกร้องจากทางกลุ่มเพศทางเลือกให้บรรจุการผ่าตัดแปลงเพศเป็นหนึ่งในสิทธิการรักษาพยาบาลของสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งในปัจจุบัน การผ่าตัดแปลงเพศนั้นจะมีเพียงการผ่าตัดแปลงเพศสำหรับผู้ที่มีเพศกำเนิดที่ตนนั้นจะสามารถใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ (Thrisuwan, 2018)

ด้วยสถานการณ์เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ยังไม่มีการประกาศที่ชัดเจนนี้ กลุ่มคนข้ามเพศโดยเฉพาะสาวประเภทสองจำนวนหนึ่งได้ตัดสินใจใช้ยาฮอร์โมนด้วยตนเอง ตัวอย่างเช่น สาวประเภทสองที่อยู่ในการศึกษาของ Samakkeekarom, Ratlerdkarn, Sinchai, Jullawat, Sangnak & Taesombat (2016) และ Yimparsert (2019) ได้ใช้ยาคุมกำเนิด ยาฮอร์โมนเพศหญิง ยาต้านฮอร์โมนเพศชาย และยาฮอร์โมนชนิดฉีด เพื่อสร้างเสริมอัตลักษณ์ความเป็นหญิง และร้านยาเป็นแหล่งกระจายยาฮอร์โมนที่สำคัญแหล่งหนึ่งสำหรับสาวประเภทสองที่ต้องการรับประทานยา เพื่อสร้างเสริมความเป็นหญิง นอกจากนี้ Yimparsert (2019) ยังพบว่าอีกว่า สาวประเภทสองส่วนใหญ่มักจะเริ่มต้นรับประทานยาตั้งแต่วัยรุ่นตอนต้น อายุที่เริ่มต้นโดยเฉลี่ย 13 ปี และมีความเสี่ยงเนื่องจากการใช้ยาคุมกำเนิดเป็นระยะเวลานาน ข้อมูลด้านยาฮอร์โมนเพศต่าง ๆ ได้มาจากสามแหล่ง ได้แก่ รุ่นพี่สาวประเภทสองด้วยกัน อินเทอร์เน็ตและเพื่อน แต่อย่างไรก็ตาม Yimparsert (2019) ศึกษาเฉพาะกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 20 ปีเท่านั้น มิได้มุ่งศึกษาประชากรในช่วงวัยรุ่นที่มีการเริ่มต้นใช้ยา อีกทั้งยังมิได้มีประเด็นการศึกษาที่เกี่ยวกับบริการสุขภาพอื่น ๆ สำหรับกลุ่มสาวประเภทสองแต่อย่างใด ส่วน Nikratok & Nililwarangkul (2014) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับ ความต้องการบริการทางสุขภาพของกลุ่มสาวประเภทสอง โดยมุ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการหาธุรกรรมที่มีสาเหตุจากการมีเพศสภาพ เช่น การทำร้ายร่างกายและจิตใจ รวมถึงแนวทางการป้องกันการถูก

ทารุณกรรม เท่านั้น มิได้มุ่งเน้นเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมอัตลักษณ์ความเป็นหญิง จากการทบทวนวรรณกรรมนี้พบว่ายังมีช่องว่างของชุดความรู้ที่เกี่ยวกับการบริการสุขภาพของสาวประเภทสอง โดยเฉพาะในกลุ่มอายุที่เป็นช่วงเริ่มต้นของการรับประทานยา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีสนใจที่จะศึกษาความต้องการบริการสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่นสาวประเภทสองที่มีอายุ 10-19 ปี เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษานี้มาใช้ในการวางแผนให้บริการสุขภาพที่เหมาะสมกับสาวประเภทสอง อันส่งผลให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อศึกษาความต้องการบริการสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่นสาวประเภทสอง

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ดังมีรายละเอียดเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัย ดังหัวข้อต่อไปนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ในงานวิจัยเชิงคุณภาพนั้น “ตัวผู้วิจัยภาคสนามคือเครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการวิจัย และจะต้องได้รับการฝึกฝนและอบรมมาเป็นพิเศษสำหรับใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการเชิงคุณภาพ (Chirawatkul, 2010, p. 34)” ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยที่มีรายชื่อเป็นอันดับที่สองเป็นผู้สัมภาษณ์เพียงท่านเดียวตลอดการศึกษานี้ เนื่องจากมีประสบการณ์การทำการวิจัยเชิงคุณภาพที่เป็นประเด็นเปราะบางในกลุ่มวัยรุ่น อีกทั้งเป็นผู้สัมภาษณ์และมุ่งหมายในการลดปัญหาความผันผวนในการตั้งคำถามในระหว่างการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้เชี่ยวชาญในงานวิจัยเชิงคุณภาพและสังคมวิทยาจำนวน 3 ท่านได้ตรวจสอบคำถามที่มีโครงสร้างสำหรับการสัมภาษณ์ โดยพิจารณาความเหมาะสมสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยก่อนการนำไปเก็บข้อมูล นอกจากนี้ เพื่อให้การสัมภาษณ์ในการศึกษานี้เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ คำถามที่มีโครงสร้างเหล่านี้ได้ถูกนำไปทดลองสัมภาษณ์ในกลุ่มวัยรุ่นทั่วไป อายุ 17-19 ปี เพื่อปรับปรุงคำศัพท์ที่ใช้ในคำถามให้เหมาะกับกลุ่มวัยรุ่นก่อนนำไปใช้จริง ตัวอย่างคำถามที่มีโครงสร้าง ได้แก่ กลุ่มคำถามทั่วไปเกี่ยวกับการสร้างเสริมอัตลักษณ์ความเป็นหญิง ได้แก่ (1) กว่าจะรู้ว่าตัวเราไม่ใช่ผู้ชายเมื่อใด และเราแสดงออกอย่างไร (2) เริ่มรับประทานยาฮอร์โมนเมื่อใด และรายการยาที่รับประทานคืออะไร (3) รู้สึกอย่างไรหลังจากรับประทานยา (4) ใครเป็นผู้แนะนำการรับประทานยา (5) ได้ยาฮอร์โมนจากที่ใด (6) หากซื้อที่ร้านยา ได้รับบริการใดบ้าง คาดหวังจะได้รับบริการใด และคำถามที่เกี่ยวกับความต้องการบริการสุขภาพ ได้แก่ (7) สถานบริการอื่น ๆ ที่ไปรับบริการ (8) สถานบริการและผู้ให้บริการในอุดมคติเป็นอย่างไร (9) ทำอย่างไรที่จะช่วยให้สาวประเภทสองมีสุขภาพองค์รวมที่ดี ทั้งกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณ และ (10) มีสิ่งใดที่อยากจะบอกเพิ่มเติม

กลุ่มเป้าหมายและผู้ให้ข้อมูล

การเชิญอาสาสมัครเข้าร่วมการศึกษานี้กระทำได้ผ่านการประสานงานผู้ประสานงานในพื้นที่จำนวน 7 คน ได้แก่ วัยรุ่นหญิง 1 คน หญิงวัยกลางคน 3 คน และวัยรุ่นที่เป็นสาวประเภทสอง 3 คนโดยผู้ประสานงานในพื้นที่เป็นผู้นำเสนอเอกสารชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัย รวมทั้งตัวอย่างคำถามที่มีโครงสร้างให้แก่อาสาสมัคร และหากยินดีเข้าร่วมงานวิจัย ให้ติดต่อผู้วิจัยโดยตรงเพื่อนัดวันที่สะดวกสำหรับการสัมภาษณ์ เกณฑ์คัดอาสาสมัครเข้าเป็นผู้ให้ข้อมูล

คือ วัยรุ่นที่ระบุตัวตนว่าเป็นสาวประเภทสองที่มีความสนใจเกี่ยวกับการใช้ยาฮอร์โมนเพศเพื่อสร้างเสริมอัตลักษณ์ ความเป็นหญิง อายุ 10-19 ปี ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดขอนแก่นหรือจังหวัดที่มีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดขอนแก่น

ในการศึกษานี้ มีกลุ่มเป้าหมายยินดีเข้าร่วมงานวิจัยทั้งสิ้น 20 ราย แต่อาสาสมัครจำนวน 11 รายปฏิเสธเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากมีความไม่สะดวกในการให้การสัมภาษณ์ ดังนั้น มีอาสาสมัครเพียง 9 รายและอายุ 16-19 ปีเท่านั้นที่แสดงความยินดีและมีความสะดวกที่จะเป็นผู้ให้ข้อมูล และจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าเป็นจำนวนอาสาสมัครที่เพียงพอที่ทำให้ข้อมูลเกิดความอึดตัวสำหรับการศึกษานี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การสัมภาษณ์เชิงลึก

การสัมภาษณ์เชิงลึกดำเนินการระหว่าง 1 ธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึง 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 ผ่านทางแอปพลิเคชันของโทรศัพท์ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลทุกรายแสดงความกังวลใจเกี่ยวกับการระบาดของเชื้อโควิดและขอให้มีการสัมภาษณ์ผ่านไลน์แอปพลิเคชัน ก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยตรวจสอบความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยและความยินยอมให้การบันทึกเสียงขณะการสัมภาษณ์อีกครั้ง อีกทั้งยังตรวจสอบว่าผู้ให้ข้อมูลอยู่บริเวณที่เป็นส่วนตัว เช่น ห้องพักส่วนตัว หรือ ที่บ้านตอนที่ไม่มีสมาชิกครอบครัว ระหว่างการสัมภาษณ์เชิงลึกหรือไม่ หากไม่ได้อยู่ ณ บริเวณที่เป็นส่วนตัว ผู้วิจัยจะไม่ดำเนินการสัมภาษณ์ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังเน้นย้ำเกี่ยวกับอิสระในการยุติการสัมภาษณ์ การบันทึกเทปและการตอบข้อคำถามบางประเด็นของผู้ให้ข้อมูล

การสัมภาษณ์เชิงลึกใช้เวลา 30-45 นาที กรณีที่มีข้อซักถามเพิ่มเติม ผู้วิจัยจะส่งข้อความทางไลน์แอปพลิเคชันขออนุญาตพูดคุยเพิ่มเติม หลังจากได้รับอนุญาตแล้วจะใช้เวลาไม่เกิน 5 นาที

ผู้วิจัยตระหนักถึงการตรวจสอบความถูกต้อง (Trustworthiness) ของข้อมูลที่ถอดความจากการบันทึกเสียงรวมทั้งประเด็นที่ผู้ให้ข้อมูลไม่ต้องการเปิดเผย จึงได้ประสานงานผู้ให้ข้อมูลเพื่อทำตรวจสอบ

2. การสังเกตและสะท้อนคิด

ผู้วิจัยที่เป็นผู้ให้การสัมภาษณ์บันทึกเหตุการณ์ประจำวันในสมุดบันทึก รวมทั้งบันทึกการสะท้อนคิดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการสัมภาษณ์เพื่อประกอบการวิเคราะห์ข้อมูลกับผู้วิจัยร่วมต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์แบบแก่นสาระ (Thematic analysis) ของ Braun & Clarke (2006) โดยข้อมูลที่ถอดความแบบคำต่อคำจะถูกนำไปวิเคราะห์ตามขั้นตอนการวิเคราะห์จำนวน 6 ขั้นตอน คือ ขั้นที่หนึ่ง ทำความคุ้นเคยกับข้อมูล โดยผู้วิจัยทุกคนทำความคุ้นเคยกับข้อมูลการถอดความที่มีการใช้ชื่อสมมติโดยการอ่านซ้ำแล้วซ้ำอีกเพื่อทำความเข้าใจข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลและบริบทของผู้ให้ข้อมูล ขั้นตอนที่สอง สร้างรหัสคำ (codes) และเปรียบเทียบความเหมือนและความต่างของรหัสคำ ขั้นตอนที่สาม หาแก่นสาระที่สำคัญ โดยการจัดหมวดหมู่รหัสคำดูความคล้ายความต่างของรหัสคำในกลุ่มเดียวกันและในกลุ่มที่ต่างกัน ขั้นตอนที่สี่ หาความสัมพันธ์ระหว่างแก่นสาระที่สำคัญเหล่านั้น ดูความสอดคล้องของแก่นสาระหลักและแก่นสาระรอง โดยในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยจัดให้มีการประชุมพร้อมกับผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบ ทบทวนและวิเคราะห์แก่นสาระหลัก แก่นสาระรอง รวมถึงข้อมูลบริบทที่เกี่ยวข้องร่วมกัน ขั้นตอนที่ห้า ตั้งชื่อแก่นสาระพร้อมทั้งให้คำนิยามของแต่ละแก่นสาระนั้น ๆ กระทำโดยนักวิจัยและผู้เชี่ยวชาญ ในขั้นตอนที่สี่และขั้นตอนที่ห้าจะเป็นการตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Triangulation) จากหลายมุมมองทั้งจากผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญ และขั้นตอนที่หก รายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลหลังจากผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญได้เห็นพ้องต้องกัน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เมื่อวันที่ 24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 โดยหมายเลขรับรอง ได้แก่ HE6320071 ผู้วิจัยได้แสดงถึงการเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้ข้อมูลเก็บในตู้ที่มีกุญแจแน่นหนา บันทึกข้อความเสี่ยงได้เก็บไว้ในไฟล์ที่มีการป้องกันด้วยรหัสลับและทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย มีการใช้ชื่อสมมติแทนชื่อผู้ให้ข้อมูลในเอกสารข้อมูลที่ถอดเทปสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญ นอกจากนี้มีการนำเสนอผลการศึกษาทำในภาพรวม

เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเรื่องความเชื่อและพฤติกรรมของวัยรุ่นเกี่ยวกับเพศวิถีตามประกาศของชมรมจริยธรรมวิจัยแห่งประเทศไทย ฉบับที่ 4 ปี พ.ศ. 2555 ที่ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นวัยรุ่นเข้าสู่การศึกษานี้ด้วยความสมัครใจของตนเอง โดยไม่ต้องขออนุญาตผู้ปกครองก่อน และการขอยกเว้นการขออนุญาตจากผู้ปกครองสำหรับการศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยฯ แล้ว

ผู้วิจัยตระหนักถึง “ความเกรงใจ” ที่เป็นขนบธรรมเนียมของคนไทยและที่สามารถเกิดขึ้นได้ระหว่างความสัมพันธ์ของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้เยาว์ และผู้วิจัยหลักที่เป็นผู้ที่มีอายุและมีอำนาจทางสังคมเนื่องจากความมีอายุมากกว่า ดังนั้น หากผู้วิจัยหลักสังเกตพบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีความเบี่ยงเบนในการให้ข้อมูล ผู้วิจัยหลัก จะชะลอการสัมภาษณ์ และแจ้งถึงอิสระในการออกจากวิจัยได้ด้วยท่าทีที่นุ่มนวลและเป็นมิตรก่อนที่จะยุติการสัมภาษณ์ต่อไป

ผลการวิจัย

ในการศึกษานี้ ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 9 รายเป็นวัยรุ่นที่มีอายุ 16-19 ปี และระบุตัวตนว่าเป็นสาวประเภทสอง เกือบทุกคนยังไว้ผมทรงสั้นและมีเพียงหนึ่งรายเท่านั้นที่ไว้ผมยาวและใช้เครื่องสำอางแต่งหน้า ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 8 รายกำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายและอีกหนึ่งรายกำลังศึกษาอยู่ในระดับอุดมศึกษา ผู้ให้ข้อมูลทุกรายมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตชนบท พักอาศัยและอยู่ในการอุปการะของบิดาและมารดา ผู้ให้ข้อมูล 2 รายมีรายได้พิเศษจากการทำงานนอกเวลาเรียน ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 7 รายรับประทานยาฮอร์โมนเพื่อเสริมอัตลักษณ์ความเป็นหญิงอย่างน้อยหนึ่งรายการของยาดังต่อไปนี้ ได้แก่ ยาคุมกำเนิดสูตรผสม (Ethinyl estradiol และ Cyproterone) ยาไซโปรเทอโรน (Cyproterone) ยาฮอร์โมนเพศหญิงชนิดเดียว (Estradiol valerate) โดยยาฮอร์โมนเหล่านี้ผู้ให้ข้อมูลซื้อจากร้านยาและเว็บไซต์ นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 2 ราย ได้ใช้ยาแบบฉีด 3 รายการ ได้แก่ ยาฉีดสูตรผสม (Progesterone และยา Estradiol benzoate) ยาฉีดเอสโตรเจนชนิดเดียว (Estradiol valerate) และยาฉีดโปรเจสทินชนิดเดียว (Hydroxyprogesterone) โดยผู้ให้ข้อมูลหนึ่งรายรับบริการฉีดยาที่คลินิกแพทย์ ส่วนอีกหนึ่งรายมีเพื่อนคอยฉีดยาให้ ในการศึกษานี้มีผู้ให้ข้อมูล 2 รายปฏิเสธการรับประทานยาฮอร์โมนใดๆ เนื่องจากไม่ต้องการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกาย ข้อมูลเกี่ยวกับยาฮอร์โมนได้มาจากรุ่นพี่หรือเพื่อนสาวประเภทสอง และจากการรีวิวบนเว็บไซต์โดยสาวประเภทสองที่มีชื่อเสียงหรือเน็ตไอดอลต่าง ๆ นอกจากนี้ข้อมูลเกี่ยวกับยาฮอร์โมนยังได้รับเพิ่มเติมจากการพูดคุยผ่านไลน์แอปพลิเคชันระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้ขายยาออนไลน์ที่เป็นสาวประเภทสอง

ในการศึกษานี้ ผู้ให้ข้อมูลไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับคลินิกสุขภาพบุคคลข้ามเพศที่จัดตั้งขึ้นในเขตพื้นที่จังหวัดขอนแก่น และเสนอความต้องการบริการสุขภาพสำหรับสาวประเภทสอง ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 4 ประเด็น คือ (1) บริการสุขภาพเฉพาะสำหรับสาวประเภทสอง (2) คุณลักษณะของผู้ให้บริการ ณ สถานบริการสุขภาพสำหรับสาวประเภทสอง (3) การบริการสุขภาพเกี่ยวกับยา ณ ร้านยาในชุมชน และ (4) ความต้องการอื่นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพองค์รวมของสาวประเภทสอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 บริการสุขภาพเฉพาะกลุ่มสาวประเภทสอง

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 9 ราย ต้องการบริการสุขภาพเฉพาะสำหรับสาวประเภทสองและกลุ่มแอลจีบีที (LGBT: lesbian, gay, bisexual and transgender) ซึ่งอาจจะอยู่ในรูปเป็นคลินิกเฉพาะหรือในโรงพยาบาล การบริการทางสุขภาพที่ผู้ให้ข้อมูลได้เสนอไว้ ได้แก่ บริการให้ความรู้เรื่องยาฮอร์โมน การปฏิบัติตัวเมื่อใช้ยาฮอร์โมน และการเสริมสร้างทักษะทางสังคม ได้แก่ ทักษะการสื่อสารกับคนในครอบครัวเกี่ยวกับเพศสภาพและความต้องการการใช้ยาฮอร์โมนเพื่อเสริมอัตลักษณ์ความเป็นหญิงของตน และทักษะชีวิตอื่น ๆ สำหรับสาวประเภทสอง ดังตัวอย่างข้อความจากผู้ให้ข้อมูล 3 รายนี้ คือ

“อยากให้คลินิกแบบนี้ ให้ความรู้เรื่องยาฮอร์โมน วิธีใช้ยา การใช้ชีวิตประจำวันให้มันตอบสนองต่อยา ดูแลรับประกันได้ผลจริง” พรตตี อายุ 17 ปี

“อยากให้มีคลินิกสำหรับสาวสอง เพราะพวกนี้นั้นเยอะนะคะ อยากให้รัฐบาลเขาเห็นใจว่าเราเป็นประชากร กลุ่มหนึ่ง กลุ่มน้อย จังหวัดละที่ก็ได้ เล่น ๆ อย่างน้อย ๆ เป็นที่ปรึกษาให้สำหรับสาวสองอะไรแบบนี้เลยคะ ... อยากให้มีทุกอย่างในคลินิก เช่น การบริการให้ไปคุยกับพ่อแม่ยังไง การพูดคุย การใช้ชีวิต การวางตัวในสังคม แบบนี้คะ” หนูนา อายุ 18 ปี

“ถ้าที่ไทยมีคลินิกแอลจีบีที [LGBT] ก็คงดี เพราะที่ต่างประเทศกว่าจะเทค [take: รับประทาน] ฮอร์โมนได้ เขาต้องปรึกษาหมออะไรแบบนี้ เยอะแยะเลย ไม่เหมือนบ้านเราเราซื้อกินเองได้ [หัวเราะ] ... ยูทูบเบอร์ต่างประเทศที่หนูติดตาม กว่าเขาจะได้เทค [take] ยา ต้อง แบบ ต้องปรึกษาหมอหลายอย่าง” แนนซี่ อายุ 16 ปี

นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 3 ราย ยังแสดงความต้องการให้มีบริการตรวจระดับฮอร์โมนในกระแสเลือด สถานะการทำงานของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาอันได้แก่ ตับและไต และเน้นย้ำเกี่ยวกับการยกเว้นค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ

“อยากให้มียา เอาแค่ว่าเสริมฮอร์โมนเพศหญิงก็ได้ มีการตรวจฮอร์โมนฟรี จ่ายคนละครั้งก็ยังดี อะไรแบบนี้ ตรวจค่าระดับฮอร์โมน เพราะการตรวจฮอร์โมนตามคลินิกเอกชน ค่าใช้จ่ายมันยังสูงมาก แบบนี้ 500-600 บาทเลยนะคะ พี่เล่าให้ฟัง เพราะเขาอยากเทค [take] ให้มันถูก [ต้อง] หนูว่ามันดีเพราะว่ามันจะได้รู้ว่าเราเทค [take] ได้ถูกต้อง มันแมท [match: เหมาะ หรือเข้ากัน] กับร่างกาย” หนูนา อายุ 18 ปี

“อยากตรวจฮอร์โมนว่าปกติไหม อยากให้คลินิกบริการสาวสองมีการตรวจฮอร์โมนฟรีคะ เพราะจะได้รู้ระดับฮอร์โมน” นุ่มนัม อายุ 17 ปี

“บริการฉีดยาฟรี วัดค่าตับและไต ให้คำปรึกษา บริการติดตามการรักษาเหมือนพี่ ๆ ที่เขาติดตามเราตอนนี้” เลล่า อายุ 18 ปี

ถึงแม้ว่า ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 9 ราย ต้องการบริการสุขภาพให้แก่สาวประเภทสอง แต่มีผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเสริมมุมมองที่แตกต่างอีกด้านหนึ่งเกี่ยวกับการใช้จ่ายงบประมาณของรัฐ โดยกล่าวว่า ทางรัฐบาลควรใช้งบประมาณการรักษาพยาบาลกับผู้ป่วยรายอื่นที่มีความจำเป็นมากกว่าตนเอง

“เอาจริง ถ้ามีให้บริการสุขภาพสำหรับสาวประเภทสอง จริง ๆ มันก็ดีนะคะ แต่ว่าเขาควรจะเข้าใจว่าตัวเขา มันไม่ได้[ราคา]ถูกขนาดนั้น ไม่ใช่ยาพารา[เซตามอล] ห้าบาท สิบบาท ที่เราจะมาแจกเหมือนแจกยาพารา[เซตามอล] หนูคิดว่าการจะทำอะไรสักอย่างมันต้องลงทุน แต่ถ้าเราไม่มีเราก็ค่อย ๆ ก็ได้คะ หนูไม่ได้อยากเร่งรัดให้เขาแจกยา เรานะ ไม่ใช่อยากสวจนไม่มีสติ อะไรอย่างนี้ แต่อยากให้คิดนิดหนึ่งว่า เงินที่เอามาซื้อให้พวกเรา อาจจะทำประโยชน์ให้กับคนอื่นมากกว่าที่จะมาแจกให้เรา ... แต่ถ้ามีองค์กรไหนที่ อยากจะสนับสนุนเราจริง แจกเราจริง หนูก็โอเค ยินดีด้วย หนูก็พร้อม แต่ถ้าโยงถึงหน่วยงานทางการแพทย์ ราชการ เรื่องเงิน เรื่องงบประมาณอย่างนี้ หนูไม่อยากให้มาเสียเวลา เสียเงิน หรือเสียงบประมาณกับทางพวกเรา เอาไปรักษาคนที่ แบบ ป่วยจริง ๆ ที่เขาไม่ไหวจริงๆ อะไรอย่างนี้มากกว่า ดีกว่าคะ” เลล่า อายุ 18 ปี

ประเด็นที่ 2 คุณลักษณะของผู้ให้บริการ ณ สถานบริการสุขภาพสำหรับสาวประเภทสอง

ในการศึกษานี้ ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 5 ราย กล่าวถึงบุคลากรที่จะมาให้บริการในงานบริการสุขภาพสำหรับสาวประเภทสอง โดยเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวกับเพศสภาพของผู้ให้บริการและคุณสมบัติเฉพาะของผู้ให้บริการ ดังนี้คือ ผู้ให้บริการควรเป็นผู้ที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับความหลากหลายของเพศสภาพ และไม่จำกัดเพศของผู้ให้บริการว่าจะเป็นเพศชาย เพศหญิง หรือเพศที่สาม

“คนดูแล เป็ดรับ ใจกว้าง [ลากเสียงยาว] เข้าใจ ต้องเข้าใจครับ... เพศชายหญิงก็ได้ ขอให้เข้าใจแอลจีบีที [LGBT] กลุ่มนี้ใหญ่มากต้องการบริการต่าง ๆ เพื่อเสริมความมั่นใจ” พรตต์ อายุ 17 ปี

“อยากได้คลินิกแอลจีบีที [LGBT] ที่มีสาวประเภทสอง [เป็นผู้ให้บริการ] แบบ จะได้เปิดใจคุยกัน ไม่เกร็ง ถ้ามีหมอผู้ชาย หมอผู้หญิง แบบ มันไม่เข้าใจคะ หนูว่า มันไม่เข้าใจเหมือนที่พวกเราเข้าใจกัน เพศที่สาม แบบนี้แหละคะ ที่เข้าใจกันง่าย จะมีผู้หญิงเข้าใจสาวประเภทสองบ้าง มีหมอผู้ชายที่เปิดรับฟังความต้องการ ความอะไรของเราบ้าง” ใบไผ่ อายุ 19 ปี

“ควรมีความเข้าใจสาวประเภทสอง มีความรู้เกี่ยวกับฮอร์โมน เฟรนด์ลี่ [friendly: เป็นมิตร] ไม่เครียด ไม่เครียดเหมือนการรักษาพยาบาลทั่วไป แบบ แบบว่า บางคนเขาเพิ่งรู้ตัว ก็ควรเฟรนด์ลี่ [friendly] กับเขา” แนนซี่ อายุ 16 ปี

ผู้ให้ข้อมูลท่านหนึ่งได้ปฏิเสธผู้ให้บริการที่มีเพศสภาพเป็นชาย เนื่องจากมีความรู้สึกเขินอายต่อบุรุษเพศซึ่งมาจากความรู้สึกเบี่ยงลึกของตนเองที่เป็นหญิงสาว

“สาวสองพวกเราก็คงอยากไปหาหมอให้ตรงประเภท ... คนให้บริการ เป็นสาวสองบ้าง หมอผู้หญิงบ้าง ไม่อยากให้เป็นผู้ชาย อาจจะเขินนิดหนึ่ง” เนเน่ อายุ 19 ปี

ประเด็นที่ 3 การบริการสุขภาพเกี่ยวกับยา ณ ร้านยาในชุมชน

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 5 ราย กล่าวถึง ร้านยาในชุมชนที่เป็นแหล่งกระจายยาที่ใช้ในการเสริมอัตลักษณ์ความเป็นหญิง ได้แก่ ยาคุมกำเนิด ยาฮอร์โมนเพศหญิง ยาต้านการทำงานของฮอร์โมนเพศชาย แต่อย่างไรก็ตาม ร้านยากลับถูกมองว่า เป็นแหล่งที่มีได้เกื้อหนุนความต้องการในการเสริมอัตลักษณ์ความเป็นหญิง เนื่องจากราคาที่

ค่อนข้างสูง โดยเฉพาะยาต้านการทำงานของฮอร์โมนเพศชายเมื่อเปรียบเทียบกับ การซื้อยาจากเว็บไซต์ และเป็นเว็บไซต์ที่มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับการใช้ยาฮอร์โมนที่ดำเนินการโดยรุ่นพี่สาวประเภทสอง

“ยาไซโปรเทโรน [Cyproterone] ยาฮอร์โมนเพศหญิง [Estradiol valerate] สั่งจากเพจ จากจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เป็นร้านยาฮอร์โมนออนไลน์ ที่ร้านยาแถวโรงเรียนมีชายยาไซโปรเทโรน แต่ 750 [บาท] ยาฮอร์โมนเพศหญิง 250 [บาท] ว่าแพงไป” หนูนา อายุ 18 ปี

แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 2 ราย กล่าวว่า ร้านยาเป็นแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างปลอดภัย และเห็นคุณค่าของร้านยาในมุมมองที่เกี่ยวกับสิทธิเสรีภาพในการเข้าถึงยาและการมีอำนาจในการเลือกใช้รายการยาที่มีความเหมาะสมกับร่างกายของตนเอง

“ร้านยาบอกว่า กินยาคุมมันไม่ตินะ ให้กินยาฮอร์โมนเพศหญิง [Estradiol valerate] ร้านยาบอกอย่างนี้เป็นฮอร์โมนเอสโตรเจน ... บริการร้านยาก็ตีนะคะสำหรับสาวสอง แต่ค่ายาอาจจะแพงไป ประมาณนี้คะ” เนเน่ อายุ 19 ปี

“อยากซื้อยากินเองดีกว่า เพราะคนที่กลัวหมอก็มี คนที่อยากปรึกษาก็มี แต่หนูว่า แบบเลือกซื้อเองดีกว่า กลัวว่าหมอยาจะแนะนำอีกแบบ เราอยากได้อีกแบบ โดนแนะนำอีกแบบคะ แบบมันไม่เข้ากับตัวเรา” ใบไผ่ อายุ 18 ปี

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 2 ราย กล่าวถึงความสำคัญของความเป็นส่วนตัวขณะที่รับบริการที่ร้านยา

“ที่ร้านยา หนูแค่ไปซื้อฮอร์โมนเพศหญิงอะคะ แต่ว่า มัน หนูก็เข้าใจร้านขายยานะคะ ว่าวันหนึ่ง มีคนเข้าไปใช้บริการเยอะ เขาอาจจะเจอลูกค้ามากหน้าหลายตา เขาอาจจะไม่วางคูกับเราก็ได้คะ บางครั้งเราก็ไม่อยากไปรบกวนเขาขนาดนั้น เพราะเขาอาจจะไม่ใช่เพื่อนที่ดีที่สุดสำหรับเรา เขาอาจจะเป็นคนแค่ในหนึ่งเดือนที่เราเดินเข้าไปเหยียบร้านเขา ไปซื้อยาเขาก็แค่นั้นเองคะ” เลล่า อายุ 18 ปี

“ปรึกษาเรื่องยา หนูไม่เคยคิดเรื่องจะปรึกษาเลยตอนนี้เพราะไม่มีปัญหาอะไร แต่ถ้าจะปรึกษา หนูก็อยากจะปรึกษาเภสัชกรที่ร้านยา ถ้ามีโอกาสก็อยากถามเรื่องฮอร์โมน แต่ คง ... ร้านพี่เขาคนเยอะ คนใช้ประจำเยอะ มาบ่อย ๆ มันไม่ส่วนตัว” หนูนา อายุ 18 ปี

ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง ยังเสนอว่า เภสัชกรที่ร้านยาควรแสดงบทบาทในการติดตามปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาฮอร์โมนให้แก่สาวประเภทสอง ตัวอย่างเช่น ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ช่วยประเมินและปรับขนาดยาให้ลูกค้าสาวประเภทสองที่รับประทานยาฮอร์โมนเพศ

“ร้านยา น่าจะให้ความรู้เรื่องยาฮอร์โมน เขาเคยให้ความรู้เกี่ยวกับฮอร์โมน การติดตามยาที่ร้านยาก็ตีนะคะ ใช้อย่างดีไหม มีเอดีอาร์ [ADR: adverse drug reactions] ไหม และถ้าใช้ยาฮอร์โมนแล้ว ควรช่วยปรับยาให้ด้วยว่าควรกินเท่าใด ถ้าคุณแพ้ควรกินเท่าไร ถ้าปรับได้ก็ปรับให้อย่างจู้ น่ะคะ จะได้เหมาะกับแต่ละคน เพราะร่างกายแต่ละคนไม่เหมือนกัน จะเทค [take] ต่างกัน ประมาณนี้ ที่ร้านยาจะดีกว่าโรงพยาบาล เพราะเข้าถึงได้ง่าย” ลิลลี่ อายุ 19 ปี

ประเด็นที่ 4 ความต้องการอื่นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของครอบครัวของสาวประเภทสอง

ในช่วงสุดท้ายของการสัมภาษณ์ เนื่องจากผู้วิจัยตระหนักถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพอื่น ๆ ที่ยังไม่ได้รับการกล่าวถึง และเป็นสิ่งที่มีผลกระทบต่อการเข้ารับบริการสุขภาพของสาวประเภทสอง เช่น ขนบธรรมเนียมและวัฒนธรรม การคมนาคม เป็นต้น ผู้วิจัยจึงได้ตั้งท้ายด้วยคำถามถึงสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการเสนอแนะเพิ่มเติม ในการศึกษา พบว่า ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 3 ราย ได้กล่าวถึงประเด็นที่เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตที่มีความเกี่ยวเนื่องกับสุขภาพครอบครัว โดยเฉพาะมิติด้านจิตใจและมิติด้านสังคมของสาวประเภทสอง อันได้แก่ การขอพื้นที่ในสังคมและความเข้าใจเกี่ยวกับเพศสภาพ

“หนูขอ อยากให้ทุกมหาวิทยาลัย คนในโลก คนในประเทศให้เปิดใจยอมรับแอลจีบีที [LGBT] รวมทั้งสาวประเภทสอง เพราะเขาก็เป็นคนกลุ่มหนึ่งที่เขาสรางความบันเทิงให้ประเทศ น่าจะเป็นแบบนี้ เขาเป็นแบบนี้ เขาก็ไม่ใช่ แบบ เขา เกเรทุกคน การศึกษาเขาก็ได้ ความคิดเขาอาจจะเหนือกว่า ขอแค่เปิดรับ” ใบไผ่ อายุ 19 ปี

“ในประเทศไทย ยังไม่ได้เปิดโลกกว้าง เพราะฉะนั้น ถ้ากอล์ฟผมยาว แล้วไปเรียนต่อในมหาวิทยาลัย คือในมหาวิทยาลัย เอ้อ มันไม่ ไม่ค่อยจะมีกฎเกณฑ์เรื่องทรงผม แล้วพอเราไปทำงานปั๊บ เขาอาจจะไม่รับเรา แบบนี้ครับ ก็เครียดมากที่จะเปลี่ยนตัวเองไปทางนั้นสั้นเชิง เรามองหา ดูข้อดีข้อเสีย แล้วเราก็ ที่นี้ ก็เลยเห็นว่า กอล์ฟควรที่จะเป็นแบบนี้แหละ ไม่ควรที่จะไปเปลี่ยนแปลงอะไรเลย ภายในสังคมแอลจีบีที [LGBT] เขาเปิดกว้างกัน แต่ในสังคมภายนอกเขายังไม่เปิดรับ หน่วยงานกระทรวงต่าง ๆ เขาก็ยังไม่ค่อยยอมรับเท่าไร ... ถึงสังคมเราจะไม่ได้เปิดให้ทุกคนได้อย่างเท่าเทียมกัน กอล์ฟอยากจะ ให้ทุกคนเปิดใจที่จะยอมรับ ว่าเราควรยอมรับและผลักดันให้ทุกคนมีสิทธิและเสรีภาพเท่าเทียมกัน ชายจริงหญิงแท้ ผมยาวผมสั้นควรที่จะวัดเขาด้วยความสามารถ แล้วก็นำความสามารถของเขาไปพัฒนาองค์กรให้ดีขึ้น” กอล์ฟ อายุ 17 ปี

“สำหรับคนที่ยังไม่เปิดใจรับคนกลุ่มนี้ ก็ขอให้ทำใจเปิดรับไปเรื่อย ๆ อย่าไปบีบบังคับไม่ให้เขาเป็นตัวของตัวเอง เพราะมันจะทำให้เขา และคนรอบข้าง” พรตดี อายุ 17 ปี

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 2 ราย กล่าวว่า ครูที่โรงเรียนควรมีการให้ความรู้ความเข้าใจแก่เด็กนักเรียนเกี่ยวกับความหลากหลายทางเพศสภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาการล้อเลียนเรื่องเพศสภาพ โดยเฉพาะโรงเรียนในสังคมชนบท ดังนี้คือ

“งานอนามัยโรงเรียนก็อยากให้มีความเกี่ยวกับเรื่องเพศสภาพ มีการล้อเลียน เพราะในโรงเรียนมีหลายเพศ หนูเคยผ่านประสบการณ์แบบนี้” ลิลลี่ อายุ 19 ปี

“อยากให้เพิ่มในรายวิชาสุขศึกษาไปเลย อะไรแบบนี้ค่ะ ให้ แบบ อย่าเขาครูเก่า ๆ ไปสอน เพราะว่ามันดึกดำบรรพ์นะคะ อยากให้ครูใหม่ ๆ ไปสอนเด็กเกี่ยวกับเพศที่สาม อยู่ในสังคมให้มันกลมกลืนไปเลย เขาเรียกว่าอะไร มีความเท่าเทียมกันให้ถึงที่สุดค่ะ มีหลักสูตรแบบบอกว่า ไม่ใช่มีแค่เพศชายหรือเพศหญิงนะคะ” หนุณา อายุ 18 ปี

นอกจากนี้ มีผู้ให้ข้อมูลจำนวนหนึ่งราย กล่าวถึง ความคาดหวังให้คนทั่วไปในสังคมเปิดใจต่อผู้ที่มีความสัมพันธ์เชิงคู่รักกับสาวประเภทสองด้วย มิใช่เปิดใจยอมรับแต่กลุ่มเพศที่สามเท่านั้น

“หนูไม่เคยโดนบูลลี่ [Bully: ล้อเลียน] แต่หนูว่า คนที่จะถูกบูลลี่จะเป็นแฟนเรา อยากให้
สังคมใจกว้าง เปิดใจยอมรับ” นุ่มนัม อายุ 17 ปี

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

เนื่องจากในประเทศไทยยังมีการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการบริการสุขภาพเฉพาะกลุ่มสาวประเภทสองไม่มากนัก การศึกษานี้จึงเป็นการศึกษาที่ให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับความต้องการบริการสุขภาพเฉพาะกลุ่มสาวประเภทสอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยรุ่นตอนต้นซึ่งเป็นช่วงวัยที่เป็นจุดเริ่มต้นของการใช้ยาฮอร์โมน ในการศึกษาพบว่ามีผู้ให้ข้อมูลต้องการให้มีการให้ความรู้เรื่องยาฮอร์โมนที่ถูกต้อง การปฏิบัติตัวเมื่อใช้ยาฮอร์โมน จากบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้ยังต้องการมีทักษะทางสังคม ได้แก่ ทักษะการสื่อสารกับคนในครอบครัว เกี่ยวกับเพศสภาพ และความต้องการการใช้ยาฮอร์โมนเพื่อเสริมอัตลักษณ์ความเป็นหญิงของตน และทักษะชีวิตสำหรับการเป็นสาวประเภทสองอีกด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ให้ข้อมูลต้องการให้บุคลากรที่ให้บริการนั้นควรมีความรู้ความเข้าใจถึงความหลากหลายทางเพศสภาพ สถานบริการสุขภาพสำหรับสาวประเภทสองที่เพียงพอและกระจายอยู่ในทุก ๆ จังหวัด การบริการตรวจวัดระดับฮอร์โมนเพศและการทำงานของตับและไต

การศึกษานี้มีข้อค้นพบที่คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Yimprasert (2019) ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสถานบริการสุขภาพที่ร้านยาในชุมชน ได้แก่ ร้านยาเป็นจุดบริการสุขภาพที่มีความใกล้ชิดกับกลุ่มสาวประเภทสอง แต่ในการศึกษานี้ได้ค้นพบข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับความคาดหวังของสาวประเภทสองต่อการบริการทางเภสัชกรรม โดยบริการดังกล่าวนี้ได้แก่ การให้คำแนะนำการใช้ยาฮอร์โมน การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการปรับขนาดยาฮอร์โมนให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังค้นพบสิ่งที่ท้าทายสำหรับเภสัชกรที่ปฏิบัติงาน ณ ร้านยาในชุมชน ก็คือ ร้านยายังไม่มีบริเวณที่มีความเป็นส่วนตัวสำหรับสาวประเภทสองขณะเข้ารับบริการปรึกษาเรื่องยา นอกจากนี้ยาฮอร์โมนที่จำหน่าย ณ ร้านยามีราคาสูงกว่าร้านยาในอินเทอร์เน็ตซึ่งเป็นการจำหน่ายยาที่ผิดกฎหมาย ดังนั้น เภสัชกรผู้ปฏิบัติงาน ณ ร้านยาในชุมชน ควรจัดให้มีบริเวณที่เป็นส่วนตัวสำหรับการเข้ารับคำปรึกษาเรื่องยาหรือเปิดช่องทางสำหรับการสื่อสารเรื่องยาสำหรับวัยรุ่นสาวประเภทสอง อบรมเพื่อเพิ่มความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสาวประเภทสอง ฝึกทักษะการสื่อสารกับสาวประเภทสอง และดูแลติดตามการใช้ยาฮอร์โมนของวัยรุ่นสาวประเภทสองต่อไป

การศึกษานี้พบประเด็นที่คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Nikratok & Nililwarangkul (2014) ซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากชุมชน หน่วยงาน และเครือข่ายทางสังคมในการแก้ไขปัญหา ได้แก่ การทัศนคติทางจิตใจในรูปการณ์ล้อเลียนเรื่องเพศสภาพ และความไม่เข้าใจความหลากหลายทางเพศสภาพ ซึ่งเป็นประเด็นที่มีผลกระทบต่อสุขภาพองค์รวม โดยเฉพาะในมิติด้านจิตใจและมิติด้านสังคมของสาวประเภทสอง และสามารถก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพกับสาวประเภทสองต่อไปในอนาคต

การนำผลการวิจัยไปใช้

สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และผู้กำหนดนโยบายเกี่ยวกับสุขภาพ ควรมีการเตรียมบุคลากรทางการแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะในการดูแลรักษาผู้ที่มีเพศสภาพหลากหลาย จัดตั้งคลินิกบริการสุขภาพในทุกพื้นที่ที่สาวประเภทสองสามารถเข้าถึงได้ง่ายและเพื่อให้การใช้ยาฮอร์โมนของสาวประเภทสองอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์และเภสัชกร รวมทั้งวางแผนจัดตั้งเครือข่ายในการดูแลสุขภาพด้านยากับร้านยาในชุมชนเพื่อให้เกิดการใช้ยาสมเหตุผลและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากการใช้ยาฮอร์โมน นอกจากนี้ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกบริการ

สุขภาพสาวประเภทสองควรได้รับการฝึกอบรมให้มีความรู้และเข้าใจความหลากหลายของเพศสภาพและปฏิบัติต่อสาวประเภทสองอย่างให้เกียรติและเป็นมิตร

ครูอาจารย์ในโรงเรียน ผู้นำชุมชน หรือหน่วยงานที่มีสมาชิกในชุมชนเป็นบุคคลที่มีสาวประเภทสอง ควรจัดให้มีการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเพศสภาพที่หลากหลาย รวมทั้งการเคารพคุณค่าของความเป็นมนุษย์โดยไม่มีการแบ่งแยกเพศสภาพ เพื่อลดการทารุณกรรมทางจิตใจที่อยู่ในรูปการล้อเลียน ที่อาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพองค์รวมของของสาวประเภทสองต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพที่มีคุณลักษณะเฉพาะตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูล และบริบทที่ผู้ให้ข้อมูล ผลการศึกษาเหล่านี้ไม่สามารถนำไปอ้างอิงกลุ่มประชากรสาวประเภทสองที่อยู่ในช่วงอายุอื่น หรือ ที่อาศัยในบริบทอื่น ๆ ดังนั้น การนำประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ในการศึกษานี้ไปทำการศึกษาในเชิงปริมาณ เช่น การวิจัยเชิงสำรวจ การวิจัยเชิงทดลอง การวิจัยเชิงผสมผสาน จะทำให้เห็นความต้องการบริการสุขภาพที่ชัดเจนขึ้นและนำไปอ้างอิงกลุ่มประชากรและทำนายพฤติกรรมในการเข้ารับบริการสุขภาพของสาวประเภทสองรวมถึงการใช้ยาฮอร์โมนต่อไป จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยพบว่าการเข้าถึงกลุ่มสาวประเภทสองที่เป็นวัยรุ่นตอนต้นเป็นไปด้วยความยากลำบาก ดังนั้น ผู้วิจัยที่มีความสนใจทำวิจัยร่วมกับประชากรกลุ่มนี้จึงต้องวางแผนและขอความร่วมมือจากผู้ประสานงานในพื้นที่อย่างมาก นอกจากนี้ในการสัมภาษณ์ประชากรกลุ่มนี้ ผู้วิจัยต้องมีความยืดหยุ่นและไวต่อความรู้สึกเนื่องจากผู้เข้าร่วมวิจัยอาจจะมีอาการหงุดหงิดเนื่องจากอาการข้างเคียงจากการใช้ยาฮอร์โมน หรือสัญญาณอินเทอร์เน็ตที่ไม่เสถียร อีกทั้งผู้ให้ข้อมูลสาวประเภทสองมักใช้ภาษาเฉพาะและใช้คำทับศัพท์ภาษาอังกฤษ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงขอเสนอให้ผู้วิจัยที่จะทำงานวิจัยเกี่ยวข้องกับสาวประเภทสองได้มีการฝึกสัมภาษณ์ก่อนเก็บข้อมูลจริงเพื่อให้คุ้นเคยกับภาษาที่ทางกลุ่มสาวประเภทสองใช้พูดสื่อสารกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ผู้ให้ทุนวิจัยสำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ รวมทั้งผู้ประสานงานในพื้นที่และผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่เสียสละเวลาและข้อมูลส่วนตัว เพื่อเป็นข้อมูลในการดูแลสุขภาพของกลุ่มสาวประเภทสองต่อไป

References

- Bourns A. 2019. Guideline for gender-affirming primary care with trans and non-binary patients. Retrieved December 20, 2021 from <http://www.transforumquinte.ca/downloads/Guidelines-and-Protocols-for-Comprehensive-Primary-Care-for-Trans-Clients-2019.pdf>
- Bongsebandhu-phubhakdi, C. (2021). Transgender children and adolescents. In: Voranaddha Vacharathit, V., Ratanalert, W., & Samitpol, K. (editor). *Thai handbook of transgender healthcare services*. Retrieved December 20, 2021 from <https://ihri.org/wp-content/uploads/2021/09/The-Thai-Handbook-of-Transgender-Healthcare-Services.pdf>
- Braun, V. & Clarke V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3: 77–101.
- Chirawatkul, S. (2010). *Qualitative research in health sciences*. Bangkok: Wiriapat. (in Thai)
- Nikratok, P. & Nilwarangkul, K. (2014). Maltreatment in male-to-female trans adolescents. *Journal of Nursing and Health Care*, 31(4): 61-69. (in Thai).
- Samakkeekarom, R., Ratlerdkarn, S., Sinchai, K., Jullawat, K., Sangnak, N., & Taesombat, J. (2019). The use of hormone therapy among trans-women students in governmental and private universities. *Quality of Life and Law Journal*, 15(1): 48–66. (in Thai)
- Thrisuwan, H. (2018, July 13). “first-hand experiences of transgender people for using universal healthcare scheme for sex assignment”. *BBC Thailand*. <https://www.bbc.com/thai/thailand-44822766> (in Thai)
- Yimprasert, D. (2019). *Survey of knowledge, attitudes and behaviors in use of sex hormones for male-to-female transition by transgender women* (Master’s thesis, Naresuan University, Thailand). Retrieved December 20, 2021 ThaiLis database. (in Thai)
- World Professional Association for Transgender Health. (2012). *Standard for care for the health of transsexual, transgender, and gender non-conforming people*. Retrieved December 20, 2021 from https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_English2012.pdf?t=1613669341
- Seal, L. J. (2017). The transgender handbook. In: Bouman, W.P., Arcelus, J. (editors). *The transgender handbook*. New York: Nova Science Publishers, Incorporated.
- Wainipitapong, S. & Ketumarn, P. (2021). Diagnosis of gender dysphoria. In: Voranaddha Vacharathit, V., Ratanalert, W., & Samitpol, K. (editor). *Thai handbook of transgender healthcare services*. Retrieved December 20, 2021 from <https://ihri.org/wp-content/uploads/2021/09/The-Thai-Handbook-of-Transgender-Healthcare-Services.pdf>
- World Health Organization. (2010). *Universal Coverage Scheme in Thailand: Equity Outcomes and Future Agendas to Meet Challenges*. Retrieved December 20, 2021 from https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-financing/technical-briefs-background-papers/whr-2010-background-paper-43.pdf?sfvrsn=8f53065a_3&download=true

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: Feb.2,2021

Revised: Oct. 14,2022

Accepted: Oct. 22,2022

Published: Oct. 28, 2022

ความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างการติดสื่อโซเชียลมีเดียกับภาวะซึมเศร้าและ
วิตกกังวลในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกตรวจโรคเวชศาสตร์ครอบครัว

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

Prevalence and the Relationship between Social Media Addiction
with Depression and Anxiety among Older Adults at Family Medicine
Clinic in Phramongkutklao Hospital, Bangkok, Thailand

พิธาน จินดาวัฒนวงศ์, กุลเชษฐ เกษะโกมล, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ

กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

Pitan Jindawattanawong, Kulachet Kesakomol, Patsri Srisuwan

Outpatient department, Phramongkutklao Hospital.

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างการติดสื่อโซเชียลมีเดียกับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่คลินิกตรวจโรคเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ระหว่างเดือนเมษายน ถึง กรกฎาคม 2563 โดยวิธีสุ่มจำนวน 300 คน เครื่องมือที่ใช้วิจัย คือ แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการติดสื่อโซเชียลมีเดีย และแบบสอบถามวัดอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย หาความสัมพันธ์โดยสถิติไคส แครวค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสมการถดถอยโลจิสติกส์

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 66.04 ± 5.06 ปี ใช้งานสื่อโซเชียลมีเดียเฉลี่ย 2.21 ± 1.3 ชั่วโมงต่อวัน มีความชุกของการติดสื่อโซเชียลมีเดียระดับความเสี่ยงสูงร้อยละ 5 ความชุกของภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลร้อยละ 9 และ 12.3 ตามลำดับ ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการติดสื่อโซเชียลมีเดียกับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลเท่ากับ $-0.248 (P < 0.001)$ การทดสอบด้วยสมการถดถอยโลจิสติกส์พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการติดสื่อโซเชียลมีเดียในระดับความเสี่ยงต่ำ จะมีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงการติดสื่อโซเชียลมีเดียระดับปานกลาง และระดับสูง 15.13 เท่า และ 6.08 เท่า ตามลำดับ

สรุปการติดสื่อโซเชียลมีเดียกับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่ก็พบปัจจัยอื่นๆที่อาจมีผลต่อภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลด้วย เช่น โรคประจำตัว ปัญหาครอบครัว ปัญญาหาเศรษฐกิจและสังคม เป็นต้น ดังนั้นควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการใช้สื่อโซเชียลมีเดียที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ: การติดสื่อโซเชียลมีเดีย, ภาวะซึมเศร้า, ภาวะวิตกกังวล, ผู้สูงอายุ

Corresponding author: พิธาน จินดาวัฒนวงศ์ Email: pitan_rx14@hotmail.com

Original article

Abstract

Received: Feb.2,2021

Revised: Oct. 14,2022

Accepted: Oct. 22,2022

Published: Oct. 28, 2022

The objective of this cross-sectional study was to investigate the prevalence of social media addiction, and the association between social media addiction with depression and anxiety conditions among elderly patients. The data was collected from the 300 patients aged 60 years or older whom used medical services at the family medicine clinic in the Phramongkutklao Hospital in Bangkok, Thailand between 1st April 2020 and 31st July 2020. The research instruments were the general information questionnaires, including the social media addiction test (S-MAT) and the Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS). The data was analyzed using descriptive statistics (number, percentage, average). The relationship between social media addiction with depression and anxiety conditions were analyzed by Chi-square statistics, Pearson correlation coefficient, and logistic regression analyses.

The results showed that the sample group had an average age of 66.04 ± 5.06 years (mean $\pm$ SD) , used social media on average 2.21 ± 1.30 hours per day. The prevalence of high-risk social media addiction, depression, and anxiety conditions were 5%, 9% and 12.3% respectively. The Pearson's correlation coefficient between S-MAT and Thai HADS score was -0.248 ($p < 0.001$) The logistic regression analysis showed that participants with low-risk social media addiction had an odds ratio for depression and anxiety which were 15.13 times and 6.08 times higher than those with moderate and high risk of social media addiction, respectively.

In conclusion, among the elderly, social media addiction had a statistically significant negative correlation with depression and anxiety conditions. However, other factors may influence the occurrence of depression and anxiety conditions in the elderly such as chronic illnesses, family problems, as well as economic and social problems, and so forth. Further studies on the relationship of social media addiction to depression and anxiety conditions in other elderly patients may provide a suitable approach for utilization of the social media in the elderly.

Keywords: social media addiction, depression, anxiety, older adults

Corresponding author: Pitan jindawattanawong Email: pitan_rx14@hotmail.com

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยใกล้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ซึ่งมีผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วโดยในปี 2560 คิดเป็นร้อยละ 16.7 (National statistical office; NSO, 2018) และพบว่าคนไทยประมาณ 9 แสนคนป่วยเป็นโรคซึมเศร้าและประมาณ 1.6 ล้านคนป่วยเป็นโรควิตกกังวล (Kittirattanapaiboon et al, 2013) และพบสถิติผู้สูงอายุเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 10.1 (Charoensak, Sittironnarit, Satra, Muangpaisan, Srinontprasert, 2018) และโรควิตกกังวลร้อยละ 13.3-25.9 (Udomratn, 2001) ตามลำดับ

การก้าวเข้าสู่ยุคดิจิทัลไทยแลนด์ 4.0 เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารได้ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของคนส่วนใหญ่ จากผลสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในปี 2561 พบว่าผู้สูงอายุมีการใช้สื่อโซเชียลมีเดียผ่านอินเทอร์เน็ตเฉลี่ย 2.51 ชั่วโมงต่อวัน (Electronic Transactions Development Agency; ETDA, 2018) และพบว่าผู้สูงอายุมีการใช้อินเทอร์เน็ตประมาณร้อยละ 24.3 โดยกรุงเทพมหานครและเขตเทศบาลมีการใช้มากที่สุด (NSO, 2018) ซึ่งการใช้สื่อโซเชียลมีเดียเป็นการรวมกลุ่มกันระหว่างบุคคลในสังคมเพื่อแบ่งปันข้อมูล ทำให้การติดต่อสื่อสารมีความสะดวกรวดเร็วมีการศึกษาพบว่าการใช้สื่อโซเชียลมีเดียมากจนเกินไปเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Sirumpankul, 2018) ซึ่งโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (Sadock & Sadock, 2003) มีการศึกษาของ Blazer & Steffens(2009) ในผู้สูงอายุพบว่ามีความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 10.6 และโรควิตกกังวลร้อยละ 14.2

ซึ่งผลกระทบหากผู้สูงอายุเป็นโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลจะทำให้มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง เช่น การฆ่าตัวตายได้(Sadock & Sadock, 2003) โดยมีการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีอัตราการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลลดลงเมื่อมีการใช้สื่อโซเชียลมีเดีย (Shannon & Chen, 2018) และในทางตรงข้ามมีการศึกษาพบว่าผู้ที่ใช้สื่อโซเชียลมีเดียบ่อยเป็นระยะเวลานานมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญ (Ariel S. et al, 2018)

ภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลที่พบในผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่สำคัญและปัจจุบันสื่อโซเชียลมีเดียได้เข้ามามีบทบาทต่อผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาในเรื่องความชุกของการติดสื่อโซเชียลมีเดียและความสัมพันธ์ของการติดสื่อโซเชียลมีเดียกับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุ เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการส่งเสริมหรือป้องกันการติดสื่อโซเชียลมีเดียในผู้สูงอายุและลดการเกิดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของการติดสื่อโซเชียลมีเดีย ภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกตรวจโรคเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการติดสื่อโซเชียลมีเดียกับภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่มารับบริการ ที่คลินิกตรวจโรคเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง(cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่คลินิกตรวจโรคเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในช่วงเดือนเมษายน ถึง กรกฎาคม 2563 มีขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรการคำนวณอ้างอิงการศึกษาของ Pernsungnern, Pornnoppadol, Sitdhiraksa, & Buntub (2014) ได้แก่
$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 P(1-P)}{d^2} = \frac{(1.96)^2 0.236(1-0.236)}{0.05^2}$$
 ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 278 ราย(ระดับความเชื่อมั่น 95%, $\alpha = 0.05$, $Z_{\alpha} = 1.96$, P=ความซุกซุกของการติดสื่อโซเชียลมีเดียร้อยละ 23.6, d=ค่าความผิดพลาดของร้อยละ 5)

มีหลักเกณฑ์ในการเลือกผู้เข้าร่วมงานวิจัย คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และเป็นผู้ใช้สื่อโซเชียลมีเดีย และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลักเกณฑ์ในการคัดบุคคลออกจากงานวิจัย คือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าและ/หรือโรคจิตกักขังที่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาแล้ว หรือผู้ที่ไม่สนใจเข้าร่วมงานวิจัย หรือผู้ที่ไม่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นและจากการทบทวนงานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและรูปแบบของการใช้สื่อโซเชียลมีเดีย มีคำถามจำนวน 14 ข้อ ได้มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการติดสื่อโซเชียลมีเดีย(Social Media Addiction Test; S-MAT) (Pernsungnern, Pornnoppadol, Sitdhiraksa, & Buntub, 2014) มีคำถาม 16 ข้อ เป็นแบบวัดประมาณค่าของ Likert scale ข้อละ 4 ตัวเลือกได้แก่ ไม่ใช้เลย(0คะแนน), ไม่น่าใช้(1คะแนน), น่าจะใช้(2คะแนน), และใช้เลย(3 คะแนน)มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.9 โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ความเสี่ยงระดับต่ำมีเกณฑ์คะแนน 0-15
2. ความเสี่ยงระดับปานกลางมีเกณฑ์คะแนน 16-30
3. ความเสี่ยงสูงมีเกณฑ์คะแนน 31-48

ตอนที่ 3 แบบสอบถามวัดอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย(Thai HADS) แปลจาก Zigmond และ Snaith (Nilchaikovit, Lortrakul, & Phisansuthideth, 1996) ประกอบด้วยคำถาม 14 ข้อ เป็นแบบวัดประมาณค่าของ Likert scale แต่ละข้อมีคะแนน 0-3 คะแนน แบ่งเป็นคำถามสำหรับวัดอาการวิตกกังวล 7 ข้อ(ข้อเลขคี่) มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.86 และคำถามสำหรับวัดอาการซึมเศร้า 7 ข้อ(ข้อเลขคู่) มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.83 การคิดคะแนนแยกเป็นส่วนของการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ามีพิสัยของคะแนนในแต่ละส่วนตั้งแต่ 0-21 คะแนน โดยแบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ

1. 0-7 คะแนน ถือว่าไม่มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า
2. 8-10 คะแนน ถือว่ามีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าแต่ยังไม่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่ชัดเจน
3. 11-21 คะแนน ถือว่ามีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวช

สำหรับการแปลผลในการศึกษาครั้งนี้จะถือคะแนนรวมตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป ว่ามีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกตรวจโรคเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวนทั้งสิ้น 300 ราย ในช่วงเดือนเมษายน ถึง กรกฎาคม 2563 โดย

1. ชี้แจงประชาสัมพันธ์การดำเนินโครงการวิจัยและเชิญชวนโดยมีเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อขอความยินยอมจากอาสาสมัครเพื่อเข้าร่วมงานวิจัยโดยผู้วิจัยเอง
2. มีแนวทางในการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยการเก็บข้อมูลในคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่าน และมีการลงเลขรหัสในแบบสอบถามโดยไม่มีการระบุชื่อ หรือข้อมูลที่จะระบุถึงตัวอาสาสมัครได้

ข้อมูลจะได้รับการตรวจสอบความถูกต้องและบันทึกในรูปแบบของแฟ้มข้อมูลด้วยโปรแกรมSTATA/MP 12 และนำมาวิเคราะห์โดยใช้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เพื่อหาความชุกของการติดสื้อโซเซียลมีเดีย ภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุ
2. สถิติอ้างอิง ได้แก่ สถิติไคสแควร์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและรูปแบบการใช้สื้อโซเซียล มีเดียกับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล,ค่าความสัมพันธ์ของเพียร์สันเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการติดสื้อโซเซียลมีเดียกับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล และสมการถดถอยโลจิสติกส์เพื่อหาความสัมพันธ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล

จริยธรรมวิจัย

ได้รับอนุมัติการรับรองด้านจริยธรรมโครง้งงานวิจัยจากคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทย ทหารบก เมื่อวันที่ 5 มีนาคม 2563 เลขที่การรับรอง IRBRTA 291/2563

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการใช้สื้อโซเซียลมีเดียของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 300 ราย เป็นเพศชายและหญิงร้อยละ 48.7 และ 51.3 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 66.0 ± 5.1 ปี ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากกว่า 3 โรคร้อยละ 42.7 มีสถานภาพสมรสมากที่สุดร้อยละ 72.7 มีบุตรร้อยละ 86.3 อาศัยอยู่กับครอบครัวร้อยละ 95 มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีร้อยละ 61.3 เป็นผู้เกษียณอายุ งานร้อยละ 71 มีรายได้ตั้งแต่ 20000 บาท/เดือนขึ้นไปร้อยละ 52.3 และพบว่าสื้อโซเซียลที่ทุกคนใช้ คือ แอปพลิเคชั่น ไลน์และใช้งานผ่านโทรศัพท์สมาร์ทโฟน มีวัตถุประสงค์เพื่อคุยกับเพื่อนมากที่สุดร้อยละ 98 ระยะเวลาที่ใช้สื้อโซเซียล เฉลี่ยต่อวันคือ 2.2 ± 1.3 ชั่วโมง และมีระยะเวลาตั้งแต่เริ่มใช้สื้อโซเซียลจนถึงปัจจุบันเฉลี่ย 5.9 ± 2.5 ปี (ตารางที่1)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปและรูปแบบของการใช้สื่อโซเชียลมีเดียของกลุ่มตัวอย่าง (n=300)

	ข้อมูลและรูปแบบการใช้สื่อโซเชียลมีเดีย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ:	ชาย	146	48.7
	หญิง	154	51.3
อายุ:	60-65 ปี	156	52.0
	66-ปี ขึ้นไป	144	48.0
โรคประจำตัว:	มี 1 โรค	33	11.0
	มี 2 โรค	121	40.3
	มีมากกว่า 3 โรค	128	42.7
สถานภาพ:	โสด	32	10.7
	สมรส	218	72.7
	หย่าร้าง/คู่สมรสเสียชีวิต	50	16.6
บุตร:	มี	259	86.3
พักอาศัยกับ:	ครอบครัว	285	95.0
การศึกษา:	ต่ำกว่าปริญญาตรี	184	61.3
	ปริญญาตรีขึ้นไป	116	38.7
อาชีพ:	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ธุรกิจส่วนตัว/รับจ้าง/บริษัท	87	29.0
	เกษียณอายุการทำงาน/ไม่ได้ทำงาน	213	71.0
รายได้:	< 20000 บาท/เดือน	143	47.7
	≥ 20000 บาท/เดือน	157	52.3
ชนิดของสื่อที่ใช้:	ไลน์ (line)	300	100.0
(ตอบได้>1ข้อ)	ยูทูบ (youtube)	241	80.3
	เฟซบุ๊ก (facebook)	216	72.0
	อินสตาแกรม (instagram)	36	12.0
	ทวิตเตอร์ (twitter)	5	1.7
อุปกรณ์ที่ใช้สื่อฯ:	โทรศัพท์ (smart phone)	300	100.0
	ไอแพด/แท็บเล็ต (iPad/tablet)	72	24.0
	คอมพิวเตอร์ (computer)	21	7.0
วัตถุประสงค์ที่ใช้สื่อฯ:	คุยกับเพื่อน	294	98.0
	ติดตามข่าวสาร	282	94.0
	คุยกับคนในครอบครัว	178	59.3
	ติดต่อธุรกิจ	66	22.1
	เล่นเกมส์	50	16.7
	หาเพื่อนใหม่	28	9.3

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปและรูปแบบของการใช้สื่อโซเชียลมีเดียของกลุ่มตัวอย่าง (n=300) (ต่อ)

ข้อมูลและรูปแบบการใช้สื่อโซเชียลมีเดีย		จำนวน	ร้อยละ
เวลาที่ใช้สื่อฯต่อวัน:	< 3 ชั่วโมง/วัน	233	77.7
	≥ 3 ชั่วโมง/วัน	67	22.3
จำนวนปีที่ใช้สื่อฯ:	< 6 ปี	211	70.3
	≥ 6 ปี	89	29.7

2. ความชุกของการติดสื่อโซเชียลมีเดียของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่าความชุกของการติดสื่อโซเชียลฯ แบ่งเป็น 3 ระดับตามความเสี่ยงคือ ระดับต่ำร้อยละ 46.7, ระดับปานกลางร้อยละ 48.3 และระดับสูงร้อยละ 5

3. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 9 เป็นเพศชายและหญิงร้อยละ 5.5 และ 12.3 ตามลำดับ มีความชุกของภาวะวิตกกังวลร้อยละ 12.3 เป็นเพศชายและหญิงร้อยละ 8.2 และ 16.2 ตามลำดับ โดยเพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงเกิดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลมากกว่าชาย 2.43 เท่า (OR=2.43, 95%CI:1.03-5.73; p=0.04) และ 2.16 เท่า (OR=2.16; 95%CI:1.04-4.49; p=0.04) ตามลำดับ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและรูปแบบการใช้สื่อโซเชียลมีเดียกับความเสี่ยงในการติดสื่อโซเชียลมีเดีย

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยสถิติ Chi-square พบว่า เพศหญิง, อายุ 60-65 ปี, การศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี, อาชีพธุรกิจส่วนตัว, รายได้ 40000 บาทต่อเดือนขึ้นไป, ใช้สื่อโซเชียลฯ ได้แก่ เฟซบุ๊ก ยูทูบ อินสตาแกรม, วัตถุประสงค์การใช้สื่อโซเชียลฯ เพื่อหาเพื่อนใหม่ ติดตามข่าวสาร เล่นเกมส์), ระยะเวลาใช้สื่อโซเชียลฯมากกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน และจำนวนปีที่ใช้สื่อโซเชียลฯมากกว่า 6 ปี มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงสูงในการติดสื่อโซเชียลฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) (ตารางที่2)

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและรูปแบบการใช้สื่อโซเชียลมีเดียกับระดับความเสี่ยงในการติดสื่อโซเชียลมีเดีย (n=300)

ปัจจัยที่ศึกษา		ระดับความเสี่ยงติดสื่อโซเชียลมีเดีย						
		ความเสี่ยงต่ำ		ความเสี่ยงปานกลาง		ความเสี่ยงสูง		p-value
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ:	ชาย	66	45.2	77	52.7	3	2.1	0.045
	หญิง	74	48.1	68	44.1	12	7.8	
อายุ:	60-65 ปี	59	37.8	88	56.4	9	5.8	0.009

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและรูปแบบการใช้สื่อโซเชียลมีเดียกับระดับความเสี่ยงในการติดสื่อโซเชียลมีเดีย (n=300) (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา		ระดับความเสี่ยงติดสื่อโซเชียลมีเดีย						p-value
		ความเสี่ยงต่ำ		ความเสี่ยงปานกลาง		ความเสี่ยงสูง		
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การศึกษา:	66-ปีขึ้นไป	81	56.3	57	39.6	6	4.1	0.001
	ต่ำกว่าปริญญาตรี	100	54.3	74	40.2	10	5.5	
	สูงกว่าปริญญาตรี	40	34.5	67	57.7	9	7.8	
อาชีพ:	ราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	10	55.6	7	38.9	1	5.5	0.015
	ธุรกิจส่วนตัว	18	35.3	28	54.9	5	9.8	
	รับจ้าง/บริษัท	9	50.0	9	50.0	0	0.0	
รายได้:	เกษียณ	62	41.3	83	55.3	5	3.4	<0.001
	ไม่ได้ทำงาน	41	65.1	18	28.6	4	6.3	
	<10000	49	71	18	26.1	2	2.9	
(บาท/เดือน)	10001-19999	35	47.3	33	44.6	6	8.1	
	20000-29999	32	42.7	40	53.3	3	4.0	
	30001-39999	19	31.7	40	66.7	1	1.6	
	≥40000	5	22.8	14	63.6	3	13.6	
	ชนิดการใช้สื่อฯ.*							
	เฟซบุ๊ก*	76	35.2	127	58.8	13	6.0	
วัตถุประสงค์:**	ยูทูบ*	93	38.6	134	55.6	14	5.8	<0.001
	อินสตาแกรม*	7	19.4	24	66.7	5	13.9	
	หาเพื่อนใหม่**	4	14.3	21	75	3	10.7	
	ติดตามข่าวสาร**	123	43.6	144	51.1	15	5.3	0.001
	เล่นเกมส์**	7	14	38	76	5	10	
	เล่นเกมส์**	7	14	38	76	5	10	
ระยะเวลาใช้สื่อฯ:	<1 ชั่วโมง/วัน	82	90.1	9	9.9	0	0	<0.001
	1-2 ชั่วโมง/วัน	40	43.5	51	55.4	1	1.1	
	2-3 ชั่วโมง/วัน	7	14	42	84	1	2	
	≥3 ชั่วโมง/วัน	11	16.4	43	64.2	13	19.4	
	จำนวนปีที่ใช้สื่อฯ:							
	<4 ปี	45	61.7	25	34.2	3	4.1	
	4-6 ปี	69	50.0	66	47.8	3	2.2	0.003
	≥6 ปี	26	29.2	54	60.7	9	10.1	

หมายเหตุ *เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้สื่อโซเชียลมีเดียนั้น, **เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้เพื่อวัตถุประสงค์นั้น

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและรูปแบบการใช้สื่อโซเชียลมีเดียกับภาวะซึมเศร้า

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยสถิติ Chi-square พบว่า เพศหญิง, การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี,ไม่ได้ทำงาน, รายได้น้อยกว่า 10000 บาทต่อเดือน, ผู้ที่ไม่ใช่เฟซบุ๊ก, ใช้สื่อโซเชียลมีเดียอย่างน้อยกว่า 1 ชั่วโมงต่อวัน และความเสี่ยงการติดสื่อโซเชียลมีเดียในระดับต่ำมีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและรูปแบบการใช้สื่อโซเชียลมีเดียกับภาวะซึมเศร้า ($n=300$)

	T	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า		p-value
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ:	ชาย	138	94.5	8	5.5	0.038
	หญิง	135	87.7	19	12.3	
การศึกษา:	ต่ำกว่าปริญญาตรี	159	86.4	25	13.6	0.005
	สูงกว่าปริญญาตรี	114	98.3	2	1.7	
อาชีพ:	ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	18	100	0	0.0	0.002
	ธุรกิจส่วนตัว	45	88.3	6	11.7	
	รับจ้าง/บริษัท	16	88.9	2	11.1	
	เกษียณ	144	96	6	4.0	
รายได้:	ไม่ได้ทำงาน	50	79.3	13	20.7	<0.001
	<10000	52	75.4	17	24.6	
	(บาท/เดือน)	10001-19999	67	90.5	7	9.5
		20000-29999	73	97.3	2	2.7
		30001-39999	59	98.3	1	1.7
ชนิดการใช้สื่อ:	≥40000	22	100	0	0.0	<0.001
	ไม่ใช้เฟซบุ๊ก	67	79.8	17	20.2	
	ใช้เฟซบุ๊ก	206	95.4	10	4.6	
ระยะเวลาที่ใช้สื่อ:	<1 ชั่วโมง/วัน	72	79.1	19	20.9	<0.001
	1-2 ชั่วโมง/วัน	85	92.4	7	7.6	
	2-3 ชั่วโมง/วัน	49	98	1	2.0	
	≥3 ชั่วโมง/วัน	67	100	0	0	
ความเสี่ยงการติดสื่อ:	ระดับต่ำ	115	82.1	25	17.9	<0.001
	ระดับปานกลาง	143	98.6	2	1.4	
	ระดับสูง	15	100	0	0	

6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและรูปแบบการใช้สื่อโซเชียลมีเดียต่อภาวะวิตกกังวล

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยสถิติ Chi-square พบว่า เพศหญิง, ไม่ได้ใช้เฟซบุ๊กและยูทูบ, ไม่ได้ใช้สื่อโซเชียลเพื่อติดตามข่าวสาร, เวลาที่ใช้สื่อโซเชียลน้อยกว่า 1 ชั่วโมงต่อวัน และความเสี่ยงการติดสื่อโซเชียลในระดับต่ำ มีความสัมพันธ์ต่อภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและรูปแบบการใช้สื่อโซเชียลมีเดียกับภาวะวิตกกังวล ($n=300$)

ปัจจัยที่ศึกษา		ไม่มีภาวะวิตกกังวล		มีภาวะวิตกกังวล		p-value
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ:	ชาย	134	91.8	12	8.2	0.035
ชนิดการใช้สื่อฯ:	หญิง	129	83.8	25	16.2	0.009
	ไม่ใช้เฟซบุ๊ก	67	79.8	17	20.2	
	ใช้เฟซบุ๊ก	196	90.7	20	9.3	
	ไม่ใช้ยูทูบ	44	74.6	15	25.4	
	ใช้ยูทูบ	219	90.9	22	9.1	
วัตถุประสงค์ที่ใช้สื่อฯ:	ไม่ใช้ติดตามข่าว	12	66.7	6	33.3	0.005
	ใช้ติดตามข่าว	251	89.0	31	11.0	
ระยะเวลาที่ใช้สื่อฯ:	<1 ชั่วโมง/วัน	68	74.7	23	25.3	<0.001
	1-2 ชั่วโมง/วัน	83	90.2	9	9.8	
	2-3 ชั่วโมง/วัน	47	94.0	3	6.0	
	≥ 3 ชั่วโมง/วัน	65	97.0	2	3.0	
ความเสี่ยงการติดสื่อฯ:	ระดับต่ำ	109	77.9	31	22.1	<0.001
	ระดับปานกลาง	139	95.9	6	4.1	
	ระดับสูง	15	100	0	0	

7. ความสัมพันธ์ระหว่างการติดสื่อโซเชียลมีเดียกับภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวล

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยสถิติสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่ามีค่าเท่ากับ -0.248 ($P < 0.001$) การติดสื่อโซเชียล มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีความสัมพันธ์ในเชิงลบหรือในเชิงตรงข้ามกัน และมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการติดสื่อโซเชียลมีเดียกับภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลโดยค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเพียร์สัน(Pearson Correlation Coefficient) ($n=300$)

		Thai HADS score	Anxiety score	Depression score
SMAT	Pearson Correlation	-0.248**	-0.121*	-0.302**
	Sig. (2-tailed)	< 0.001*	0.036*	< 0.001*

หมายเหตุ * Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed), **Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed), S-MAT; Social Media Addiction Test, Thai HADS score; คะแนน Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย

8. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์หลายตัวแปร(Multivariate) โดยสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติกส์ (Multiple Logistic regression) มีตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ได้แก่ เพศ, อายุ, การศึกษา, อาชีพ, รายได้, ชนิดการใช้สื่อโซเชียล, วัตถุประสงค์การใช้สื่อโซเชียล, ระยะเวลาที่ใช้สื่อโซเชียล, จำนวนปีที่ใช้สื่อโซเชียล, ความเสี่ยงการติดสื่อโซเชียล พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงการติดสื่อโซเชียลระดับต่ำ พบว่าจะมีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงการติดสื่อโซเชียลระดับปานกลางและสูง 15.13 เท่า(aOR=15.13; 95%CI: 3.08-74.39; p=0.001) และ 6.08 เท่า(aOR=6.08; 95%CI:2.09-17.73; p=0.001) ตามลำดับ

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 300 ราย ทุกคนใช้สื่อโซเชียลฯ ผ่านสมาร์ทโฟนโดยเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต และใช้แอปพลิเคชันไลน์ มีระยะเวลาการใช้งานสื่อโซเชียลฯ เฉลี่ย 2.2 ± 1.3 ชั่วโมงต่อวัน จากการศึกษานี้พบว่าแอปพลิเคชันไลน์เป็นสื่อโซเชียลฯ ที่ใช้งานง่ายไม่ซับซ้อนสามารถเข้าถึงการใช้งานได้ผ่านสมาร์ทโฟนจึงเป็นที่นิยมใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุนิยมใช้แอปพลิเคชันไลน์มากที่สุด (Boonmesrisanga & Sodchuen, 2017; (Buntadthong, 2015) และผลสำรวจที่พบว่าผู้สูงอายุไทยใช้อินเทอร์เน็ตเฉลี่ย 2.5 ชั่วโมงต่อวัน (EDTA, 2018)

ผลการศึกษาพบว่ามีความชุกของการติดสื่อโซเชียลฯ ในผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการติดสื่อโซเชียลฯ ในระดับความเสี่ยงต่ำและปานกลางใกล้เคียงกันที่ร้อยละ 46.7 และ 48.3 ตามลำดับ ซึ่งข้อมูลในส่วนของการติดสื่อโซเชียลฯ ในผู้สูงอายุยังคงมีการศึกษาน้อยต่างกับการศึกษาของวัยรุ่นในเขตกรุงเทพฯ ที่ พบว่าความชุกของการติดสื่อโซเชียลฯ ระดับสูงร้อยละ 23.6 (Pernsungnern, Pornnoppadol, Sitdhiraksa, & Buntub, 2014) ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้สูงอายุจะใช้งานสื่อโซเชียลฯ เป็นบางช่วงเวลาไม่ได้ใช้ตลอดวันหรือหมกมุ่นเหมือนในกลุ่มวัยรุ่น เช่น ใช้ในเวลาว่างจากการทำงาน เป็นต้น

ผลการศึกษาพบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุร้อยละ 9 เป็นเพศหญิงมากกว่าชาย 2.43 เท่า ซึ่งมากกว่าการศึกษาของ Charernboon (2010) ที่พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ร้อยละ 7.7 แต่ใกล้เคียงกับผลสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุร้อยละ 10.6 และเป็นเพศหญิงมากกว่าชาย 2 เท่า(Blazer & Steffens, 2009; Kessler et al., 2005; Dendukuri & Cole, 2009) ซึ่งจากการศึกษานี้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายอาจมีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่หลากหลาย เช่น พันธุกรรม ฮอร์โมนที่เปลี่ยนแปลงจากภาวะวัยทอง การรับรู้สภาวะสุขภาพของเพศหญิงที่มากกว่าเพศชาย ความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและจิตใจ บทบาททางเพศและความรับผิดชอบในครอบครัว (Wanrtonkum, Sucharitakul, Wongjaroen, Maneechompoo, 2008; Acciai & Hardy, 2017; Sassarini, 2016)

ผลการศึกษาพบว่ามีความชุกของภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุร้อยละ 12.3 ซึ่งมีความใกล้เคียงและ สอดคล้องกับ ผลสำรวจในภาคใต้ของประเทศไทยที่พบภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุร้อยละ 13.3-25.9 (Udomratn, 2001) และ การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบความชุกของภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุร้อยละ 14.2 และ 1.2-15 (Blazer & Steffens, 2009; Bryant, Jackson, & Ames, 2008) ตามลำดับ

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและรูปแบบการใช้สื่อโซเชียลกับความเสี่ยงในการติดสื่อ โซเชียล ในผู้สูงอายุพบว่า เพศหญิง, อายุ 60-65 ปี, การศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี, อาชีพธุรกิจส่วนตัว, รายได้ 40000 บาทต่อเดือนขึ้นไป, ผู้ที่ใช้เฟซบุ๊ก ยูทูบ และอินสตาแกรม, วัตถุประสงค์เพื่อหาเพื่อนใหม่ ติดตามข่าวสาร และเล่นเกมส์, มีการใช้ 4-5 ชั่วโมงต่อวัน และใช้สื่อโซเชียลมากกว่า 6 ปี มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการติดสื่อโซเชียลในระดับสูง เนื่องจากผู้สูงอายุเพศหญิงจะเอาใจใส่ต่อครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด ผู้ที่อยู่ในวัยเกษียณหรือมีธุรกิจส่วนตัวจะมีเวลาว่าง ผู้ที่มีรายได้และการศึกษาสูง ปัจจัยเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงและมีทักษะในการใช้สื่อโซเชียลเพื่อความเพลิดเพลินและการ ติดต่อสื่อสารจึงมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการติดสื่อโซเชียลในระดับสูงได้ สอดคล้องกับ Buntadthong (2015) และ Somvatasan(2016) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ใช้สื่อโซเชียลเป็นเพศหญิง, อายุ 55-65 ปี,การศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี, รายได้ 30000 บาทต่อเดือนขึ้นไป, ใช้เพื่อติดตามข่าวสาร เล่นเกมส์ หาเพื่อนใหม่, นิยมใช้ไลน์ เฟซบุ๊ก อินสตาแกรม, ใช้มากกว่า 5 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง และใช้มากกว่า 2 ปี

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและรูปแบบการใช้สื่อโซเชียล กับภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุ พบว่า เพศหญิง, การศึกษต่ำกว่าปริญญาตรี, ไม่ได้ทำงาน, รายได้น้อยกว่า 10000 บาทต่อเดือน, ไม่ใช้เฟซบุ๊ก , ใช้สื่อน้อยกว่า 1 ชั่วโมงต่อวัน และติดสื่อโซเชียลในระดับต่ำ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้อง กับ Yoelao(2015) ที่พบว่าเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าชาย และ Cole & Dandukuri(2003) ที่พบว่าผู้ที่มีการศึกษา และรายได้น้อยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า แตกต่างจาก Jiranukool(2015) ที่พบว่าการอยู่คนเดียว, เป็นโรคเรื้อรัง, เป็นโรคซึมเศร้า, โรคซึมเศร้าในครอบครัว, ความเครียดในครอบครัว ฯลฯ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Yoelao, 2015)

ดังนั้นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุนั้นอาจมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง อาจเกิดได้ทั้งปัจจัยทาง ร่างกาย จิตใจ และสังคมแวดล้อม ซึ่งจากการศึกษานี้ ที่พบว่าเพศหญิงสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าซึ่งอาจเกิดจากการ เปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในช่วงวัยทอง ผู้ที่มีรายได้และการศึกษาน้อยส่วนมากมักจะมีความรู้ทางเศรษฐกิจและสังคมที่ไม่ดี จึงมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าได้ และผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงการติดสื่อโซเชียล ในระดับต่ำทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกโดด เดี่ยวในสังคมเนื่องจากขาดการติดต่อกับบุคคลอื่นๆ เช่น บุตรหลานและญาติมิตรก็อาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะ ซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และรูปแบบการใช้สื่อโซเชียลกับภาวะวิตกกังวล ใน ผู้สูงอายุ พบว่า เพศหญิง, ไม่ได้ใช้เฟซบุ๊ก, ไม่ได้ใช้ยูทูบ, ไม่ได้ใช้เพื่อติดตามข่าวสาร, ใช้้น้อยกว่า 1 ชั่วโมงต่อวัน และติด สื่อโซเชียลในระดับต่ำมีความสัมพันธ์ต่อภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับ Wolitzky-Taylor, Castriotta, Lenze, Stanley, & Craske (2010) ที่พบว่า เพศหญิงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะวิตกกังวลแตกต่างจาก Jiranukool (2015) ที่พบว่า ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า, อยู่คนเดียว, เป็นโรคเรื้อรัง, มีโรคซึมเศร้าหรือวิตกกังวลในครอบครัว และมี

ความเครียดในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุ แตกต่างจาก Yoelao (2015) ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ, อาชีพ, การศึกษา, สิทธิการรักษา, รายได้ กับภาวะวิตกกังวล ดังนั้นสาเหตุของการเกิดภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุอาจเกิดได้จากหลายสาเหตุเช่นกันซึ่งมีความคล้ายกับสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าแต่มีที่เพิ่มเติมคือ ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ใช้ยาสูบ และไม่ได้ใช้สื่อโซเชียลเพื่อติดตามข่าวสาร อาจทำให้ผู้สูงอายุขาดความเพลิดเพลินและการรับรู้ข่าวสารหรือข้อมูลที่ถูกต้องจนกลายเป็นความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการติดสื่อโซเชียลกับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล พบว่า มีค่า Pearson Correlation Coefficient = -0.248 มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับต่ำและในเชิงตรงกันข้าม สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่าในผู้สูงอายุที่ใช้สื่อโซเชียลจะเกิดโรคซึมเศร้ามลดลง (Shannon & Chen, 2018) แตกต่างจากการศึกษาของ Pernsungrern et al.(2014) และ Kaja, Thapinta, & Skulphan (2018) ที่พบว่าการใช้สื่อโซเชียลของนักเรียนชั้นมัธยมและการติดเฟซบุ๊กของวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า มีการอ้างอิงของ Siriumpankul(2018) ถึงการศึกษาของ Edinburgh University ที่สำรวจนักศึกษา 200 คน พบว่าเฟซบุ๊กทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลและการศึกษาของ Ariel S, Jaime ES, Mary AD, César GE, Brian AP(2018) ที่พบว่าชาวอเมริกันอายุ 19-32 ปี ที่ใช้โซเชียลบ่อยและใช้เป็นเวลานานมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล เมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นกับงานวิจัยนี้ พบว่า ความสัมพันธ์ของการติดสื่อโซเชียลกับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในกลุ่มผู้ที่มีอายุน้อยกว่าผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันในทางตรงกันข้าม คือ ผู้สูงอายุที่ติดสื่อโซเชียลในระดับต่ำจะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล เนื่องจากผู้สูงอายุอาจมีความรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้างในสังคมเกิดขึ้นจากการขาดการติดต่อกับบุคคลอื่นๆในครอบครัวและสังคม เช่น บุตร หลาน หรือญาติมิตร ขาดการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และขาดความเพลิดเพลิน ก็อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุได้

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติกส์ (Multiple Logistic regression) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการติดสื่อโซเชียลในระดับความเสี่ยงต่ำจะพบภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงการติดสื่อโซเชียลระดับปานกลางและสูง 15.13 เท่า (aOR=15.13; 95%CI: 3.08-74.39; p=0.001) และ 6.08 เท่า (aOR=6.08; 95%CI:2.09-17.73; p=0.001) ตามลำดับ สอดคล้องกับ Nimrod(2010) ที่พบว่าการใช้สื่อโซเชียลของกลุ่มผู้สูงอายุมีผลดีกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยเฉพาะการดูแลตนเองทั้งในส่วนของสุขภาพทางกายหรือสุขภาพทางจิต

บทสรุปการวิจัยจากการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติพบว่าการใช้สื่อโซเชียลกับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงติดสื่อโซเชียลในระดับต่ำจะพบภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลมากขึ้น ดังนั้นถ้าหากมีการใช้สื่อโซเชียลเพิ่มขึ้นอาจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลที่ลดลงได้ แต่อาจมีปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่ควรคำนึงถึงด้วย เช่น โรคประจำตัว ปัญหาครอบครัว ปัญหาทางเศรษฐกิจ เป็นต้น ซึ่งผลของการศึกษานี้ก็นำไปเป็นข้อมูลในการศึกษาเพิ่มเติม และหาแนวทางที่เหมาะสมในการใช้สื่อโซเชียลมีเดียที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุต่อไปในอนาคต

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. นำเสนอผลการศึกษานี้ให้กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม เพื่อเป็นข้อมูลในการให้ความรู้ผู้สูงอายุในเรื่องการใช้สื่อโซเชียลมีเดียเพื่อให้สามารถใช้งานได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย
2. ทำการประเมินหาภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่มีการติดสื่อโซเชียลมีเดียระดับต่ำ เนื่องจากการศึกษาพบว่าการติดสื่อโซเชียลมีเดียระดับต่ำในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทราบผลดีและผลเสียของการใช้สื่อโซเชียลมีเดียที่มีต่อภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุ

References

- Acciai, F., Hardy, M., (2017). Depression in later life: a closer look at the gender gap. *Sos Sci Res*, 68 : 163-75.
- Ariel, S., Jaime, ES., Mary, AD., César, GE., Brian, AP. Social Media Use and Depression and Anxiety Symptoms: A Cluster Analysis. *Am J Health Behav* 2018;42(2):116–28.
- Blazer, DG, & Steffens DC. (2009). Demography and epidemiology of psychiatric disorder in late life. In: Blazer DG, Steffens DC editors. *Textbook of Geriatric Psychiatry*. (4th ed.). North Carolina: American psychiatric publishing:19-43.
- Boonmesrisanga, M. & Sodchuen, M. (2017). The Patterns of Using Social Media in Bangkok. The 9th Rajamangala University of Technology National Conference(PP.1598-1605). Nontaburi. Rajamangala University of Technology. (in Thai)
- Bryant, C., Jackson, H. & Ames, D. (2008). The prevalence of anxiety in older adults: meethodological issues and review of the literature.*Journal of Affective Disorders*,3:233-250.
- Buntadthong, K.(2015). Social Network Usage Behavior and Bangkok Older Person’s Satisfaction. M.Com.Arts (Strategic Communications), May 2015, Graduate School,Bangkok University.
- Charoensak, S., Sittironnarit, G., Satra, T., Muangpaisan, W., Srinontprasert, V.(2018). Prevalence of Psychiatric Disorders in Elderly Patients, Quality of Life of Patients and Caregivers, and Their Correlated Factors. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2018; 63(1): 89-98(in Thai)
- Cole, MG. & Dandukuri, N.(2003). Risk factors for depression among elderly community subjects : a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychitry* ,160:1147-56.
- Dendukuri, N. & Cole, M. (2009). Risk Factors for Depression Among Elderly Community Subjects: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 60(6):1147-1156.
- Electronic Transactions Development Agency (Public Organization).(2018). *Electronic Transactions Development Agency Report 2018*. Bangkok: Ministry of Digital Economy and Society. (in Thai)
- Jiranukool, J.(2015). Depression and Anxiety among Elderly Patients with Chronic Disease at the Faculty of Medicine, Mahasarakham University Hospital. *J Sci Technol MSU*,35(1):94-101
- Kaja, C., Thapinta, D. & Skulphan, S.(2018). The Relationship between Facebook Addiction and Depression among Adolescents Attending State University in Chiang Mai Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*,5(2):57-69. (in Thai)

- Kessler, RC., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, KR. & Walters, EE. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62(6): 593–602.
- Kittirattanapaiboon, P., Tantirangsee, N., Chutha, W., Tanaree, A., Kwansanit, P., Assanangkornchai, S., et al. (2013), Prevalence of mental disorders and mental health problems: Results from Thai national mental health survey 2013.(P.45).Department of mental health:Beyond Publishing. (in Thai)
- National statistical office. (2018). Report on the 2017 of the Survey of the Older Persons in Thailand. Bangkok: Ministry of Digital Economy and Society. (in Thai)
- National statistical office. (2018). Report Quarte4 on the 2018 of the Survey the use of information technology; And household communication. Bangkok: Ministry of Digital Economy and Society. (in Thai)
- Nilchaikovit, T., Lortrakul, M. & Phisansuthideth, U. (1996). Development of Thai version of Hospital Anxiety and Depression Scale in cancer patients. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand*, 41(1):18-30. (in Thai)
- Nimrod, G. (2010). Seniors' online communities: a quantitative content analysis. *Gerontologist*, 50 (3). 382-392.
- Pernsungnern, P., Pornnoppadol, C., Sitdhiraksa, N. & Buntub, D. (2014). Social media addiction: prevalence and association with depression among 7th – 12th Grade Students in Bangkok. Graduate Research Conference 2014; 2014 Mar 28; Khom Kaen, Thailand. Khon Kaen University: 1132-1139.
- Sadock, BJ. & Sadock, VA. (2003) Geriatric psychiatry in synopsis of psychiatry. (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sassarini, DJ. (2016). Depression in midlife woman. *Maturity*, 94:149-54.
- Shannon, A. & Chen, TY. (2018). Online Social Participation Buffers the Relationship Between Pain and Depression. *The Journals of Gerontology*, 74(6):1020–1031.
- Sirumpankul, A. (2018). Depression and Social Media Behavior. *Panyapiwat Journal*, 10: 327-337 (in Thai)
- Somvatasan, K. (2016). The study of communication behaviour in Line Application data sharing of elderly people. Master of Art (Communication Art and Innovation). National Institute of Development Administration. (In Thai)

- Wanrtongkum, S., Sucharitakul, P., Wongjaroen, S., Maneechompoo, S., (2008). Prevalence of depression among a population aged over 45 years in Chiang Mai, Thailand. *J Med Assoc Thai*, 91(12): 1812-6. (in Thai)
- Wolitzky-Taylor, KB., Castriotta, N., Lenze, EJ., Stanley, MA. & Craske MG. (2010). Anxiety Disorders in Older Adults: A Comprehensive Review. *Depression and Anxiety*, 27:190-211.
- Udomratn, P.(2001). Anxiety Patient. Handbook of care for people with mental health and psychiatric problems for doctors. (PP1-7).Bangkok: Radiation Company Limited Publisher.
- Yoelao, D.(2015). Development of community models and mechanisms for the care and prevention of depression and anxiety disorders in the elderly. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). (in Thai)

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: Apr. 6, 2022

Revised: Sept. 9, 2022

Accepted: Nov. 20, 2022

Published: Dec. 18, 2022

การศึกษาคุณสมบัติทางเคมีกายภาพและการเปรียบเทียบองค์ประกอบทางเคมี
ของโกฐกระดูกและกระเทียม สมุนไพรที่ใช้แทนกันได้ตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย
Physicochemical Properties and Comparison of Chemical
Composition of Aucklandia root and Zerumbet ginger, A Substitute
Herb According to Thai Traditional Medicine

สุภัทรา กลางประพันธ์, ณัฐภูมิ ธาณี, นริศราภรณ์ พิมพ์พร

หลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต คณะแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

Supattra Klangprapun, Nathapoom Thanee, Naritsaraporn Pimporn

Thai traditional medicine program, Faculty of Thai traditional and Alternative medicine,

Ubon Ratchathani Rajabhat University

บทคัดย่อ

ตามตำราการแพทย์แผนไทยระบุว่า โกฐกระดูก (*Aucklandia lappa* DC.) มีสรรพคุณ
เสมอกับกระเทียม (*Zingiber zerumbet* L. Roscoe ex sm.) โดยโกฐกระดูก มีสรรพคุณ
ขับเสมหะ ขับลม แก้ลมวิงเวียน แก้ปวด ส่วนกระเทียมใช้รักษาอาการปวดมวนท้อง ขับลม แก้บิด
การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบข้อกำหนดทางเคมีกายภาพของโกฐกระดูกและ
กระเทียมตามข้อกำหนดในตำรามาตรฐานสมุนไพร (Thai Herbal Pharmacopoeia) และเพื่อ
เปรียบเทียบองค์ประกอบทางเคมีของโกฐกระดูกและกระเทียมด้วยวิธีทินเลเยอร์โครมาโทกราฟี
(Thin layer Chromatography; TLC) โดยผู้วิจัยได้ทำการเก็บตัวอย่างโกฐกระดูกและ
กระเทียมจากร้านขายยาสมุนไพร ในอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 3 ร้าน
แล้วนำมาตรวจสอบข้อกำหนดทางเคมีกายภาพตามข้อกำหนดมาตรฐานสมุนไพรในตำรา
มาตรฐานสมุนไพร จากนั้นนำมาทดสอบองค์ประกอบทางเคมีเบื้องต้นและวิเคราะห์เอกลักษณ์
ทางเคมีโดยวิธี TLC ผลการศึกษาพบว่า โกฐกระดูกผ่านเกณฑ์มาตรฐานทั้ง 3 ร้าน ส่วนกระเทียม
ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 3 ข้อกำหนด และไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 3 ข้อกำหนด การทดสอบ
องค์ประกอบทางเคมีเบื้องต้นในโกฐกระดูกพบสารในกลุ่ม alkaloids, tannins, flavonoids และ
terpenoids กระเทียมพบสารกลุ่ม alkaloid, flavonoids และ terpenoids การวิเคราะห์
องค์ประกอบทางเคมีด้วยวิธี TLC ของสารสกัดด้วยเฮกเซนและสารสกัดด้วยไดคลอโรมีเทนเมื่อ
นำไปตรวจสอบภายใต้แสงอัลตราไวโอเล็ต ความยาวคลื่น 254 และ 366 นาโนเมตร และใช้น้ำยา
anisaldehyde sulfuric acid reagents พบอัตราการเคลื่อนที่ของสารบนตัวดูดซับที่ตรงกันของ
สมุนไพรทั้ง 2 ชนิด ซึ่งมีความเป็นไปได้ในการนำมาใช้แทนกันได้ตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย แต่
ควรมีการศึกษาสารออกฤทธิ์ที่สำคัญและฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมต่อไป

คำสำคัญ: คุณสมบัติทางเคมีกายภาพ การเปรียบเทียบองค์ประกอบทางเคมี โกฐกระดูก กระเทียม

Corresponding Author: สุภัทรา กลางประพันธ์ Email: supattra.kl@ubru.ac.th

Original article

Received: Apr. 6,2022

Revised: Sept. 9,2022

Accepted: Nov. 20,2022

Published: Dec. 18,2022

Abstract

According to Thai traditional medicine textbooks, Aucklandia root (*Aucklandia lappa* DC.) has properties similar to Zerumbet ginger (*Zingiber zerumbet* L. Roscoe ex sm.). Aucklandia root has expectorant properties, carminative, light-headed and alleviate pain. Zerumbet ginger used to treat abdominal pain, carminative, treat dysentery. The study aims to examine the physicochemical properties of Aucklandia root and Zerumbet ginger in accordance with the requirements in the Thai Herbal Pharmacopoeia textbook and to compare the chemical composition of Aucklandia root and Zerumbet ginger by thin layer chromatography (TLC) method. The researcher collected samples Aucklandia root and Zerumbet ginger from 3 Thai Traditional drugs store in Mueang Ubon Ratchathani District, Ubon Ratchathani Province. Then, examine the physicochemical properties according with the requirements in the Thai Herbal Pharmacopoeia textbook, phytochemical screening tests and chemical identity analysis by TLC method. The results showed that the physicochemical properties of Aucklandia root passed 3 inspection requirements. Zerumbet ginger passed 3 inspection requirements and did not pass the 3 requirements. Phytochemical screening tests in Aucklandia root found alkaloids, tannins and terpenoids, Zerumbet ginger was found that terpenoids. The chemical composition analysis of hexane and dichloromethane extracts by TLC method, it was examined under UV 254 nm, UV 366 nm and anisaldehyde sulfuric acid reagents showed conformable the retardation factor (R_f) of two herbs. In summary, phytochemical screening and TLC results suggest that Zerumbet ginger represents a possible substitute for Aucklandia root. There should be studies of active ingredients and pharmacological activities of the two plants in the future.

Keywords: Physicochemical Properties, Comparison of Chemical Composition, *Aucklandia lappa* DC., *Zingiber zerumbet* L. Roscoe ex sm.

Corresponding Author: Supattra Klangrapun Email: supattra.kl@ubru.ac.th

บทนำ

โกฐกระดุก ชื่อวิทยาศาสตร์ *Aucklandia lappa* DC. อยู่ในวงศ์ ASTERACEAE เป็นพืชเฉพาะถิ่นที่พบได้ในหุบเขาของแคว้นกัชมีระ (แคชเมียร์) ของประเทศอินเดีย ปัจจุบันเป็นพืชปลูกในประเทศอินเดีย เนปาล ภูฏาน สาธารณรัฐประชาชนจีน ญี่ปุ่น เกาหลี และเวียดนาม ประเทศไทยได้สั่งนำเข้ามาเพื่อใช้เป็นเครื่องยาไทยที่เรียกว่า “พิกัดโกฐ” โดยโกฐกระดุกเป็นส่วนประกอบในพิกัดโกฐทั้งเจ็ด สรรพคุณตามตำรายาไทยระบุว่า มีรสสุขุม แก้ไข้ แก้เสมหะ แก้หืดไอ แก้โรคปอด แก้โรคในปาก ชูกำลัง บำรุงโลหิต แก้ลมในกองธาตุ แก้ไข้เรื้อรัง แก้หอบสะอึก บำรุงกระดุก และยังเป็นส่วนประกอบในพิกัดโกฐทั้งเก้าที่มีสรรพคุณโดยรวมสำหรับแก้ไข้ แก้หืดไอ แก้จับสั่น แก้พิษร้อน แก้ลมเสียดแทงชายโครง กระเจายลมในกองริดสีดวง แก้ลมในกองเสมหะ แก่สะอึก แก้ไข้ในกองอดิสาร แก้โรคในปาก กระเจายหนอง ฆ่าพยาธิ แก้ไส้ด้วนไส้ลาม ขับโลหิตร้ายอันเกิดแต่กองปิตตะสมุฏฐาน (Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, 2015) โกฐกระดุกเป็นสมุนไพรที่จะต้องสั่งนำเข้าจากต่างประเทศ ในตำราการแพทย์แผนไทยจึงได้กำหนดให้มีสมุนไพรที่มีสรรพคุณเสมอกัน สามารถใช้แทนกันได้ เนื่องจากบางครั้งแพทย์ปรุงยาอาจหายาบางชนิดไม่ได้ หรือตัวยาง่ายๆ เป็นของต่างประเทศซึ่งหาได้ยาก หรือในบางครั้งสมุนไพรในตลาดหมด โดยโกฐกระดุกมีสรรพคุณเสมอกับกระเทียม มีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า *Zingiber zerumbet* L. Roscoe ex sm. อยู่ในวงศ์ ZINGIBERACEAE เป็นสมุนไพรที่พบในแถบเขตร้อนและกึ่งร้อนของเอเชีย ในประเทศไทยพบได้ทุกภาคของประเทศ (Muangsan, Maensiri, Grote, Machikowa & Saensouk, 2018) มีสรรพคุณตามตำรายาไทยใช้แก้ปวดมวนแน่นท้อง ขับลม แก้บิด บำรุงน้ำนม (Karnkunwithit, Srisangkajorn & Jamjumras, 2020) แพทย์แผนโบราณจึงให้ใช้สมุนไพร 2 ชนิดนี้แทนกันได้ (Phichiansunthon, Tiaworanant & Chirawong, 2012)

แต่อย่างไรก็ตามการจะนำสมุนไพรมาใช้แทนกันได้นั้น จะต้องมีการพิสูจน์เอกลักษณ์และควบคุมคุณภาพของวัตถุดิบสมุนไพรแต่ละชนิด ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้มั่นใจได้ว่าวัตถุดิบสมุนไพรที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน รวมทั้งการวิเคราะห์องค์ประกอบทางเคมีของพืชจะทำให้สามารถใช้เป็นหลักฐานทางวิชาการที่จะนำไปใช้ในการพัฒนาต่อยอดการศึกษาเกี่ยวกับการใช้แทนกันได้ของโกฐกระดุกกับกระเทียม จากความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะตรวจสอบคุณภาพของวัตถุดิบสมุนไพรตามข้อกำหนดสมุนไพรในตำรามาตรฐานสมุนไพร และวิเคราะห์องค์ประกอบทางเคมีของสมุนไพรทั้ง 2 ชนิดด้วยวิธีทีนเลเยอร์โครมาโทกราฟี เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับใช้พิจารณาความเป็นไปได้ในการนำสมุนไพรทั้ง 2 ชนิดนี้มาใช้แทนกันตามความความรู้ทางการแพทย์แผนไทยต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อตรวจสอบข้อกำหนดทางเคมีกายภาพของโกฐกระดุกและกระเทียมตามข้อกำหนดในตำรามาตรฐานสมุนไพร
2. เพื่อเปรียบเทียบองค์ประกอบทางเคมีของโกฐกระดุกและกระเทียมด้วยวิธีทีนเลเยอร์โครมาโทกราฟี

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยทำการเก็บตัวอย่างสมุนไพรโกฐกระดุก และกระเทียมจากร้านขายยาสมุนไพรในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 3 แหล่ง

1. การเตรียมตัวอย่างสมุนไพร

นำสมุนไพรที่ได้มาตรวจสอบลักษณะทางมหภาคของเครื่องยา แล้วนำไปคัดเลือกล้างทำความสะอาดออกจากสมุนไพร จากนั้นนำสมุนไพรไปบด เพื่อเตรียมทำการตรวจสอบข้อกำหนดทางเคมีกายภาพของสมุนไพรต่อไป

2. การตรวจสอบข้อกำหนดทางเคมีกายภาพของสมุนไพร

2.1 การหาปริมาณเถ้ารวม (Total Ash)

ชั่งผงสมุนไพร 5 กรัม ลงใน Crucible นำเข้าตู้อบ 450 องศาเซลเซียส เผาจนกว่าจะได้เถ้าสีขาว ถ้าหากเถ้าไม่ขาว เติมน้ำ 25 มิลลิลิตร เผาต่อ 2 ชั่วโมง เมื่อเถ้าเป็นสีขาวนำ Crucible ที่เถ้าขาวแล้วมานำใส่โถดูดความชื้น แล้วนำไปชั่งน้ำหนัก (Khemthong, Paiboonsrinakra & Klinsunthorn, 2016; Department of Medical Sciences, 2019)

$$\text{วิธีการคำนวณผล} = \frac{\text{น้ำหนักตัวอย่างหลังเผาที่คงที่ (g)}}{\text{ตัวอย่างน้ำหนักก่อนเผา (g)}} \times 100$$

2.2 การหาปริมาณเถ้าที่ไม่ละลายในกรด (Acid insoluble Ash)

นำเถ้าที่ได้จากการหาปริมาณเถ้ารวมมาเติม 10% hydrochloric acid ปริมาณ 25 มิลลิลิตร ต้มบน hot plate 5 นาที กรองด้วยกระดาษไร้เถ้า เติมน้ำจนกระทั่งมีค่า pH เป็นกลาง นำ Crucible ไปเผา 500 องศาเซลเซียส 2 ชั่วโมง เมื่อครบเวลา นำใส่โถดูดความชื้น แล้วจากนั้นชั่งน้ำหนักเถ้าที่ไม่ละลายในกรด (Khemthong, Paiboonsrinakra & Klinsunthorn, 2016; Department of Medical Sciences, 2019)

$$\text{วิธีการคำนวณผล} = \frac{\text{น้ำหนักตัวอย่างหลังเผาที่คงที่ (g)}}{\text{ตัวอย่างน้ำหนักก่อนเผา (g)}} \times 100$$

2.3 ปริมาณสารสกัดด้วยน้ำ (Water- soluble Extractive)

ชั่งผงสมุนไพร 5 กรัม ลงในขวดชมพู แล้วเติมน้ำกลั่น 100 มิลลิลิตร ปิดด้วยฟอยล์ เขย่า 6 ชั่วโมง พักไว้อีก 8 ชั่วโมง กรองด้วยกระดาษกรองเบอร์ 1 ใช้ปริมาณ 20 มิลลิลิตร จากนั้นนำสารใส่ ขามระเหย (Evaporating dish) แล้วนำไประเหยจนอ่างน้ำควบคุมอุณหภูมิจากนั้นนำไปอบที่อุณหภูมิ 105 องศาเซลเซียส แล้วนำออกมาวางให้แห้งในโถดูดความชื้น แล้วนำมาชั่ง (Khemthong, Paiboonsrinakra & Klinsunthorn, 2016; Department of Medical Sciences, 2019)

$$\text{วิธีการคำนวณผล} = \frac{\text{น้ำหนักสารสกัด (g)}}{\text{น้ำหนักผงสมุนไพรเริ่มต้น (g)}} \times 100$$

2.4 ปริมาณสารสกัดด้วยเอทานอล (Ethanol-soluble Extractive)

ชั่งผงสมุนไพร 5 กรัม ลงในขวดชมพู แล้วเติมเอทานอล 100 มิลลิลิตร ปิดด้วยฟอยล์ เขย่า 6 ชั่วโมง พักไว้อีก 8 ชั่วโมง กรองใช้ปริมาณ 20 มิลลิลิตร จากนั้นนำสารใส่ขามระเหย (Evaporating dish) แล้วนำไประเหยจนอ่างน้ำควบคุมอุณหภูมิจากนั้นนำไปอบที่อุณหภูมิ 105 องศาเซลเซียส แล้วนำออกมาวางให้แห้งในโถดูดความชื้น แล้วนำมาชั่งน้ำหนัก (Khemthong, Paiboonsrinakra & Klinsunthorn, 2016; Department of Medical Sciences, 2019)

$$\text{วิธีการคำนวณผล} = \frac{\text{น้ำหนักสารสกัด (g)}}{\text{น้ำหนักผงสมุนไพรเริ่มต้น (g)}} \times 100$$

2.5 ปริมาณน้ำมันหอมระเหย (Determination of volatile oil)

ซังผงสมุนไพร 50 กรัม ลงในขวดก้นกลม (Round bottom flask) ขนาด 500 มิลลิลิตร จากนั้นเติม คลอโรฟอร์ม 250 มิลลิลิตร แล้วเติม ไฮลีน 2 มิลลิลิตร กลั่นที่อุณหภูมิ 130-150 องศาเซลเซียส กลั่นเป็นเวลา 5 ชั่วโมง เมื่อครบเวลาทิ้งไว้ 15 นาที จากนั้นวัดปริมาณ น้ำมันหอมระเหยที่ได้จากการกลั่น (Khemthong, Paiboonsrinakra & Klinsunthorn, 2016; Department of Medical Sciences, 2019)

$$\text{วิธีคำนวณผล} = \frac{\text{ปริมาณรวมจากการกลั่น-xylene}}{\text{น้ำหนักสมุนไพร}} \times 100$$

2.6 ปริมาณน้ำ (Determination of water)

ซังผงสมุนไพร 50 กรัม ลงใน ขวดก้นกลม ขนาด 500 มิลลิลิตร จากนั้นเติม โทลูอิน 200 มิลลิลิตร และน้ำ 2 มิลลิลิตร กลั่น 130-150 องศาเซลเซียส กลั่นเป็นเวลา 2 ชั่วโมง เมื่อครบเวลาทิ้งไว้ 1 ชั่วโมง (Khemthong, Paiboonsrinakra & Klinsunthorn, 2016; Department of Medical Sciences, 2019)

$$\text{วิธีการคำนวณผล} = \frac{\text{ปริมาณน้ำที่ได้ (mL)}}{\text{น้ำหนักผงสมุนไพร}} \times 100$$

3. การตรวจสอบองค์ประกอบทางเคมีเบื้องต้น

3.1 การตรวจสอบแอลคาลอยด์ (Alkaloids)

การตรวจสอบแอลคาลอยด์ เป็นวิธีที่ดัดแปลงมาจาก Andriani et al. (2019) เตรียมน้ำยาทดสอบ เมเยอร์ (Mayer's reagent) โดยซังสารเมอร์คิวริก (II) คลอไรด์ (HgCl₂) 1.36 กรัม และสารโพแทสเซียมไอโอไดด์ (KI) 5.00 กรัม ละลายในน้ำกลั่น แล้วปรับปริมาตรให้เป็น 100 มิลลิลิตร จากนั้นซังสารสกัดตัวอย่าง 0.2 กรัม ลงใน หลอดทดลอง ละลายด้วยเมทานอล ปริมาตร 5.0 มิลลิลิตร เขย่า กรองส่วนที่ไม่ละลายออก เติมน้ำละลาย กรดไฮโดรคลอริกเจือจาง (1 % v/v HCl) ปริมาตร 2.0 มิลลิลิตร เขย่า แล้วหยดน้ำยาทดสอบเมเยอร์ (Mayer's reagent) จำนวน 2-3 หยด เขย่า ถ้าปรากฏตะกอนสีขาวแสดงว่าพบแอลคาลอยด์ (Andriani et al., 2019)

3.2 การตรวจสอบแอนทราควิโนน (Anthraquinones)

การตรวจสอบแอนทราควิโนน เป็นวิธีที่ดัดแปลงมาจาก Ayoola et al. (2008) โดยซังสารสกัดตัวอย่าง 0.2 กรัม ลงในหลอดทดลอง ละลายด้วยสารละลายกรดซัลฟิวริกเจือจาง (10 % v/v H₂SO₄) ปริมาตร 10.0 มิลลิลิตร เขย่าแล้ว นำไปอุ่นโดยเครื่องให้ความร้อน (Hot plate) 5-10 นาที กรองส่วนที่ไม่ละลายออก เติมน้ำละลาย ปริมาตร 5.0 มิลลิลิตร บีบอัดสารผสมใส่ หลอดทดลอง ปริมาตร 1.0 มิลลิลิตร จากนั้นหยดสารละลายแอมโมเนียเจือจาง (10% v/v NH₃) จำนวน 2-3 หยด แล้วเขย่า ถ้าปรากฏสารละลายเป็นสีชมพูแดงเกิดขึ้นแสดงว่าพบ แอนทราควิโนน (Ayoola et al., 2008)

3.3 การตรวจสอบแทนนิน (Tannins)

การตรวจสอบแทนนิน เป็นวิธีที่ดัดแปลงมาจาก Samejo (2013) โดยซังสารสกัดตัวอย่าง 0.5 กรัม ลง ในหลอดทดลอง ละลายด้วยน้ำกลั่น ปริมาตร 100 มิลลิลิตร เขย่า กรองส่วนที่ไม่ละลายออก นำไปอุ่นโดย เครื่องให้ความร้อน (Hot plate) 5-10 นาที จากนั้นหยด สารละลายเฟอร์ริกคลอไรด์เจือจาง (0.1% w/v FeCl₃)

จำนวน 2-3 หยด เขย่า ถ้าปรากฏสารละลายเป็นสีเขียวดำหรือน้ำเงินดำ แสดงว่าพบแทนนิน (Samejo, Memon, Bhanger & Khan, 2013)

3.4 การตรวจสอบไกลโคไซด์ (Glycosides)

การตรวจสอบไกลโคไซด์ เป็นวิธีที่ดัดแปลงมาจาก Samejo (2013) โดยชั่งสารสกัดตัวอย่าง 0.2 กรัม ลงในหลอดทดลอง ละลายด้วยน้ำกลั่น ปริมาตร 2.0 มิลลิลิตร เขย่า กรองส่วนที่ไม่ละลายออก เติมกรด แกลเซียลแอซิดิก (Glacial acetic acid, CH_3COOH) ปริมาตร 1.0 มิลลิลิตร หยดสารละลายเฟอร์ริกคลอไรด์เจือจาง (0.1% w/v FeCl_3) จำนวน 2-3 หยด จากนั้นหยดกรดซัลฟิวริกเข้มข้น (conc. H_2SO_4) จำนวน 2-3 หยด เขย่า ถ้าหยดกรดซัลฟิวริกเข้มข้น แสดงว่าพบไกลโคไซด์ (Samejo, Memon, Bhanger & Khan, 2013)

3.5 การตรวจสอบซาโปนิน (Saponins)

การตรวจสอบซาโปนิน เป็นวิธีที่ดัดแปลงมาจาก Andriani et al. (2019) โดยชั่งสารสกัดตัวอย่าง 0.2 กรัม ลงในหลอดทดลอง ละลายด้วยน้ำกลั่น ปริมาตร 5.0 มิลลิลิตร เขย่าอย่างรุนแรง ถ้าปรากฏฟองถาวรเกิดขึ้น ในหลอดทดลองแสดงว่าพบซาโปนิน

3.6 การตรวจสอบฟลาโวนอยด์ (Flavonoids)

การตรวจสอบฟลาโวนอยด์ เป็นวิธีที่ดัดแปลงมาจาก Piboonpol, Hounkong, Khunchana, Santiparadon & Somsap (2020) โดยชั่งสารสกัดตัวอย่าง 0.2 กรัม ลงในหลอดทดลอง ละลายด้วยเมทานอล ปริมาตร 10 มิลลิลิตร เขย่า กรองส่วนที่ไม่ละลายออก เติมสารละลายกรดไฮโดรคลอริกเจือจาง (1% v/v HCl) จำนวน 5-10 หยด เติมโลหะแมกนีเซียม จำนวน 2-3 ชิ้น เขย่า จากนั้นนำไปอุ่นโดยเครื่องให้ความร้อน 10-15 นาที ถ้าสารละลายเปลี่ยนเป็นสีน้ำตาลแดงหรือสีแดงชมพูแสดงว่าพบฟลาโวนอยด์ (Piboonpol Hounkong, Khunchana, Santiparadon & Somsap, 2020)

3.7 การตรวจสอบเทอร์ปีนอยด์ (Terpenoids)

การตรวจสอบเทอร์ปีนอยด์เป็นวิธีที่ดัดแปลงมาจาก Piboonpol, Hounkong, Khunchana, Santiparadon & Somsap (2020) โดยชั่งสารสกัดตัวอย่าง 1 มิลลิกรัม ลงในหลอดทดลอง ละลายด้วยคลอโรฟอร์ม ปริมาตร 2.0 มิลลิลิตร เขย่า กรองส่วนที่ไม่ละลายออก จากนั้นเติมกรดซัลฟิวริกเข้มข้น (conc. H_2SO_4) ปริมาตร 1.0 มิลลิลิตร เขย่า ถ้าปรากฏสีน้ำตาลแดงแสดงว่าพบเทอร์ปีนอยด์ (Piboonpol, Hounkong, Khunchana, Santiparadon & Somsap, 2020)

4. การวิเคราะห์องค์ประกอบทางเคมีด้วยเทคนิคThin Layer Chromatography; TLC)

4.1 การเตรียมตัวอย่างสมุนไพร

นำสมุนไพรทั้ง 2 ชนิด ได้แก่ โกฐกระดูกและหัวกระทือ มาบดเป็นผงจากนั้นนำไปสกัดด้วย 70% เอทานอล ในอัตราส่วน 1:5 แช่ทิ้งไว้เป็นเวลา 24 ชั่วโมง กรองสารสกัดด้วยกระดาษกรองเบอร์ 1 แล้วนำไปสกัดต่อ ด้วยวิธีการสกัดแบบแยกชั้น (Partition) ด้วยตัวทำละลาย เฮกเซน และไดคลอโรมีเทน แล้วนำสารสกัดที่ได้ในแต่ละชั้นไประเหยเอาตัวทำละลายออกด้วยเครื่องระเหยสุญญากาศ จากนั้นเก็บสารสกัดแต่ละชนิดที่อุณหภูมิ -20 องศาเซลเซียส เพื่อเตรียมนำไปทำการทดสอบต่อไป (Klangprapun, Buranrat, Caichompoo & Nualkaew, 2018)

4.2 วิธีการตรวจสอบ

4.2.1 วิธีการทดสอบสารสกัดส่วนเฮกเซน

นำสารสกัดเฮกเซนที่กรองแล้วมาหยดลงแผ่น TLC หลังจากแห้งแล้วนำไปวางในแนวตั้งในภาชนะปิดที่เรียกว่า TLC tank ที่มีตัวทำละลาย (mobile phase) คือ Toluene : Ethyl acetate ในอัตราส่วน 8:2 เพื่อให้แผ่น TLC ทำการดูดสารให้ซึมตัว เมื่อซึมตัวแล้วนำออกมาพาด้านนอกให้แห้งแล้วนำไปวัดระยะทางการเคลื่อนที่ของสาร โดยการตรวจสอบด้วยรังสีอัลตราไวโอเลตที่ความยาวคลื่น 254 และ 366 นาโนเมตร จากนั้นนำไปสเปรย์ด้วยน้ำยา anisaldehyde-sulfuric acid แล้วอบที่อุณหภูมิ 115 องศา ประมาณ 10 นาที (Department of Medical Sciences, 2019)

4.2.2 วิธีการทดสอบสารสกัดส่วนไดคลอโรมีเทน

นำสารสกัดไดคลอโรมีเทนที่กรองแล้วมาหยดลงแผ่น TLC หลังจากแห้งแล้วนำไปวางแนวตั้งใน TLC tank ที่มีตัวทำละลาย คือ Dichloromethane : Ethanol ในอัตราส่วน 9:1 เพื่อให้แผ่น TLC ทำการดูดสารให้ซึมตัว เมื่อซึมตัวแล้วนำออกมาพาด้านนอกให้แห้งแล้วนำไปวัดระยะทางการเคลื่อนที่ของสาร โดยการตรวจสอบด้วยรังสีอัลตราไวโอเลต (UV) ที่ความยาวคลื่น 254 และ 366 นาโนเมตร จากนั้นนำไปสเปรย์ด้วยน้ำยา anisaldehyde-sulfuric acid แล้วอบที่อุณหภูมิ 115 องศาเซลเซียส ประมาณ 10 นาที (Department of Medical Sciences, 2019)

ผลการวิจัย

1. การตรวจสอบลักษณะทางมหภาคของสมุนไพร

1.1 โกฎกระดูก

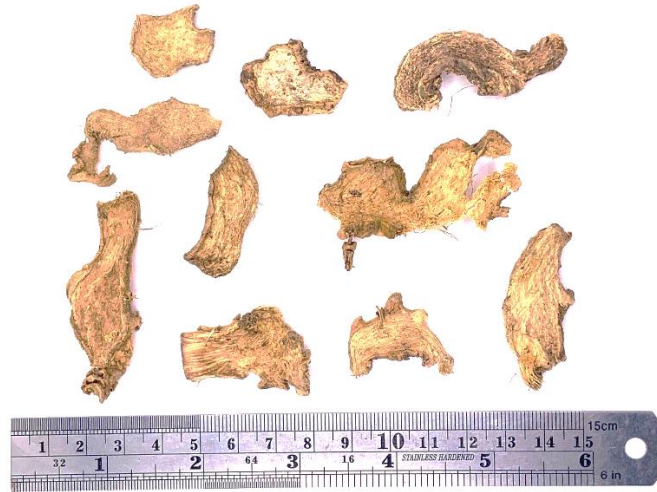
ผู้วิจัยได้นำโกฎกระดูกจากร้านจำหน่ายยาแผนโบราณทั้ง 3 แหล่งมาตรวจสอบลักษณะทางมหภาคพบว่า มีลักษณะเป็นแท่งทรงกระบอก มีรอยแตกตามยาวลักษณะคล้ายแผล ผิวไม่เรียบ



ภาพที่ 1 แสดงลักษณะของรากโกฎกระดูก (*Aucklandia lappa* DC.)

1.2 กระเทียม

ผู้วิจัยได้นำกระเทียมจากร้านจำหน่ายยาแผนโบราณทั้ง 3 แห่ง มาตรวจสอบลักษณะทางมหภาค พบว่าเป็นขิงยาว รูปร่างไม่สม่ำเสมอ มีสีเหลืองหรือน้ำตาลอ่อน รอยตามยาว เนื้อในแน่นมีลักษณะเป็นเส้น



ภาพที่ 2 แสดงลักษณะของเหง้ากระเทียม (*Zingiber zerumbet* L. Roscoe ex sm.)

2. การตรวจสอบข้อกำหนดทางเคมีกายภาพของสมุนไพร

2.1 การตรวจสอบข้อกำหนดทางเคมีกายภาพของโกฎกระดุก

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อกำหนดทางเคมีกายภาพของโกฎกระดุก ได้แก่ ปริมาณเถ้ารวม ปริมาณเถ้าที่ไม่ละลายในกรด ปริมาณสารสกัดด้วยน้ำ ปริมาณสารสกัดด้วยเอทานอล ปริมาณน้ำมันหอมระเหย และปริมาณน้ำจากตัวอย่างสมุนไพรที่ได้จากร้านจำหน่ายสมุนไพรในจังหวัดอุบลราชธานี ผลการตรวจสอบดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการตรวจสอบข้อกำหนดทางเคมีกายภาพของโกฎกระดุก

สมุนไพร	ข้อกำหนด	แหล่งจำหน่าย	ผลการตรวจสอบ	สรุปผลการตรวจสอบ
โกฎกระดุก	ปริมาณเถ้ารวม ไม่เกิน 6 % w/w	ร้านที่ 1	3.44	ผ่าน
		ร้านที่ 2	4.25	ผ่าน
		ร้านที่ 3	5.0105	ผ่าน
	ปริมาณเถ้าที่ไม่ละลายในกรด ไม่เกิน 1 % w/w	ร้านที่ 1	0.47	ผ่าน
		ร้านที่ 2	0.55	ผ่าน
		ร้านที่ 3	0.63	ผ่าน
	ปริมาณน้ำ ไม่เกิน 11 % v/w	ร้านที่ 1	6.07	ผ่าน
		ร้านที่ 2	6.03	ผ่าน
		ร้านที่ 3	5.99	ผ่าน
	ปริมาณสารสกัดด้วยน้ำ ไม่น้อย 27 % w/w	ร้านที่ 1	33.13	ผ่าน
		ร้านที่ 2	41.18	ผ่าน
		ร้านที่ 3	49.23	ผ่าน

ตารางที่ 1 ผลการตรวจสอบข้อกำหนดทางเคมีกายภาพของโกศกระดูก (ต่อ)

สมุนไพร	ข้อกำหนด	แหล่งจำหน่าย	ผลการตรวจสอบ	สรุปผลการตรวจสอบ
โกศกระดูก	ปริมาณสารสกัดด้วย	ร้านที่ 1	22.08	ผ่าน
	แอลกอฮอล์ ไม่น้อย 11	ร้านที่ 2	26.51	ผ่าน
	% w/w	ร้านที่ 3	30.94	ผ่าน
	ปริมาณน้ำมันหอม	ร้านที่ 1	4.15	ผ่าน
	ระเหย ไม่น้อย 0.7	ร้านที่ 2	4.09	ผ่าน
	% v/w	ร้านที่ 3	4.04	ผ่าน

2.2 การตรวจสอบข้อกำหนดทางเคมีกายภาพของกระทือ

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อกำหนดทางเคมีกายภาพของกระทือ ได้แก่ ปริมาณเถ้ารวม ปริมาณเถ้าที่ไม่ละลายในกรด ปริมาณสารสกัดด้วยน้ำ ปริมาณสารสกัดด้วยเอทานอล ปริมาณน้ำมันหอมระเหย และปริมาณน้ำ จากตัวอย่างสมุนไพรที่ได้จากร้านจำหน่ายสมุนไพรในจังหวัดอุบลราชธานี ผลการตรวจสอบดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการตรวจสอบข้อกำหนดทางเคมีกายภาพของกระทือ

สมุนไพร	ข้อกำหนด	แหล่งจำหน่าย	ผลการตรวจสอบ	สรุปผลการตรวจสอบ
กระทือ	ปริมาณเถ้ารวม ไม่เกิน 10 % w/w	ร้านที่ 1	11.55	ไม่ผ่าน
		ร้านที่ 2	13.91	ไม่ผ่าน
		ร้านที่ 3	16.27	ไม่ผ่าน
	ปริมาณเถ้าที่ไม่ละลายในกรด ไม่เกิน 5 % w/w	ร้านที่ 1	5.26	ไม่ผ่าน
		ร้านที่ 2	7.29	ไม่ผ่าน
		ร้านที่ 3	9.31	ไม่ผ่าน
	ปริมาณน้ำ ไม่เกิน 11 % v/w	ร้านที่ 1	16.46	ไม่ผ่าน
		ร้านที่ 2	15.55	ไม่ผ่าน
		ร้านที่ 3	14.63	ไม่ผ่าน
	ปริมาณสารสกัดด้วยน้ำ ไม่น้อยกว่า 11 % w/w	ร้านที่ 1	16.46	ผ่าน
		ร้านที่ 2	15.55	ผ่าน
		ร้านที่ 3	14.63	ผ่าน
	ปริมาณสารสกัดด้วยแอลกอฮอล์ ไม่น้อย 2 % w/w	ร้านที่ 1	4.97	ผ่าน
		ร้านที่ 2	5.67	ผ่าน
		ร้านที่ 3	6.36	ผ่าน
	ปริมาณน้ำมันหอมระเหย ไม่น้อย 0.6 % v/w	ร้านที่ 1	5.99	ผ่าน
		ร้านที่ 2	5.95	ผ่าน
		ร้านที่ 3	5.89	ผ่าน

3. การตรวจสอบสารพฤษเคมีเบื้องต้น

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบสารพฤษเคมีเบื้องต้นของสมุนไพรทั้ง 2 ชนิด ได้แก่ การตรวจสอบสารแอลคาลอยด์ แอนทราควิโนน แทนนิน ไกลโคไซด์ ซาโปนิน ฟลาโวนอยด์ และเทอร์ปีน ได้ผลการทดสอบดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการตรวจสอบพฤษเคมีเบื้องต้น

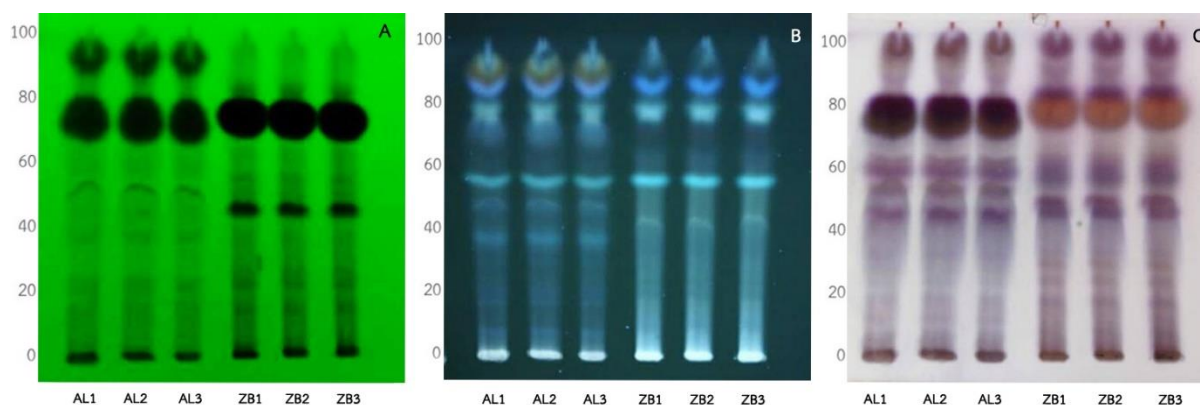
การทดสอบ	โกฐกระดูก			กระทือ		
	ร้านที่ 1	ร้านที่ 2	ร้านที่ 3	ร้านที่ 1	ร้านที่ 2	ร้านที่ 3
Alkaloids	+	+	+	+	+	+
	ตะกอนสีส้ม	ตะกอนสีส้ม	ตะกอนสีส้ม	ตะกอนสีส้ม	ตะกอนสีส้ม	ตะกอนสีส้ม
	แดง	แดง	แดง	แดง	แดง	แดง
Anthraquinone	-	-	-	-	-	-
Tannins	+	+	+	-	-	-
	สารละลายสีเขียว	สารละลายสีเขียว	สารละลายสีเขียว	-	-	-
Glycosides	-	-	-	-	-	-
Saponins	-	-	-	-	-	-
Flavonoids	+	+	+	+	+	+
	สีน้ำตาลแดง	สีน้ำตาลแดง	สีน้ำตาลแดง	สีน้ำตาลแดง	สีน้ำตาลแดง	สีน้ำตาลแดง
Terpenoids	+	+	+	+	+	+
	สารละลายสีน้ำตาลแดง	สารละลายสีน้ำตาลแดง	สารละลายสีน้ำตาลแดง	สารละลายสีน้ำตาลแดง	สารละลายสีน้ำตาลแดง	สารละลายสีน้ำตาลแดง

จากการศึกษาสารพฤษเคมีเบื้องต้นของสมุนไพรทั้ง 2 ชนิด พบว่า โกฐกระดูก ให้ผลบวกกับการตรวจสอบสารพฤษเคมีเบื้องต้น ได้แก่ alkaloids, tannins, flavonoids และ terpenoids ส่วนกระทือให้ผลบวกกับการตรวจสอบสารพฤษเคมีเบื้องต้น ได้แก่ alkaloids, flavonoids และ terpenoids

4. การวิเคราะห์องค์ประกอบทางเคมีด้วยวิธีทีนเลเยอร์โครมาโทกราฟี (TLC)

4.1 การวิเคราะห์องค์ประกอบทางเคมีด้วยวิธี TLC ของสารสกัดด้วยเฮกเซน

ผู้วิจัยทำการทดสอบโดยการหยดสารละลายของสารสกัดโกฐกระดูกและกระทือด้วยเฮกเซน ลงบนแผ่น TLC แล้วนำไปวางใน TLC tank ที่ทำให้อิ่มตัวด้วยสารละลาย mobile phase คือ toluene : ethyl acetate ในอัตราส่วน 8 : 2 ตรวจสอบภายใต้รังสี UV ที่ความยาวคลื่น 254 และ 366 นาโนเมตร แล้วนำไปสเปรย์ด้วย anisaldehyde sulfuric acid reagents อบที่อุณหภูมิ 115 องศาเซลเซียส ประมาณ 1-2 นาที จากนั้นทำการตรวจสอบอัตราการเคลื่อนที่ของสารบนตัวดูดซับ (Rf) ของแถบสารที่เกิดขึ้นในสมุนไพรทั้ง 2 ชนิด แล้วนำมาเปรียบเทียบกับตำแหน่งที่ตรงกัน ผลการทดสอบดังแสดงในภาพที่ 3 และอัตราการเคลื่อนที่ของสารบนตัวดูดซับ (Rf) ในตำแหน่งที่ตรงกันของสารสกัดโกฐกระดูกและกระทือ ดังแสดงในตารางที่ 4



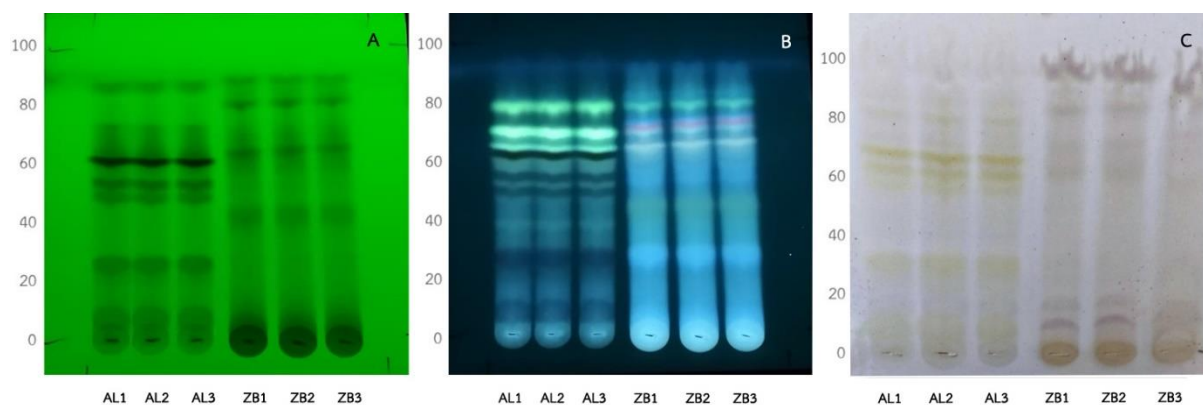
ภาพที่ 3 แสดง TLC Chromatogram ของสารสกัดโกฐกระดูก (AL) และกระเทียมด้วยเฮกเซน (ZB) เมื่อตรวจสอบภายใต้รังสี UV ที่ความยาวคลื่น 254 nm (A) ตรวจสอบภายใต้รังสี UV ที่ความยาวคลื่น 366 nm (B) และสเปรย์ด้วย anisaldehyde sulfuric acid reagents (C)

ตารางที่ 4 แสดงอัตราการเคลื่อนที่ของสารบนตัวดูดซับ (hRf) ในตำแหน่งที่ตรงกันของสารสกัดโกฐกระดูกและกระเทียมด้วยเฮกเซน

Spot	hRf Value	Detection					
		UV 254		UV 366		Anisaldehyde TS	
		โกฐกระดูก	กระเทียม	โกฐกระดูก	กระเทียม	โกฐกระดูก	กระเทียม
1	14-19	-	-	-	-	Purple	Purple
2	55-59	quenching	quenching	-	-	-	-
3	66-70	quenching	quenching	-	-	-	-
4	75-80	-	-	Light green	Light green	-	-
5	88-93	-	-	-	-	Black Purple	Black Purple

4.2 การวิเคราะห์องค์ประกอบทางเคมีด้วยวิธี TLC ของสารสกัดด้วยไดคลอโรมีเทน

ผู้วิจัยทำการทดสอบโดยการหยดสารละลายของสารสกัดโกฐกระดูกและกระเทียมด้วยไดคลอโรมีเทนลงบนแผ่น TLC แล้วนำไปวางใน TLC tank ที่ทำให้อิ่มตัวด้วยสารละลาย mobile phase คือ dichloromethane : ethanol ในอัตราส่วน 9 : 1 ตรวจสอบภายใต้รังสี UV ที่ความยาวคลื่น 254 และ 366 นาโนเมตร แล้วนำไปสเปรย์ด้วย anisaldehyde sulfuric acid reagents อบที่อุณหภูมิ 115 องศาเซลเซียส ประมาณ 10 นาที จากนั้นทำการตรวจสอบอัตราการเคลื่อนที่ของสารบนตัวดูดซับ (hRf) ของแถบสารที่เกิดขึ้นในสมุนไพรรัง 2 ชนิด แล้วนำมาเปรียบเทียบกับตำแหน่งที่ตรงกัน ผลการทดสอบดังแสดงในภาพที่ 4 และอัตราการเคลื่อนที่ของสารบนตัวดูดซับ (hRf) ในตำแหน่งที่ตรงกันของสารสกัดโกฐกระดูกและกระเทียม ดังแสดงในตารางที่ 5



ภาพที่ 4 แสดง TLC Chromatogram ของสารสกัดโกฐกระดูก (AL) และกระเทียมด้วยไดคลอโรมีเทน (ZB) เมื่อตรวจสอบภายใต้รังสี UV ที่ความยาวคลื่น 254 nm (A) ตรวจสอบภายใต้รังสี UV ที่ความยาวคลื่น 366 nm (B) และสเปรย์ด้วย anisaldehyde sulfuric acid reagents (C)

ตารางที่ 5 แสดงอัตราการเคลื่อนที่ของสารบนตัวดูดซับ (hRf) ในตำแหน่งที่ตรงกันของสารสกัดโกฐกระดูกและกระเทียมด้วยไดคลอโรมีเทน

Spot	hRf Value	Detection					
		UV 254		UV 366		Anisaldehyde TS	
		โกฐกระดูก	กระเทียม	โกฐกระดูก	กระเทียม	โกฐกระดูก	กระเทียม
1	15-18	quenching	quenching	-	-	-	-
2	16-19	-	-	-	-	Purple	Purple
3	29-34	-	-	-	-	Black Blue	Black Blue
4	34-39	quenching	quenching	-	-	-	-
5	51-56	-	-	-	-	Purple	Purple
6	53-58	-	-	Light green	Light green	-	-
7	64-78	quenching	quenching	-	-	-	-
8	76-83	-	-	Blue	Blue	-	-

อภิปรายผลการวิจัย

จากการทดสอบจากการตรวจสอบลักษณะทางมหภาคและสารพฤกษเคมีเบื้องต้นของโกฐกระดูกและกระเทียม โดยผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกสมุนไพรจากร้านขายยาสมุนไพร จำนวน 3 ร้าน ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี พบว่ามีลักษณะทางมหภาคที่สอดคล้องกับลักษณะที่ระบุในตำรามาตรฐานสมุนไพร (Department of Medical Sciences, 2019) จากนั้นนำมาตรวจสอบข้อกำหนดทางเคมีกายภาพของสมุนไพรตามข้อกำหนดมาตรฐานสมุนไพรในตำรามาตรฐานสมุนไพร (THP) ผลการทดสอบพบว่า โกฐกระดูกจากแหล่งจำหน่ายสมุนไพรทั้ง 3 ร้าน เมื่อนำมาตรวจสอบตามข้อกำหนดมาตรฐาน ได้แก่ การหาปริมาณเถ้ารวม การหาปริมาณเถ้าที่ไม่ละลายในกรด การหาปริมาณน้ำ ปริมาณสารสกัดด้วยเอทานอล ปริมาณสารสกัดด้วยน้ำ และปริมาณน้ำมันหอมระเหย เป็นไปตามข้อกำหนดมาตรฐานที่ระบุในตำรามาตรฐานสมุนไพร (Department of Medical Sciences, 2019) ส่วนกระเทียมจากแหล่งจำหน่ายสมุนไพรทั้ง 3 แหล่ง เมื่อนำมาตรวจสอบมาตรฐานตามข้อกำหนดมาตรฐาน ได้แก่ การหาปริมาณเถ้ารวม และการหา

ปริมาณเถ้าที่ไม่ละลายในกรด พบว่า ไม่เป็นไปตามข้อกำหนดมาตรฐานที่ระบุใน Thai Herbal Pharmacopoeia เนื่องจากมีค่าร้อยละของปริมาณเถ้า และค่าร้อยละของปริมาณเถ้าที่ไม่ละลายในกรดเกินกว่าที่มาตรฐานกำหนด (Department of Medical Sciences, 2019) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะส่วนที่นำมาใช้เป็นยาของกระเทียมหัวใต้ดินที่มีกาบหุ้ม หากทำความสะอาดไม่เหมาะสม เมื่อนำมาหั่นเป็นชิ้นจึงอาจทำให้มีหิน ดินหรือทราย ติดอยู่ที่บริเวณกาบหุ้ม ส่งผลให้มีปริมาณเถ้าและปริมาณเถ้าที่ไม่ละลายในกรดสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (Rattarom, Sakpakdeejaroen & Khongsip, 2017) ส่วนการหาปริมาณน้ำ ปริมาณสารสกัดด้วยแอลกอฮอล์ ปริมาณสารสกัดด้วยน้ำ และปริมาณน้ำมันหอมระเหย เป็นไปตามข้อกำหนดมาตรฐานที่ระบุในตำรามาตรฐานสมุนไพร (Department of Medical Sciences, 2019)

การศึกษาองค์ประกอบทางเคมีของสมุนไพรโกฐกระดูกด้วยวิธีการตรวจสอบเบื้องต้น พบว่า โกฐกระดูกพบองค์ประกอบทางเคมีเบื้องต้น ได้แก่ สารกลุ่ม alkaloids, tannins และ terpenoids ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกับงานวิจัยของ Siraj (2020) ที่ได้ทำการศึกษาการควบคุมคุณภาพและการตรวจสอบสารพิษจากเคมีเบื้องต้นของสมุนไพรโกฐกระดูก พบสารในกลุ่ม alkaloid glycosides, tannins, flavonoids และ saponins (Siraj, 2020) ส่วนการตรวจสอบองค์ประกอบทางเคมีเบื้องต้นของสมุนไพรกระเทียม พบสารกลุ่ม alkaloids, flavonoids และ terpenoids ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Rahayu, Widodo, Prihartini & Winaya (2019) ที่ได้ทำการศึกษาฤทธิ์การต้านแบคทีเรียของสารสกัดเอทานอลจาก *zingiber zerumbet* (L.) ต่อเชื้อ *Salmonella spp.* พบสารพิษจากเคมีเบื้องต้น ได้แก่ สารกลุ่ม alkaloid glycosides, tannins, flavonoids, saponins และ terpenoid ประกอบกับผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบองค์ประกอบทางเคมีด้วยวิธีThin Layer Chromatography (TLC) ของสารสกัดโกฐกระดูกและกระเทียมด้วยเฮกเซนและไดคลอโรมีเทน เมื่อนำไปตรวจสอบภายใต้แสงอัลตราไวโอเล็ตที่ความยาวคลื่น 254 และ 366 นาโนเมตร และน้ำยา anisaldehyde sulfuric acid reagents พบอัตราการเคลื่อนที่ของสารบนตัวดูดซับที่ตรงกันของสมุนไพรทั้ง 2 ชนิด ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าแถบสารที่ปรากฏขึ้นบนตัวดูดซับนั้นเป็นสารในกลุ่ม terpenoids เนื่องจากปรากฏแถบสารที่บ่งชี้เมื่อตรวจสอบภายใต้แสงอัลตราไวโอเล็ต ที่ความยาวคลื่น 254 นาโนเมตร และหลังจากที่สเปรย์ด้วยน้ำยา anisaldehyde sulfuric acid reagents และให้ความร้อนจะปรากฏแถบสารสีม่วง สีแดง และสีเหลืองซึ่งเป็นลักษณะของสารประกอบอโรมาติก (Gerlach, Gadea, Da Silveira, Clerc & Lohézic-le Dévéhat, 2018) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mani, Park, Kim, Lee & Lee (2021) ที่ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสาร Sesquiterpenoid ซึ่งเป็นสารในกลุ่ม terpenoids ที่ส่วนใหญ่จะพบได้ในพืชวงศ์ Poaceae, Solanaceae, Araceae, Rutaceae, Zingiberaceae, Cannabaceae, Myrtaceae, Cupressaceae และ Asteraceae (Mani, Park, Kim, Lee & Lee, 2021) นอกจากนี้สารในกลุ่ม terpenoids ยังเป็นองค์ประกอบหลักของน้ำมันหอมระเหย (Indumathi, Durgadevi, Nithyavani, & Gayathri, 2014) มีฤทธิ์ในการขับลม (Okach, Nyunja & Opande, 2013) สอดคล้องกับสรรพคุณในทางขับลมของโกฐกระดูกและกระเทียมที่ระบุในตำรายาโบราณอีกด้วย (Phichiansunthon, Chawalit & Chirawong, 2017) การศึกษานี้ให้ผลการศึกษาเช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Kaewtai & Bumrungchaichana (2021) ที่ได้ทำการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นด้านองค์ประกอบทางเคมีและฤทธิ์ต้านการอักเสบของสมุนไพรที่ใช้แทนกันระหว่างโกฐเชียงและโพลตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย แล้วพบว่าสมุนไพรที่มีสารองค์ประกอบทางเคมีในกลุ่มเดียวกัน อาจมีความเป็นไปได้ในการนำมาใช้แทนกัน (Kaewtai & Bumrungchaichana, 2021)

สรุปและข้อเสนอแนะการวิจัย

จากผลการศึกษาองค์ประกอบทางเคมีเบื้องต้นและผลการวิเคราะห์เอกลักษณ์ทางเคมีโดยวิธีThin Layer Chromatography (TLC) ของโกลฐกระดูกและกระทือ พบองค์ประกอบทางเคมีเป็นสารในกลุ่ม terpenoids ซึ่งมีความเป็นไปได้ในการนำมาใช้แทนกันในสรรพคุณที่เกี่ยวข้องกับการขับลมในร่างกาย แต่อย่างไรก็ตามจำเป็นต้องมีการศึกษาเปรียบเทียบองค์ประกอบทางเคมีของสารออกฤทธิ์ที่สำคัญและฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาที่เกี่ยวข้องของสมุนไพรทั้ง 2 ชนิดเพิ่มเติมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี และได้รับความสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์ในการทำวิจัยจากศูนย์วิจัยและพัฒนายาไทยและผลิตภัณฑ์สมุนไพร คณะแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

References

- Andriani, Y., Ramli, N.M., Syamsumir, D.F., Kassim, M.N.I., Jaafar, J., Aziz, N.A., Marlina, L., Musa, N.S. & Mohamad, H. (2019). Phytochemical analysis, antioxidant, antibacterial and cytotoxicity properties of keys and cores part of Pandanus tectorius fruits. *Arabian Journal of Chemistry*, 12(8):3555–3564.
- Ayoola, G.A., Coker, H.A., Adesegun, S.A., Adepoju-Bello, A.A., Obaweya, K., Ezennia, E.C., & Atangbayila, T.O. (2008). Phytochemical screening and antioxidant activities of some selected medicinal plants used for malaria therapy in Southwestern Nigeria. *Ropical Journal of Pharmaceutical Research*, 7(3):1019–1024.
- Department of Medical Sciences, M. of P. H. (2019). *Thai Herbal Pharmacopoeia 2019 Vollume II*. Department of Thai Traditional and Alternative Medicine. (2015). *Monographs of Selected Thai Materia Medica Volume 1*. Bangkok: Amarin Printing and Publishing Public Company Limited. (in Thai)
- Gerlach, A.D.C.L., Gadea, A., da Silveira, R.M.B., Clerc, P. and Lohézic-le Dévéhat, F. (2018). The Use of Anisaldehyde Sulfuric Acid as an Alternative Spray Reagent in TLC Analysis Reveals Three Classes of Compounds in the Genus Usnea Adans. (Parmeliaceae, lichenized Ascomycota). *Preprints*, 2018020151 (doi:10.20944/preprints201802.0151.v1).
- Indumathi, C., Durgadevi, G., Nithyavani, S., & Gayathri, P. K. (2014). Estimation of terpenoid content and its antimicrobial property in Enicostemma littorale. *Int J ChemTech Res*, 6(9):4264-4267.
- Kaewtai, N., Bumrungrachana, W. (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. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences*, 4(3):178–186. (in Thai)
- Karnkunwithit, P., Srisangkajorn, T. & Jamjumras, K. (2020). *101 Home herbal medicine*. Pro Ampine Company Limited. (in Thai)
- Khemthong, T., Paiboonsrinakra, N., Klinsunthorn, N. (2016). quality Study of Dried Koi Seed (*Streblus asper* Lour.). *Bulletin of the Department of Medical Sciences*, 58(1):11–16. (in Thai)
- Klangprapun, S., Buranrat, B., Caichompoo, W. & Nualkaew, S. (2018) Pharmacognostical and Physicochemical Studies of Enhalus acoroides (L.F.) Royle (Rhizome). *Pharmacognosy Journal*, 10(6s):s89-s94.
- Mani, V., Park, S., Kim, J.A., Lee, S.I., & Lee, K. (2021). Metabolic Perturbation and Synthetic Biology Strategies for Plant Terpenoid Production—An Updated Overview. *Plants*, 10(10):2179.
- Muangsan, N., Maensiri, D., Grote, P. J., Machikowa, T., & Saensouk, P. (2018). *Conservation and propagation of rare and economic plants (Zingiberaceae), plant genetic conservation project under The Royal Initiative of Her Royal Highness, Princess Maha chakri Sirindhorn (RSPG)* (Research report). Nakhon Ratchasima: Suranaree University of Technology. (in Thai)

- Okach, D.O., Nyunja, A.R.O., & Opande, G. (2013). Phytochemical screening of some wild plants from Lamiaceae and their role in traditional medicine in Uriri District-Kenya. *International Journal of Herbal Medicine*, 5(1):135–143.
- Phichiansunthon, C., Chawalit, M. & Chirawong, W. (2017). *Traditional Thai medicine presented to Narai, King of Siam, 1632-1688, and used since that period; volume commemorating the seventy second birthday of King Bhumibol of Thailand*. Samnakphim Amarin. (in Thai)
- Phichiansunthon, C., Tiaworanant, S., Chirawong, W. (2012). *Thai Pharmacy Handbook Volume 6*. Amarin Printing and Publishing Public Company Limited. (in Thai)
- Piboonpol, G., Hounkong, K., Khunchana, N., Santiparadon, M., & Somsap, O. A. (2020). Antibacterial and Antioxidant Capacities of Tanjong (*Mimusops elengi* L.) Leaf Extract. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 12(1):140–149.
- Rahayu, I.D., Widodo, W., Prihartini, I., & Winaya, A. (2019). Antibacterial activity of ethanolic extracts from *Zingiber zerumbet* rhizome against *Salmonella* spp. *Biodiversitas Journal of Biological Diversity*, 20(11):3322-3327.
- Rattarom, R., Sakpakdeejaroen, I., & Khongsip, B. (2017). Quality Evaluation of Commercial Benjakul Formulations in Thailand. *J Sci Technol MSU*, 36(5):578–588. (in Thai)
- Samejo, M.Q., Memon, S., Bhanger, M.I., & Khan, K.M. (2013). Comparison of chemical composition of *Aerva javanica* seed essential oils obtained by different extraction methods. *Pak J Pharm Sci*, 26(4):757–760.
- Siraj M.B. (2020). Quality control and phytochemical validation of *Saussurea lappa* (Costus/Qust). *International Journal of Green Pharmacy*, 14(1):38–43.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาความเสี่ยงต่อการเกิดโรครองเท้าของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน
จังหวัดลำพูน

Received: Jan. 25,2022

Revised: Oct. 19,2022

Accepted: Nov. 20,2022

Published: Dec. 18, 2022

A Study on the Risk of Plantar Fasciitis among Community
Hospital Personnel in Lamphun Province

นิติรัตน์ มีกาย¹ พิษณุภา รัตนทะนุกุล²

¹วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

²โรงพยาบาลเวียงทองล่อง จังหวัดลำพูน

Nitirat Meekai¹ Phitchayapha Rattanathanukun²

¹ Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok

² Wiang Nong Long Hospital, Lamphun Province

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเสี่ยงต่อการเกิดโรครองเท้าของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดลำพูน และเพื่อหาความสัมพันธ์ของภาวะความเสี่ยงโรครองเท้ากับปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วยกลุ่มงานสนับสนุน และกลุ่มงานทางการแพทย์ คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสถิติจากสูตรหาโรยมาเนได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 318 คน วิจัยเชิงสำรวจ การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานใช้สถิติไคสแควร์ เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของภาวะเสี่ยงโรครองเท้ากับเพศ ช่วงอายุ กลุ่มงาน และค่าดัชนีมวลกาย กลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถามและครบถ้วนสมบูรณ์ จำนวน 293 คน คิดเป็นร้อยละ 92.13 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรครองเท้า คิดเป็นร้อยละ 18.77 ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรครองเท้าส่วนมากจะมีค่าดัชนีมวลกายต่ำ/โรคอ้วนระดับ 1 ถึง อ้วน/โรคอ้วนระดับ 2 ด้านความสัมพันธ์ทางสถิติไม่พบความสัมพันธ์ของภาวะเสี่ยงโรครองเท้ากับเพศ ช่วงอายุ กลุ่มงาน และค่าดัชนีมวลกายของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดลำพูน จากการศึกษาครั้งนี้อาจพบผู้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรครองเท้าในจำนวนที่ไม่มากแต่พบว่ามีความเสี่ยงที่เกิดให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพสามารถสะท้อนให้เห็นถึงภาวะสุขภาพของบุคลากรที่เกิดขึ้นจากบริบทของการทำงานและนำไปสู่แนวทางการวางแผนให้การรักษา ป้องกัน และฟื้นฟูต่อไปข้อเสนอแนะตามผลการศึกษา ปัจจัยอะไรที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรครองเท้าของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดลำพูน

คำสำคัญ: ความเสี่ยง โรครองเท้า บุคลากร

Corresponding author: นิติรัตน์ มีกาย E-mail: Nitirat@scphpl.ac.th

Original article

Abstract

Received: Jan. 25,2022

Revised: Oct. 19,2022

Accepted: Nov. 20,2022

Published: Dec. 18, 2022

This study was survey research with the objectives to study the risks of plantar fasciitis among personnel in the community hospital of Lamphun Province and find the relationship between the risks of plantar fasciitis and personal factors in the support department and the medical department. The sample group was calculated from the statistics from the Taro Yamane formula which contained 318 people. The data collection was conducted through a survey using questionnaires. The retrieved data were analyzed using descriptive statistics to characterize the segments of Individuals and the sample group with analyzed using statistical tools like percentage, mean, and standard deviation. For inferential statistics, chi-squared was used to analyze the relationships between the risk of plantar fasciitis and gender, age range, workgroup, and body mass index. The sample responded to the questionnaire and there were 293 people who completed their questionnaire, representing 92.13%.

According to the research's findings, the at-risk sample group to the incidence of plantar fasciitis represented 18.77%, and most of those at risk of plantar fasciitis had body mass index (BMI) overweight/obesity level 1 to obese and obesity level 2. There was no statistical correlation between the risk of plantar fasciitis with gender, age range, workgroup, and body mass index of the Community Hospital of Lamphun Province personnel. From this study, it might not be many people who are at risk of plantar fasciitis found, but it was found that some staff who were at risk of having plantar fasciitis problems, referring to their health issues arising from the context of work and leading to planning guidelines for treatment, prevention, and further rehabilitation. Recommendation based on the study results arises from the question that what factors correlate with the Community Hospital of Lamphun Province staff's risks of experiencing plantar fasciitis.

Keywords: Risks, Plantar Fasciitis, Personnel/Staff

Corresponding author: Nitirat Meekai Email: Nitirat@scphpl.ac.th

บทนำ

โรครองช้ำหรือภาวะเอ็นฝ่าเท้าอักเสบ (Plantar fasciitis) เป็นภาวะที่มีการอักเสบของเอ็นฝ่าเท้าปัจจุบัน สถิติจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรครองช้ำในระยะเวลา 1 ปี พบมากถึง 1,000,000 คน รักษาหายโดยไม่ต้องผ่าตัด คิดเป็น ร้อยละ 85 หายแล้วไม่กลับมาเป็นซ้ำอีกหากในระยะเวลา 1 ปี คิดเป็น ร้อยละ 85 (Faculty of Medicine Chiang Mai University, 2018) เป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายที่มีอายุน้อยถึงวัยกลางคนอายุระหว่าง 40 - 60 ปี นักกีฬาวิ่งหรือผู้ที่มักมีรูปเท้าผิดปกติผู้ที่น้ำหนักตัวมากหรือใส่รองเท้าไม่เหมาะสมกับรูปเท้าตัวเองผู้ที่มีปัญหาเอ็นฝ่าเท้า อักเสบ (Pramote Thanasupakornkul, 2018) อาการเจ็บที่ส้นเท้า และลามไปทั่วฝ่าเท้า ในบางครั้งอาจลามไปที่ อังเท้า ลักษณะของอาการเจ็บจะเป็นแบบปวดจี้ตื้นขึ้นมาและปวดแสบ โดยมากความเจ็บปวดจะค่อยๆ เกิดขึ้น ทีละน้อย จนคิดว่าเดี่ยวอาการปวดก็หายไป แต่ก็ก็จะกลับมาปวดอีก อาการปวดจะรุนแรงที่สุดเมื่อเริ่มมีการลงน้ำหนัก ที่ส้นเท้าในก้าวแรก เช่น เมื่อลุกเดินก้าวแรกหลังตื่นนอน หรือหลังจากนั่งพักเป็นเวลานาน นอกจากนี้ อาจมีอาการ ปวดมากขึ้นได้ในช่วงระหว่างวันและ/หรือหลังจากที่เท้าต้องรับน้ำหนักเป็นเวลานาน เช่น ยืนหรือเดินเป็นเวลานาน และเมื่อมีการเคลื่อนไหวมากขึ้นก็จะยิ่งมีอาการปวดมากขึ้น (Withoon Boonthanomwong, 2018) ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ เกิดโรครองช้ำมีหลายปัจจัย ได้แก่ น้ำหนักตัวที่มากหรือเป็นโรคอ้วน, การยืน การเดินเป็นเวลานาน, นักกีฬา เช่น นักวิ่ง พบได้ คิดเป็นร้อยละ 8-10 และมีคิดเป็นร้อยละ 80 ที่มีอาการเจ็บส้นเท้า, การสวมใส่รองเท้าที่ไม่เหมาะสม หรือไม่พอดี, การเดินที่ไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม เช่น เดินเท้าเปล่า เดินในพื้นที่ผิวที่แข็ง เอ็นร้อยหวายยึด หรือกล้ามเนื้อ น่องยึดตึง, กล้ามเนื้อในฝ่าเท้าตึง, ขายาวไม่เท่ากัน และทางโครงสร้างร่างกาย คือ เท้าแบน (Flat feet หรือ Pesplanus) เป็นลักษณะผิดปกติของเท้าที่มี longitudinal arch ถูกกดยัด หรือพบว่าโค้งอังเท้าด้านในหายไป จะเห็นได้ชัดเจนเมื่อมีการลงน้ำหนักบนเท้าด้านนั้น และกล้ามเนื้อ Tibialis posterior ที่ถูกยึดเป็นเวลานานเป็น สาเหตุทำให้เกิดเท้าแบนได้เช่นกันอีกทั้งยังพบว่าอังเท้าโค้งมากเกิน (High arch หรือ Pes cavus) เป็นลักษณะ ผิดปกติของเท้าที่มี Longitudinal arch สูงกว่าปกติเป็นสาเหตุเจ็บส้นเท้าหรือฝ่าเท้าได้ (Rungkarn Boonpiyawong et al., 2020)

ด้านแนวทางการรักษาปัจจุบันโรครองช้ำสามารถเริ่มดูแลจากตนเองและควรพบแพทย์ เพื่อทำการรักษาถ้ามี อาการรุนแรง การรักษาแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 รักษาด้วยตัวเอง 1) เลือกกรองเท้าที่เหมาะสม มีเจลรับ แรงกระแทกบริเวณส้นเท้าเป็นพิเศษหรือเจาะรูที่พื้นรองเท้าให้เป็นวงกลม เพื่อไม่ให้เกิดแรงกดทับบริเวณที่อักเสบ 2) บริหารโดยยืดพังผืดฝ่าเท้าสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่น ช่วยลดแรงกระชากบริเวณจุดเกาะที่กระดูกสันเท้า ในผู้ป่วยที่พังผืดตึงมาก ๆ ให้ แช่เท้าในน้ำอุ่นก่อนทำการยืดประมาณ 15-20 นาที เพื่อให้พังผืดอ่อนตัว และมีความ ยืดหยุ่นมากขึ้นช่วยลดอาการเจ็บขณะบริหาร 3) ลดน้ำหนักหากน้ำหนักตัวยังคงมากอยู่ควรเปลี่ยนไปออกกำลังกายชนิด อื่นที่ไม่มีการกระแทกบริเวณส้นเท้า เช่น การว่ายน้ำ หรือ ปั่นจักรยาน 4) การทำกายภาพบำบัด ได้แก่ การฝึกยืดเอ็น ร้อยหวาย จากการบทความของของยิ่งรัก บุญดำพบว่า เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคพังผืดใต้ฝ่าเท้าอักเสบ กลุ่มที่ 2 การรักษาโดยแพทย์ปัจจุบันสามารถรักษาโดยทำการฉีดยาเฉพาะที่เพื่อลดอาการอักเสบ การรักษา ด้วยคลื่นกระแทก (Extracorporeal Shock Wave Therapy) บริเวณที่เจ็บปวดโดยตรงเพื่อกระตุ้นให้เกิดการรักษา ใช้ในกรณีที่มีอาการเจ็บปวดเรื้อรังที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาชนิดอื่น และการผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีอาการหนักมาก การ เลือกวิธีการรักษาขึ้นอยู่กับอาการและการวินิจฉัยของแพทย์ (Yingrak Boonda, 2021)

ปัจจุบันผลกระทบของโรครองช้ำที่พบบ่อยที่เกิดจากการทำงาน จากการศึกษาของกชกร อนุราชและกุลภา ศรีสวัสดิ์ ในโรงพยาบาลศิริราชพบว่า พยาบาลมีความชุกของการปวดเท้าคิดเป็นร้อยละ 60.90 โดยเป็นการปวดที่ ส้นเท้าร้อยละ 39 อังเท้าร้อยละ 6.10 โคนนิ้ว และนิ้วเท้าร้อยละ 26.50 (Kotchakon Anurat and Kulpa

Srisawad, 2005) จากการสำรวจของผู้วิจัยในโรงพยาบาลศิริพยาบาล กรุงเทพมหานคร ด้วยการสัมภาษณ์พยาบาล จำนวน 20 ราย อายุ 25-40 ปี พบว่าร้อยละ 40 มีอาการปวดอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 25 อยู่ในระดับน้อย จากการศึกษาเจริญจิตต์ แยมศรี และคณะ อาการปวดส้นเท้าอันเนื่องมาจากภาวะเอ็นรองฝ่าเท้าอักเสบเป็นปัญหา สุขภาพเท้าที่เรื้อรังส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพเนื่องจากผู้ที่มีเอ็นรองฝ่าเท้าอักเสบจะ ไม่สามารถยืนหรือเดินเพื่อประกอบกิจวัตรประจำวันหรือประกอบอาชีพได้ตามปกติคิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรทั่วไปจะมีโอกาสเป็นโรคเอ็นรองฝ่าเท้าอักเสบได้ในช่วงหนึ่งของชีวิตพบได้บ่อยในประชากรที่มีอาชีพหรือกิจกรรม ระหว่างวันในลักษณะยืนหรือเดินเป็นส่วนใหญ่ และมีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคลบางประการ เช่น เพศหญิง ช่วงอายุ 40 - 60 ปี น้ำหนักตัวมาก เล่นกีฬาที่มีการวิ่ง และผู้ที่มีประวัติการเพิ่มขึ้นของระดับกิจกรรมที่เคยทำ เช่น การเพิ่มระยะทางการวิ่ง เป็นต้น (Yamsri C et al., 2013).

จากเหตุผลข้างต้นด้วยปัญหาของโรครองเท้าที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายเป็นปัญหาสุขภาพเท้าที่เรื้อรัง ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพเนื่องจากผู้ที่มีเอ็นรองฝ่าเท้าอักเสบจะไม่สามารถยืนหรือเดินเพื่อประกอบกิจวัตรประจำวัน หรือประกอบอาชีพพบว่า เป็นมากในกลุ่มช่วงคนวัยทำงานทำให้กล้ามเนื้อเท้าตึงตัวผิดปกติไม่ได้ใช้ทำกิจกรรมที่ หลากหลายเมื่อกล้ามเนื้อตึงตัวสะสมเป็นเวลานานหลายเดือนก็จะทำให้เกิดอาการเจ็บจากผังผืดฝ่าเท้าอักเสบการใช้ งานเท้าที่ทำให้กล้ามเนื้อตึงตัวผิดปกติคือตัวการสำคัญที่ทำให้ผังผืดฝ่าเท้าขาดความยืดหยุ่น และเพิ่มแรงกด บริเวณฝ่าเท้าให้เยอะขึ้นจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรครองเท้าได้มากขึ้นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเป็น โรครองเท้าได้แก่ การมีน้ำหนักตัวเยอะทำให้เท้ารับน้ำหนักแรงกดทับมากขึ้น การเลือกรองเท้าที่ไม่เหมาะสมบีบรัดเท้า ให้ผิดรูปเลือกรองเท้าที่พื้นรองเท้าบางเกินไปทำให้เกิดแรงสะท้อนกลับสู่เท้า กระดุก ข้อ เอ็น มากขึ้น จากบริบทของ การทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับสาเหตุที่อาจก่อให้เกิดปัญหาขึ้นกับเท้ามีโอกาสเป็นโรครองเท้าได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะสำรวจภาวะเสี่ยงโรครองเท้าของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดลำพูน เพื่อให้ทราบถึง จำนวนผู้ป่วยโรครองเท้าในบุคลากรเป็นข้อมูลในการหาแนวทางการปฏิบัติปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และหาวิธีการรักษาหรือ บรรเทาอาการต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสำรวจภาวะเสี่ยงโรครองเท้าของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดลำพูน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเสี่ยงโรครองเท้ากับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย

ระเบียบวิธีวิจัย

ขอบเขตการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ซึ่งการเก็บข้อมูลในการศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ทำการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดลำพูน ดำเนินการ ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม - 31 พฤศจิกายน 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามขนาด โรงพยาบาลชุมชน (รพช) ในจังหวัดลำพูนขนาดละ 1 โรงพยาบาล กำหนดขนาดตัวอย่างประชากรในครั้งนี้เป็นการ เจาะจงบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมดในจังหวัดลำพูน ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1) โรงพยาบาลเล็ก จำนวน 300 คน โรงพยาบาลป่าซาง จำนวน 200 คน โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2) โรงพยาบาล

บ้านธิ จำนวน 150 คน โรงพยาบาลแม่ทา จำนวน 144 คน โรงพยาบาลบ้านโฮ้ง จำนวน 140 คน โรงพยาบาลทุ่งหัวช้าง จำนวน 120 คน โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3) โรงพยาบาลเวียงหนองล่อง จำนวน 100 คน

การสุ่มตัวอย่างเพื่อคัดเลือกค่านวนขนาดกลุ่มตัวอย่างจากประชากรระบุกลุ่มประชากรที่จะศึกษา โรงพยาบาลชุมชนทั้งหมดในจังหวัดลำพูน โดยใช้สูตรค่านวนของยามาเน่ (Yamane, 1967) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 286 คน และเพื่อป้องกันความผิดพลาดของข้อมูลที่อาจไม่ครบถ้วน จึงได้เก็บกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 10% ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 318 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยมีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างคือ

ขั้นที่ 1 แบ่งโรงพยาบาลชุมชนออกเป็น 3 ขนาด ได้แก่ ขนาดใหญ่ (F1) ขนาดกลาง (F2) และขนาดเล็ก (F3) ตามข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน

ขั้นที่ 2 ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ให้ได้โรงพยาบาลชุมชนที่เป็นตัวอย่าง ได้โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ ได้แก่ โรงพยาบาลลี่, โรงพยาบาลป่าซาง โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง ได้แก่ โรงพยาบาลบ้านธิ, โรงพยาบาลแม่ทา, โรงพยาบาลบ้านโฮ้ง, โรงพยาบาลทุ่งหัวช้าง และอำเภอขนาดเล็ก ได้แก่ โรงพยาบาลเวียงหนองล่อง

ขั้นที่ 3 แบ่งบุคลากรออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มงานสนับสนุน และกลุ่มงานทางการแพทย์

ขั้นที่ 4 สุ่มอย่างง่าย

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรที่ใช้ในการศึกษาจำแนกตามขนาดจำนวนประชากรตามข้อมูลบุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน (n = 318)

ขนาด	สถานที่เก็บข้อมูล	จำนวนประชากร (คน)		เก็บเพิ่ม 10%(คน)	ขนาด ตัวอย่าง
		กลุ่มงานสนับสนุน	กลุ่มงานทางการแพทย์		
เล็ก	โรงพยาบาลเวียงหนองล่อง	48	48	10	106
กลาง	โรงพยาบาลทุ่งหัวช้าง	48	48	10	106
ใหญ่	โรงพยาบาลลี่	48	48	10	106
รวม		144	144	30	318

หมายเหตุ หากการคำนวณพบว่าเลขทศนิยมเกินหรือเท่ากับ 0.50 คณะผู้วิจัยปรับเป็นค่าเป็น 1

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้คณะผู้วิจัยใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม (Questionnaire) แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา ช่วงอายุ กลุ่มงาน และค่าดัชนีมวลกาย (BMI) สถานภาพและข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาวะเสี่ยงโรคเรื้อรังซ้ำของบุคลากร โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดลำพูน PFPS Plantar Fasciitis Pain/Disability Scale ของ Willis, Lopez, Perez, Sheridan, Kalish (Buck Willis และคณะ, 2552) ได้แก่ ด้านที่ 1 คำอธิบายความเจ็บปวด จำนวน 12 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับลักษณะการเจ็บปวด ระยะเวลา ช่วงเวลา และระดับการปวด และด้านที่ 2 การใช้ชีวิตประจำวัน จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปัญหาผลกระทบจากอาการเจ็บปวดต่อการใช้ชีวิตประจำวัน จากข้อมูลมีการเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

ค่าคะแนน 0-34 แปลผล และไม่เสี่ยง
35-100 แปลผล เสี่ยง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คณะผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามภาวะเสี่ยงโรคหอบหืดของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดลำพูน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านเวชกรรม จำนวน 2 ท่าน และด้านการพยาบาล จำนวน 1 ท่าน นำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence : IOC) เลือกข้อคำถาม ที่มีค่า IOC มากกว่า 0.50 มาใช้เป็นข้อคำถามผลการประเมินส่วนที่ 1 ได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.67 และส่วนที่ 2 ได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.00 ทดสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ผลรวมของแบบประเมินเท่ากับ 0.83 นำแบบไปทดลองใช้ (Try Out) กับที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 32 คน นำผลที่ได้มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.81

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติที่ใช้ครั้งนี้

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของภาวะเสี่ยงโรคหอบหืดกับเพศ ช่วงอายุ กลุ่มงาน และค่าดัชนีมวลกาย (BMI)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยโดยผู้วิจัยได้เสนอเค้าโครงวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ต่อคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยโรงพยาบาลจังหวัดลำพูนเพื่อพิจารณา และได้รับการอนุมัติจริยธรรมในมนุษย์ งานวิจัยหมายเลขโครงการวิจัย REC 2564 – 27 ลงวันที่ 31 สิงหาคม 2564

ผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยผู้ตอบแบบสอบถามภาวะเสี่ยงโรคหอบหืดของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดลำพูน ทั้งหมด จำนวน 318 คน มีผู้ตอบแบบสอบถามและมีข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ จำนวน 293 คน คิดเป็นร้อยละ 92.13 แบบสอบถามกลุ่มงานสนับสนุน จำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 49.50 กลุ่มงานทางการแพทย์ จำนวน 148 คน คิดเป็นร้อยละ 50.50

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคล (n=293)

รายการ	จำนวน(คน)	คิดเป็นร้อยละ
เพศ		
- ชาย	66	22.50
- หญิง	227	77.50

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคล (n=293) (ต่อ)

รายการ	จำนวน(คน)	คิดเป็นร้อยละ
สถานภาพ		
- สมรส	147	50.20
- โสด	129	44.00
- หม้าย/หย่าร้าง	17	5.80
ศาสนา		
- ศาสนาพุทธ	291	99.30
- ศาสนาคริสต์	2	0.70
ระดับการศึกษา		
- ต่ำกว่าปริญญาตรี	53	18.1
- ปริญญาตรี/อนุปริญญา/ปวส.	34	11.60
- สูงกว่าปริญญาตรี	206	70.30
ช่วงอายุ		
- 20 – 30 ปี	112	38.20
- 31 – 40 ปี	104	35.50
- 41 – 50 ปี	69	23.50
- 51 – 60 ปี	8	2.70
กลุ่มงาน		
- กลุ่มงานสนับสนุน	148	50.50
- กลุ่มงานทางการแพทย์	145	49.50
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)		
- น้ำหนักน้อย/ผอม (น้อยกว่า 18.50)	38	13.00
- ปกติ/สุขภาพดี (18.50 – 22.90)	120	41.00
- ท้วม/โรคอ้วนระดับ 1 (23.00 – 24.90)	64	21.80
- อ้วน/โรคอ้วนระดับ 2 (25.00 – 29.90)	54	18.40
- อ้วน/โรคอ้วนระดับ 3 (มากกว่า 30.00)	17	5.80

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนมากเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 77.50 สถานภาพส่วนมากสมรส คิดเป็นร้อยละ 50.20 ศาสนาส่วนมากศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 99.30 ระดับการศึกษาส่วนมากสูงกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 70.30 แบ่งเป็นกลุ่มงานสนับสนุน จำนวน 148 คน คิดเป็นร้อยละ 50.50 กลุ่มงานทางการแพทย์ จำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 49.50 ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ส่วนมากเกณฑ์ปกติ/สุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 41.00 และช่วงอายุส่วนมากช่วงอายุ 20 – 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.20

ผลสรุปแบบประเมินภาวะเสี่ยงโรครองซ้ำของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดลำพูน

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของภาวะเสี่ยงโรครองซ้ำกับเพศ ช่วงอายุ กลุ่มงาน และค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดลำพูน (n=293)

รายการ	เสี่ยง จำนวน(ร้อยละ)	ไม่เสี่ยง จำนวน(ร้อยละ)	df	p-value
เพศ				
- ชาย	15(22.73)	51(77.27)	1	.222
- หญิง	40(17.62)	187(82.38)		
ช่วงอายุ				
- 20 – 30 ปี	18(16.07)	94(83.93)	3	.806
- 31 – 40 ปี	21(20.19)	83(79.81)		
- 41 – 50 ปี	14(20.29)	55(79.71)		
- 51 – 60 ปี	2(25.00)	6(75.00)		
กลุ่มงาน				
- กลุ่มงานสนับสนุน	27(18.62)	118(81.38)	1	.534
- กลุ่มงานทางการแพทย์	28(18.92)	120(81.08)		
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)				
- น้ำหนักน้อย/ผอม (น้อยกว่า 18.50)	6(15.79)	32(84.21)	4	.784
- ปกติ/สุขภาพดี (18.50 – 22.90)	10(18.52)	44(81.48)		
- ท้วม/โรคอ้วนระดับ 1 (23.00 – 24.90)	20(16.67)	100(83.33)		
- อ้วน/โรคอ้วนระดับ 2 (25.00 – 29.90)	15(23.44)	49(76.56)		
- อ้วน/โรคอ้วนระดับ 3 (มากกว่า 30.00)	4(23.53)	13(76.47)		

จากตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของภาวะเสี่ยงโรครองซ้ำกับเพศ ช่วงอายุ กลุ่มงาน และค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดลำพูน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ

อภิปรายผล

การศึกษาความเสี่ยงต่อการเกิดโรครองซ้ำของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดลำพูน จากกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณค่าทางสถิติ จำนวน 318 คน จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรครองซ้ำมีจำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 18.77 สอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร ทรงพระและคณะ (Jiraporn Songpra et al., 2018) ที่กล่าวว่าอาการปวดส้นเท้าเป็นอาการที่พบได้บ่อยถึงร้อยละ 17-42 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ และสอดคล้องกับ (Matthew Cotchett et al., 2017) และคณะที่กล่าวว่าโรครองซ้ำจะเกิดขึ้นในประชากรทั่วไปคิดเป็นร้อยละ 10 ส่วนมากอยู่ในกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 25 ถึง 65 ปี ซึ่งจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผลวิจัยพบว่า มีบุคลากรที่มีช่วงอายุอยู่ในวัยทำงานและมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรครองซ้ำมากกว่าร้อยละ 10 ส่วนมากเป็นเพศหญิงและอายุระหว่าง 31-50 ปี สอดคล้องกับงานวิจัยของ Pramote Thanasupakornkul ที่กล่าวว่าโรครองซ้ำเป็นภาวะที่พบบ่อยใน

References

- Faculty of Medicine Chiang Mai University. (2018). *Heel pain, warning signs*. From <https://www.med.cmu.ac.th/main/activity/21533/>
- Jiraporn Songpra, Napat Tiewwilai and Thawatchai Sintown. (2018). *Effectiveness of Adjustable Night Socks for Heel Pain Relief in Nurses at Vajira Hospital*. Lampang Med Journal 39(2): 55-61.
- Kotchakon Anurat and Kulpa Srisawad. (2005). *Foot pain of nurses at Siriraj Hospital*. Rehabilitation Medicine 2005;15(2):70-8.
- Matthew Cotchett, Whittaker Glen and Bircan Erbas. (2014). *Psychological variables associated with foot function and foot pain in patients with plantar heel pain*. Clinical Rheumatology, 34(5).
- Matthew Cotchett, Angus Lennecke, Virginia G Medica, Glen A Whittaker and Daniel R Bonanno. (2017). *The association between pain catastrophising and kinesiophobia with pain and function in people with plantar heel pain*. The Foot 32,8-14.
- Pramote Thanasupakornkul. (2021). *The current concept of plantar fasciitis treatment*. The Public Health Journal of Burapha University Vol.14 No.1.
- Rungkarn Boonpiyawong, Natapol Thanasomboonpan and Chaiyong Jorrakate. (2020). *Say goodbye to your foot pain by physical therapy*. Siriraj Medical Bulletin 13 Issue 2.
- Withoon Boonthanomwong. (2018). *Plantar Fasciitis*. From <https://www.bumrungrad.com/th/health-blog/january-2021/plantar-fasciitis>
- Yingrak Boondam. (2021). *Articles disseminate knowledge to the public Plantar Fasciitis*. Faculty of Pharmacy Mahidol University. From <https://pharmacy.mahidol.ac.th/th/service-knowledge-article-info.php?id=461>
- Yamsri C, Pensri P, Janwattanakul P, Boonyong S, Romsai W and Rattanapongbundit N. (2013). *Effect of kinesio taping combined with stretching on heel pain and foot functional ability in persons with plantar fasciitis: a preliminary study*. Chula Med Journal 57(1): 61.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: Nov. 17, 2021

Revised: Oct. 27, 2022

Accepted: Nov. 20, 2022

Published: Dec. 18, 2022

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วย

โรคความดันโลหิตสูงในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

Factors associated with Alcohol Drinking among Hypertension Patients in Banphai District, Khon Kaen Province

ชนกนันท์ แสนสุนนท์ และ กฤษกันทร สุวรรณพันธ์*

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Chanoknan Saensunon and Kritkantorn Suwanaphant

Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen. Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 225 คน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบ้านไผ่ กลุ่มวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป นำเสนอข้อมูลด้วยค่าสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสมการการถดถอยพหุโลจิสติก พร้อมช่วงเชื่อมั่น (95%CI)

ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เท่ากับร้อยละ 18.22 (95% CI: 12.88 to 23.12) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจ ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง (44.44%) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและการบริการ ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.22 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสารส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 82.22 ด้านการจัดการตนเองส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.78 ด้านการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.67 และด้านการตัดสินใจส่วนมากอยู่ในระดับดี ร้อยละ 53.33 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจ (Adj. OR=3.33; 95%CI: 1.26 to 5.34; p-value = 0.010) และ ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการตัดสินใจ (Adj. OR=2.59; 95%CI: 1.59 to 6.97; p-value = 0.001)

ข้อเสนอแนะ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมกิจกรรมเชิงรุกหรือรณรงค์สร้างความรู้ความเข้าใจและการตัดสินใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รวมถึงเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพให้สูงขึ้น

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ , การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ , โรคความดันโลหิตสูง

* Corresponding author: กฤษกันทร สุวรรณพันธ์ E-mail: kritkantorn@gmail.com

Original article

Abstract

Received: Nov. 17,2021

Revised: Oct. 27,2022

Accepted: Nov. 20,2022

Published: Dec. 18, 2022

A cross-sectional analytical study aimed to identify the factor associated with alcohol drinking among hypertension patients in BanPhai District KhonKaen Province. 225 of sample size were selected by systematic random sampling. The data were analyzed by computer programs and presented by frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum, maximum, and multiple logistic regression models (with 95% CI)

The results revealed that the prevalence of alcohol drinking among HT patients were 18.22% (95% CI: 12.88 to 23.12). Almost half of them have the health literacy: cognitive skill dimension presented at a moderate level (44.44%). More than half of them have the health literacy: access skill dimension presented at the moderate level (66.22%). Almost of them have a health literacy: communication skill dimension presented at the moderate level (82.22%). Half of them have the health literacy: self-management skill dimension presented at the moderate level (49.78%). Half of them have the health literacy: media literacy skill dimension presented at the moderate level (62.67%). Half of them have the health literacy: decision skill dimension presented at a good level (53.33%). Factors associated with alcohol drinking among hypertension patients were Health literacy: cognitive skill dimension (Adj. OR= 3.33 ; 95%CI: 1.26 to 5.34 ; p-value = 0.010) and were health literacy: decision skill dimension(Adj. OR=2.59 ; 95%CI: 1.59 to 6.97 ; p-value = 0.001). There are statistically significant relationships.

Therefore, suggestions: The stakeholder should be promoting proactive activities or campaigns to increase cognitive skill and decision skill for change the behavior of alcohol consumption and increase the level of health literacy to be higher.

Keywords: Health literacy, alcohol drinking, hypertension

*** Corresponding author:** Kritkantorn Suwanaphant E-mail: kritkantorn@gmail.com

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตทั่วโลกสูงถึง 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด (World Health Organization (WHO), 2013) จากข้อมูลของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร 100,000 คนในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2556-2560) เพิ่มขึ้นจาก 12,345.14 (จำนวน 3,936,171 คน) เป็น 14,926.47 (จำนวน 5,597,671 คน) ซึ่งจากสถานการณ์เห็นได้ชัดว่ามีความรุนแรงเพิ่มขึ้น (Strategy and Planning Division, 2015) ซึ่งในปี 2561 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 6,064,821 คน ซึ่งมีความชุกของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 9.16 (Ministry of Public Health, 2019) ในจังหวัดขอนแก่น พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งหมดจำนวน 173,973 คน ซึ่งมีความชุกของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 9.65 (Khon Kaen Provincial Health Office, 2019) และในอำเภอบ้านไผ่ พบมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งหมดจำนวน 9,452 คน ซึ่งมีความชุกของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 9.42 (Banphai District Health Office, 2018)

สาเหตุส่วนใหญ่ของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมาจาก ปัจจัยการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป เช่น การมีกิจกรรมทางกายที่ลดลง การบริโภคอาหารที่มีรสเค็มและมีไขมันสูง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ (WHO, 2013) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำจะทำให้มีความเสี่ยงก่อให้เกิดโรคและอุบัติเหตุ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก การดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยกว่า 200 โรคซึ่งหนึ่งในนั้นคือโรคความดันโลหิตสูง ทำให้มีผู้เสียชีวิตทั่วโลกประมาณปีละ 3.3 ล้านคน และ ทำให้เกิดความสูญเสียทางสุขภาพเท่ากับร้อยละ 5.9 ของภาระโรคทั่วโลก (Health education division, 2015) นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆด้วย เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคซึมเศร้า และโรคมะเร็ง ในประเทศไทยมีการดื่มแอลกอฮอล์มีผู้เสียชีวิตถึง 22,672 คน ซึ่งเป็นการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 59 (13,383 คน) จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน พ.ศ. 2554 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 17 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 31.5 ของประชากรทั้งหมด 53.9 ล้านคน ซึ่งมีหลายปัจจัยที่ทำให้มีผู้ดื่มเพิ่มขึ้น ทั้งปัจจัยภายในตัวเอง เช่น ความรู้ ค่านิยม ความเชื่อ และยังมีปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลและเอื้อต่อการดื่มเช่น การชักชวน สื่อโฆษณา เป็นต้น ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (Health education division, 2015)

ผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในปริมาณมากติดต่อกันส่งผลทำลายกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบเกิดความดันเลือดสูงส่งผลให้ผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงเป็นประจามีอัตราเป็นโรคมามากกว่าคนที่ดื่มน้อย ดังนั้นจึงควรปรับพฤติกรรม ลด เลิกการดื่มแอลกอฮอล์ หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Health education division, 2015) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพควรมีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้เห็นความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Nutbeam D., 2000) เนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพได้รับการกำหนดโดยองค์การอนามัยโลก ว่าเป็นทักษะการเรียนรู้และสังคมซึ่งกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงทำความเข้าใจและใช้ข้อมูลในทางที่ส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดี (WHO, 2009) ถ้าผู้ป่วยมีความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในระดับเพียงพอจะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีเช่น มีภาวะสุขภาพที่ดี ลดอัตราการป่วยลดอัตราการเข้ารักษาที่โรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ (Cho, YI., Lee, SY., Arozullah, AM. & Crittenden, KS., 2008) ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและยั่งยืนคือความรู้ด้านสุขภาพที่

เป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสมและสุขภาวะที่ดี (National Revolution Committee for Health and Environment, 2016) ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญ (Rareton, A., 2018) ซึ่งปัจจุบันรายงานการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ยังมีอยู่อย่างจำกัด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเพื่อให้ได้มาซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอบ้านไผ่ขอนแก่น

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา

1. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอบ้านไผ่

จังหวัดขอนแก่น

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross – sectional analytical study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 9,452 คน คำนวณโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการในสถิติ Multiple logistic regression(Hsieh, et al, 1998) ได้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 225 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการศึกษางานวิจัย เอกสารและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข รวมถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2561 ซึ่งพัฒนาตามกรอบแนวคิดงานวิจัยและบริบทพื้นที่ที่ศึกษา แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2.1 ด้านความรู้ ความเข้าใจ (cognition skill) ทางสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3อ. 2ส.ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบคำถาม 2 ตัวเลือก คือ ใช่และไม่ใช่ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวแปลผลคะแนนเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale)

ข้อคำถามเชิงบวก ตอบ ใช่ ได้คะแนน 1 ตอบ ไม่ใช่ ได้คะแนน 0

ข้อคำถามเชิงลบ ตอบ ใช่ ได้คะแนน 0 ตอบ ไม่ใช่ ได้คะแนน 1

การแปลผลคะแนน แบ่งระดับความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยนำคะแนนที่ได้แบ่งเป็น 3 ระดับโดยใช้ เกณฑ์ของ Bloom et al. (1956)

ความรู้ระดับดี	หมายถึง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป
ความรู้ระดับปานกลาง	หมายถึง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 - 79.99
ความรู้ระดับไม่ดี	หมายถึง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60

ส่วนที่ 2.2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Access skill) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) การจัดการตนเอง (Self – management skill) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (Media literacy skill) ตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 20 ข้อ มีระดับมาตราการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval scale)

ข้อคำถามเชิงบวก

เป็นประจำ	หมายถึง ได้คะแนน 4 คะแนน
บ่อยครั้ง	หมายถึง ได้คะแนน 3 คะแนน
บางครั้ง	หมายถึง ได้คะแนน 2 คะแนน
นานๆครั้ง	หมายถึง ได้คะแนน 1 คะแนน
ไม่ได้ปฏิบัติ	หมายถึง ได้คะแนน 0 คะแนน

ข้อคำถามเชิงลบ

เป็นประจำ	หมายถึง ได้คะแนน 0 คะแนน
บ่อยครั้ง	หมายถึง ได้คะแนน 1 คะแนน
บางครั้ง	หมายถึง ได้คะแนน 2 คะแนน
นานๆครั้ง	หมายถึง ได้คะแนน 3 คะแนน
ไม่ได้ปฏิบัติ	หมายถึง ได้คะแนน 4 คะแนน

การแปลผลเกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสาร การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3 อ. 2 ส. นำมาจัดระดับ 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่ม ตามแนวของ Best (1978) โดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด และหารด้วยจำนวนกลุ่ม หรือระดับที่ต้องการแบ่งดังนี้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำช่วงค่าคะแนนในขั้นมาจัดแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย โดยกำหนดช่วงคะแนนเฉลี่ยดังนี้

$$\begin{aligned} \text{สูตรช่วงคะแนนในขั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับขั้น}} \\ &= \frac{4 - 1}{3} = 1.00 \end{aligned}$$

การแปลผลช่วงคะแนนเฉลี่ยดังนี้

2.67 – 4.00	หมายถึง ระดับการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสาร การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3 อ. 2 ส. อยู่ในระดับดี
1.34 – 2.66	หมายถึง ระดับการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสาร การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3 อ. 2 ส. อยู่ในระดับปานกลาง

0.00 – 1.33 หมายถึง ระดับการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสาร การจัดการตนเอง และ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3 อ. 2 ส. อยู่ในระดับไม่ดี

ส่วนที่ 2.3 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติตามหลัก 3 อ. 2 ส. ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยลักษณะคำถาม เป็นแบบให้เลือกรับตอบคำถาม 2 ตัวเลือก คือใช่และไม่ใช่ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 8 ข้อ ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง คำตอบเดียวแปลผลคะแนนเป็นมาตรฐานประมาณค่า (Rating scale)

ข้อคำถามเชิงบวก ตอบ ใช่ ได้คะแนน 1 , ตอบ ไม่ใช่ ได้คะแนน 0

ข้อคำถามเชิงลบ ตอบ ใช่ ได้คะแนน 0 , ตอบ ไม่ใช่ ได้คะแนน 1

การแปลผลคะแนน แบ่งระดับการตัดสินใจเลือกปฏิบัติตามหลัก 3 อ. 2 ส. โดยนำคะแนนที่ได้แบ่งเป็น 3 ระดับโดยใช้ เกณฑ์ของ Bloom et al. (1956)

การตัดสินใจอยู่ในระดับดี หมายถึง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

การตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79.99

การตัดสินใจอยู่ในระดับไม่ดี หมายถึง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยดังนี้

1) ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. เพื่อเป็น แนวทางในการกำหนดโครงสร้างของแบบสอบถาม

2) นำแนวคิดที่ได้จากการศึกษา มาสร้างแบบสอบถาม ให้ครอบคลุมเนื้อหาและสอดคล้องกับนิยาม ศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

3) นำแบบสอบถามที่ร่างขึ้นนำเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข ด้านสถิติและ ระเบียบวิธีวิจัย จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของแบบสอบถาม ทั้งด้านวัตถุประสงค์ ภาษาที่ใช้และความ ตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) อันประกอบไปด้วยเนื้อหาความรู้ด้านสุขภาพ

4) ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

5) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรที่ไม่ใช่พื้นที่ที่ใช้ในการวิจัย ใน พื้นที่อำเภอหนองนาคำ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน

6) นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้วิธีการตรวจสอบด้วยการหาค่า Cronbach's alpha coefficient ของแบบสอบถามด้านความรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.88

7) นำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ ไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเตรียมการเก็บข้อมูล

1) ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ในการ ออกหนังสือขออนุญาตในการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น และ โรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

2) ติดต่อประสานงานและทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านไผ่ และ โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

1) ผู้วิจัยจะไปเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ชี้แจง ถึงวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ การเก็บข้อมูลจะไม่ลงชื่อผู้ให้ข้อมูลในแบบสอบถามโดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ และจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ ไม่มีผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล

2) ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบสอบถามตามสะดวก โดยใช้สถานที่ตามความสะดวกของกลุ่มตัวอย่างและไม่กระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน หรือก่อให้เกิดความเสียหายต่อกลุ่มตัวอย่าง บรรยากาศเป็นส่วนตัว

3) ผู้วิจัยตรวจสอบความเรียบร้อยเพื่อความถูกต้องและสมบูรณ์ของแบบสอบถามผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถาม

4) ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล คือ เดือนมกราคมถึงกุมภาพันธ์ 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปมาประมวลผลและวิเคราะห์ทางสถิติ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กรณียุทธศาสตร์ข้อมูลแน่น ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) กรณียุทธศาสตร์ข้อมูลต่อเนื่อง ใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ สถิติ Simple logistic regression เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์อย่างหยาบ (Crude analysis) โดยวิเคราะห์ทีละคู่ (Bivariate analysis) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามและตัวแปรต้นทีละคู่ โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบของตัวแปรอื่นๆ ผลที่ได้คือ Crude Odds และ P-value พิจารณาค่า P-value < 0.25 เพื่อทำการคัดเลือกตัวแปรอิสระเข้าสู่โมเดลการวิเคราะห์หาลายตัวแปรจากนั้นใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการตีพิมพ์แอลกอฮอล์ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและตัวแปรอิสระ (Final model) โดยวิเคราะห์หาลายตัวแปร นำตัวแปรที่ผ่านการคัดเลือกในขั้นตอนการวิเคราะห์อย่างหยาบเข้าสู่โมเดล (Crude analysis) เข้าสู่โมเดล Multivariate analysis ผลที่ได้คือค่า Adjusted Odds Ratio และ P-value จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาโมเดลที่ดีที่สุด (The best model) ใช้วิธีการตัดตัวแปรออกทีละตัวแปร (Backward elimination) โดยขจัดตัวแปรที่มีค่า P-value>0.05 ออกทีละตัวแปรจนกว่าจะไม่สามารถตัดตัวแปรใดๆออกจากโมเดลได้เนื่องจากไม่มีตัวแปรใดที่มีค่า P-value>0.05 ถือเป็นโมเดลสุดท้ายที่จะใช้ในการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการตีพิมพ์แอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกับตัวแปรอิสระ

จริยธรรมในการวิจัย

ได้รับการอนุมัติจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE6120055

ผลการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง (ร้อยละ 68.89) มีอายุเฉลี่ย $59.53(\pm 10.25)$ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 72.44 การสำเร็จการศึกษาสูงสุด ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 59.11) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 56.44) ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักปกติ (ค่าBMI 18.5 – 24.99) (ร้อยละ 51.56) และมีการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 11.56)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพดังนี้

ด้านความรู้ความเข้าใจ อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 44.44 รองลงมาอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 31.11 และระดับดี ร้อยละ 24.45 ด้านการเข้าถึงข้อมูลและการบริการ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.22 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 32.45 และระดับไม่ดี ร้อยละ 1.33 ด้านทักษะการสื่อสาร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 82.22 รองลงมาอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 9.78 และระดับดี ร้อยละ 8.00 ด้านการจัดการตนเอง อยู่ระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 49.78 รองลงมาคือระดับดี ร้อยละ 46.22 และระดับไม่ดี ร้อยละ 4.00 ด้านการรู้เท่าทันสื่อส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.67 รองลงมาคือระดับดี ร้อยละ 28.44 และระดับไม่ดี ร้อยละ 8.89 ด้านการตัดสินใจ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 53.33 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 33.78 และระดับไม่ดี ร้อยละ 13.89 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น (n=225)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านความรู้ความเข้าใจ		
ระดับดี	55	24.45
ระดับปานกลาง	100	44.44
ระดับไม่ดี	70	31.11
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและการบริการ		
ระดับดี	73	32.45
ระดับปานกลาง	149	66.22
ระดับไม่ดี	3	1.33
ด้านทักษะการสื่อสาร		
ระดับดี	18	8.00
ระดับปานกลาง	185	82.22
ระดับไม่ดี	22	9.78
ด้านการจัดการตนเอง		
ระดับดี	104	46.22
ระดับปานกลาง	112	49.78

ตารางที่ 1 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น (n=225) (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านการจัดการตนเอง		
ระดับไม่ดี	9	4.00
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ		
ระดับดี	64	28.44
ระดับปานกลาง	141	62.67
ระดับไม่ดี	20	8.89
ด้านการตัดสินใจ		
ระดับดี	120	53.33
ระดับปานกลาง	76	33.78
ระดับไม่ดี	29	12.89

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์หลายตัวแปร (Multivariate) โดยมีการทดสอบข้อตกลงการใช้สถิติ (Assumption) และการแจกแจงข้อมูล (Normality test) และใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) ด้วยวิธีการตัดตัวแปรออกทีละตัวแปร (Backward elimination) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจ โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจในระดับปานกลางถึงไม่ดีจะมีการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจในระดับดี เป็น 3.33 เท่า (Adj OR=3.33 ; 95%CI: 1.26 to 5.34 ; p-value = 0.010) และปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการตัดสินใจ โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการตัดสินใจในระดับปานกลางถึงไม่ดีจะมีการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการตัดสินใจในระดับดี เป็น 2.59 เท่า (Adj OR=2.59 ; 95%CI: 1.59 to 6.97 ; p-value = 0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

ปัจจัย	จำนวน	% การดื่มแอลกอฮอล์	Crude OR	Adj OR	95% CI	P-value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ						
ด้านความรู้ความเข้าใจ						0.010
ระดับดี	155	14.19	1	1		

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

ปัจจัย	จำนวน	% การดื่ม แอลกอฮอล์	Crude OR	Adj OR	95% CI	P-value
ด้านความรู้ความเข้าใจ						
ระดับปานกลางถึงไม่ดี	70	27.14	2.25	3.33	1.26 to 5.34	0.001
ด้านการ ตัดสินใจ						
ระดับดี	120	10.83	1	1		
ระดับปานกลางถึงไม่ดี	105	26.67	2.99	2.59	1.59 to 6.97	

อภิปรายผล

ระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น จากการวิจัยพบว่า มีระดับความรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านการจัดการตนเองและด้านการรู้เท่าทันสื่อ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และด้านการตัดสินใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี จะพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพเกือบทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาสามารถศึกษาหาข้อมูลเองเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพได้ และกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งต้องไปพบแพทย์เป็นประจำซึ่ง ทำให้ได้รับรู้สุขภาพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุขอยู่เสมอ จึงทำให้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Waivongkitjakarn, S. et al. (2018) ที่ศึกษาความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงใน ชุมชนสามเหลี่ยม อำเภอมืองจังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับปานกลาง งานวิจัยของ Darun, P. (2018) ที่ศึกษาปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ งานวิจัยของ Ginggeaw, S. & Prasertsri, N. (2014) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรคผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความฉลาดทางสุขภาพในระดับปานกลาง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น จากการวิจัยพบว่า ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจ โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจในระดับปานกลางถึงไม่ดีจะมีการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจในระดับดี เป็น 3.33 เท่า (Adj OR=3.33 ; 95%CI: 1.26 to 5.34 ; p-value = 0.010) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา แต่ยังมีส่วนน้อยที่ไม่ได้เรียนหนังสือซึ่งทำให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงไม่ดี ทำให้มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ โดยสอดคล้องกับงานวิจัยของ Wongkongdech, R., Wongkongdech, A. and Hansawong, J. (2018) ที่ศึกษาเรื่องความรู้ด้านสุขภาพในการใช้สื่อสังคมเพื่อป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นในโรงเรียนเขตเมืองผลการวิจัยพบว่า ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เพื่อป้องกัน

การดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กันอย่างน้อยมีนัยสำคัญทางสถิติกับการดื่มแอลกอฮอล์ งานวิจัยของ Rattanamanee, N., Phasunon, P. and Chantuk, T. (2018) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของข้าราชการ กองทัพเรือ อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี พบว่า ความรู้และความเข้าใจมีผลกระทบทางลบกับการดื่มแอลกอฮอล์ แต่ในงานวิจัยของ Niyakit, S. (2016) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน ตำบลไทรน้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการตัดสินใจ โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพด้านการตัดสินใจในระดับปานกลางถึงไม่ดีจะมีการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพด้านการตัดสินใจในระดับดี เป็น 2.59 เท่า (Adj OR=2.59 ; 95%CI: 1.59 to 6.97 ; p-value = 0.001) เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคือสมรส (อยู่ด้วยกัน) ซึ่งการมีสัมพันธภาพในครอบครัวดีส่งผลให้เกิดการดูแลกันของคนในครอบครัวให้รอดพ้นจากเข้าไปสัมผัสกับเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ได้ดีในระดับหนึ่ง Niyakit, S. (2016) ซึ่งถ้ามีการดูแลกันในครอบครัวก็จะทำให้ส่งผลต่อการดื่มแอลกอฮอล์ด้วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Prompim, A., Laohasirirong, W., Udompanich, S., Phajan, T. and Suwannaphant, K. (2016) ที่ศึกษา สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการดื่มสุราของชายวัยทำงานในเขตอุตสาหกรรมจังหวัดขอนแก่น มีทักษะการตัดสินใจในระดับต่ำถึงปานกลางมีความสัมพันธ์กับปัญหาการดื่มสุรา

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจและด้านการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ ดังนั้นหน่วยงานด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ ควรส่งเสริมกิจกรรมเชิงรุกหรือรณรงค์สร้างความรู้ความเข้าใจและการตัดสินใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์รวมถึงเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรคอื่นๆ ด้วย เช่น โรคหัวใจ โรคไต โรคเบาหวาน เป็นต้น เพื่อที่จะได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในแต่ละกลุ่มโรคได้เฉพาะเจาะจงมากขึ้น
2. ควรเพิ่มปัจจัยในการศึกษาอื่นๆ เช่น ภาวะเศรษฐกิจและสังคม ความสัมพันธ์ในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม ทศนคติ เป็นต้น
3. ควรมีการพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ให้เป็นไปในทางที่ถูกต้อง

References

- Auttama, N., Seangpraw, K. (2018). Factors Predictor Health Literacy among Older Adults with Risk Hypertension Disease, Phayao Province. *Journal of Health Education*, 42(2), 75-85. (In Thai).
- BanPhai District Health Office. (2018). Morbidity rate of hypertension per hundred thousand population in Health Region 7KhonKaen Province CUP BanPhai Hospital. Retrieved November 20,2019, from <https://hdcservice.moph.go.th/hdc>
- Best, John W. (1977) . Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall, Inc.
- Bloom, B.S.. (1956). Taxonomy of Educational Objectives, the classification of educational goals – Handbook I: Cognitive Domain. New York: McKay.
- Cho, YI., Lee, SY., Arozullah, AM., Crittenden, KS. (2008) Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly, *Social Science & Medicine*, 66(8). 1809-16.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 16, 297-334.
- Darun, P. (2018). Health literacy factors influencing on Health behavior of population in Buengkan Provice. *Journal of Department of Health Service Support*, 15(3), 71-82. (In Thai).
- Eftekhari Ardebili, H., Fathi, S., Moradi, H., Mahmoodi, M. & Maheri, A. (2014) Effect of Educational Intervention based on the Health Belief Model in Blood Pressure Control in Hypertensive Women. *J Mazandaran Univ Med Sci* , 24(119). 62–71
- Ginggeaw, S., Prasertsri, N. (2014). The Relationship between Health Literacy and Health Behaviors among Older Adults who have Multi-morbidity, *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 43-54 (In Thai).
- Health education division Department of health service support Ministry of public health. (2015). Situations and trends of health problems and Desirable behavior and criteria for alcohol drinking behavior. In Health education division, Changing behavior of drinking alcohol behavior or alcoholic beverages for working (pp. 7 – 13). Nonthaburi: Online.
- Health education division Department of health service support Ministry of public health. (2018). Strengthening and assessing health literacy and health behavior Children and youth aged 7-14 years and people aged 15 and older
- Hsieh, Y.F., Bloch, A.D., & Larsen, D.M. (1998). A Simple Method of Sample Size Calculation for Linear and Logistic Regression. *Statistics in Medicine*, 17,1623-1634.

- KhonKaen Provincial Health Office. (2019). The prevalence of hypertension. Retrieved November 20,2019, from https://kkhdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
- Ministry of Public Health. (2019). Morbidity rate of hypertension per hundred thousand population. Retrieved November 20,2019, from <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/>
- National Revolution Committee for Health and Environment. (2016). Health Literacy Revolution and Health Communication. Available at: https://library2.parliament.go.th/giventake/content_nrsa2558/d111459-03.pdf
- Niyakit, S. (2016). Factors Related to Alcohol Drinking Behavioral of the People in Rainoi sub-district, Meuang District, Ubon Ratchathani Province. *Journal of ODPC 10th Ubon Ratchathani*, 14(2), 16-32. (In Thai).
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*.15(3), 259–267.
- Office of Public Health System Develop Division of Non Communicable Diseases Department of diseases control. (2018). Campaign issues on World Hypertension Day 2018. In World Hypertension day 2018 (pp. 1). Nonthaburi: Bureau of non Communicable disease.
- Promptim, A., Laohasiriwong, W., Udompanich, S., Phajan, T., Suwannaphant, K. (2016). Alcohol Use Disorder Situations and It's Associated Factors among Working Age Males in The Industrial Areas, Khon Kaen Province. *The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*, 23(2), 18-31. (In Thai).
- Rareton, A. (2018). Health Literacy and Health Behaviour, 3Aor 2Sor, for the Village Health Volunteers (VHVs) : Case study of Hintok Sub-district, Ronphibun District, Nakhon Si Thammarat Province, *Journal of Department of Health Service Support*, 15(3), 71-82. (In Thai).
- Rattanamanee, N., Phasunon, P., Chantuk, T. (2018). Factors affecting alcohol drinking of the rotal thai navy officials in Sattahip Chonburi Provice, *Journal of Humanities and Social Sciences Thonburi University*, 12(28) , 197-211. (In Thai).
- Strategy and Planning Division Ministry of Public Health. Public Health Statistics A.D. (2015). Bangkok : Samcharoen Printing House.
- Waivongkitjakarn, S., Sangpaibool, S., Kimavaha, S., Panichsombat, C., Chutrakoolwong, J., Theerathitiwong, P., Pinitsuntorn, S., Paileklee, S. (2018). Health Literacy of Hypertension in Hypertensive Patients in Sam Liam Community, Khon Kaen Province, *Srinagarind Med J* 2018;33. (In Thai).

- Wongkongdech, R., Wongkongdech, A., Hansawong, J. (2018). Health literacy in social media using for alcohol prevention among junior urban high school students. *Journal of the Office of DPC* 7, 26(1), 46-57. (In Thai).
- World Health Organization (WHO). (2013). A global brief on hypertension Silent killer, global public health crisis. Retrieved November 20,2019, from http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/
- World Health Organization [WHO]. (2009) World health report. Available at: https://www.who.int/whr/media_centre/factsheet3/en/.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาสมรรถนะการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในมุมมองผู้บริหาร
ของเขตสุขภาพที่ 1 - 12

Received: Apr. 12, 2022

Revised: Nov. 14, 2022

Accepted: Nov. 20, 2022

Published: Dec. 18, 2022

Personal competency development among Public Health workers by
Administrators of Regional Health Office 1 – 12

ชมพูนุช สุภาพวานิช^{1*} ไพสิฐ จิรรัตนโสภา¹ เบญจวรรณ พูนธนานิวัฒน์กุล² และ บุญแทน กิ่งสายหยุด³

¹วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา สถาบันพระบรมราชชนก

²วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก สถาบันพระบรมราชชนก

³วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ สถาบันพระบรมราชชนก

Chompunuch Supapvanich^{1*}, Pisit Jirathanasopa¹, Benjawan Poonthaniwatkul², Boontan Kingsaiyud³

¹Sirindhorn College of Public Health, Yala, Praboromarajchanok Institute

²Kanchanabhishek Institute of Medical and Public Health Technology, Praboromarajchanok Institute

³BoromarajonaniSawanpracharak Nakhonsawan, Praboromarajchanok Institute

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามุมมองด้านปัญหาสุขภาพในพื้นที่ และการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขในมุมมองของผู้บริหารของเขตสุขภาพ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือ ผู้บริหารของเขตสุขภาพที่ 1 – 12 จำนวน 39 คน เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ประเด็นหลัก (Thematic analysis)

ความคิดเห็นของผู้บริหารในด้านการพัฒนาสมรรถนะการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ 1) การพัฒนากระบวนการคิดเชิงระบบ 2) การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล 3) การวางแผนแก้ไขปัญหา 4) การพัฒนาในด้านคุณภาพชีวิตการทำงาน ซึ่งต้องมีการบริหารจัดการด้านภาระงานที่มากของบุคลากรสาธารณสุข 5) การเปิดกรอบอัตรากำลัง 6) การให้ค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม 7) การให้ความมั่นคง ความก้าวหน้า การพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็น และความปลอดภัยในสภาพการทำงาน 8) การพัฒนาความรู้ทางวิชาการและวิชาชีพ 9) การวิจัยและความรู้เกี่ยวกับบัญชีการเงิน และพัสดุ 10) การพัฒนาด้านการบริหารสาธารณสุข โดยควรจัดอบรมระยะสั้นๆ และมีการติดตามประเมินผลงาน เน้นทักษะการลงพื้นที่ การวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล และมีการติดตามประเมินผลความสำเร็จของการฝึกอบรมจากการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่

การพัฒนาทักษะการทำงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขอาจจะต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบจากเดิมโดยการเน้นการฝึกอบรมในรูปแบบที่มีการให้ความรู้ในระยะสั้นและมีการเสริมทักษะโดยการปฏิบัติในพื้นที่หน้างานและมีการติดตามประเมินผลหรือมีที่ปรึกษาให้คำแนะนำเพื่อให้การปฏิบัติงานในพื้นที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: สมรรถนะการทำงาน, ผู้บริหาร, การพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข, เขตสุขภาพ

***Corresponding author:** ชมพูนุช สุภาพวานิช E-mail: chompunuch@yala.ac.th

Original article

Abstract

Received: Apr. 12,2022

Revised: Nov. 14,2022

Accepted: Nov. 20,2022

Published: Dec. 18, 2022

This study was a qualitative research study aiming to study the opinion of administrators in regional health office 1 – 12. The administrators who are worked as a leader in regional health office, health provincial office, tertiary hospital, general hospital, community hospital, health district office and health promoting hospital in district were selected using multistage sampling method. Thirty-nine administrators were interviewed. The information contents were analysed using descriptive analysis and thematic analysis.

The opinion of administrator on health personnel's capacity included 1) systems thinking, 2) data analysis and synthesis, 3) problem planning, 4) quality of working life, 5) manpower frame, 6) adequate and fair compensation, 7) stability and advancement in work, opportunity of personal capacity development, work safety and 8) development of academic and professional knowledge, 9) the skills that need for communication included home visiting, family medicine, primary medical care, patient screening, epidemiology, research and 10) finance and procurement and developing of public health administrative. They also had supported swiftly and adequately budget from the central organization. Furthermore, it should have the human resource development plan. The short course training must concern and it should get follow up. The skills on field work and data analysis and synthesis information should to evaluate the successful of practical in real area.

According to the consequences, the public health personnel's skill development may be needed to change in difference from the same to be focusing on short course training and practice skills on working in line areas and follow up the results. This also needs to get counselling from expertise to make more benefit and help to solve the work problems.

Keywords: Competency, Administrators, Public Health sector development, Regional health

***Corresponding author:** Chompunuch Supapvanich E-mail: chompunuch@yala.ac.th

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาของประเทศไทย เป็นผลให้ประชากรวัยเด็กลดลงอย่างรวดเร็ว ประชากรวัยแรงงานยังคงเพิ่มขึ้นและคาดว่าจะลดลงตั้งแต่ปี 2555 เป็นต้นไป ขณะที่ประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้น โดยคาดว่าในปี 2570 กลุ่มประชากรวัยสูงอายุจะนับเป็นเกือบ 1 ใน 4 ของประเทศ หรือเกือบ 17 ล้านคน (กรอบยุทธศาสตร์การสร้างความเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ ปี 2554 - 2558) (Ministry of Public health Thailand, 2018) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงรูปแบบสภาวะสุขภาพของประชากรไทย การให้บริการสุขภาพจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการปรับตัวให้ทันต่อสถานการณ์เห็นได้จากการเจ็บป่วยของประชากร ในทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุด้วยโรคเรื้อรังมีเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคกระดูกและข้อ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และหลอดเลือด อัลไซเมอร์ ต้อกระจก เป็นต้น โรคอุบัติใหม่ และภาวะทางพันธุกรรม รวมทั้งการเผชิญกับภาวะทุพพลภาพ ในระยะยาวจะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ผลการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บซึ่งใช้ตัวชี้วัด (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) เพื่ออธิบายขนาดปัญหาของแต่ละโรค โดยการใช้ข้อมูลการตายก่อนวัยอันควรและการบาดเจ็บของประชากรไทย แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของแนวโน้มของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ภาวะซึมเศร้า และภาวะหัวใจขาดเลือด (Ministry of Public health Thailand, 2018)

จากปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์โลกปัจจุบัน บุคลากรสุขภาพจำเป็นต้องมีความรู้เท่าทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปนอกเหนือจากแพทย์ ทันตแพทย์เภสัชกร และพยาบาล ยังมีทีมสหวิชาชีพด้านสาธารณสุขอื่นๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานวิทยาศาสตร์การแพทย์สาขา โลหิตวิทยาและธนาการเลือด สาขาพยาธิวิทยาคลินิก สาขาพยาธิวิทยา เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติ เจ้าหน้าที่งานโสตทัศนศึกษา เจ้าหน้าที่งานรังสีเทคนิค เจ้าหน้าที่งานเทคนิคกายอุปกรณ์ เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน (อายุรเวทหลักสูตร 2 ปี) เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน (แพทย์แผนไทยประยุกต์หลักสูตร 3 ปี) นักการแพทย์แผนไทย (หลักสูตร 4 ปี) และเจ้าหน้าที่/เจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพทุกเขตทั่วประเทศ บุคลากรสาธารณสุขเหล่านี้ ล้วนมีบทบาทในการให้บริการสุขภาพ ที่ตอบสนองต่อสภาวะสุขภาพของประชาชนในเขตสุขภาพแต่ละแห่ง ไม่ว่าจะเป็นปัญหาโรคภัยไข้เจ็บ ปัญหาการดูแลสุขภาพตนเอง พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม รวมไปถึงปัญหาด้านจัดระบบบริการสุขภาพ ปัญหาอื่นๆ ในแต่ละพื้นที่ (Department of Health Service Support, 2012) โดยสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงานตามคู่มือสมรรถนะของข้าราชการพลเรือนประกอบด้วย 5 สมรรถนะหลักคือ 1) ด้านการมุ่งสัมฤทธิ์ 2) ด้านการบริการที่ดี 3) ด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ 4) ด้านการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม และ 5) ด้านการทำงาน การคิดวิเคราะห์ การมองภาพรวมองค์กร (Office of the Civil Services Commission, 2010) ในขณะที่ผลจากการศึกษาสมรรถนะของนักสาธารณสุขที่ผ่านมาพบว่า นักสาธารณสุขควรได้รับการพัฒนาทักษะในด้าน 1) การวิเคราะห์และประเมินสุขภาพ 2) พัฒนาความรู้ด้านงบประมาณ 3) การบริหารงาน 4) การพัฒนาความรู้ ความเชี่ยวชาญทางวิชาชีพ 5) การพัฒนานโยบายและการวางแผน 6) การพัฒนาการเป็นผู้นำและ 7) การคิดอย่างเป็นระบบ (Changyai, Rudtanasukajum & Methaphat, 2013) ซึ่งในการทำงานในชุมชนเพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพ สมรรถนะของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่จึงมีความสำคัญซึ่งสมรรถนะเหล่านี้มีความจำเป็นในการปฏิบัติงาน เพื่อให้การดำเนินการด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล หากบุคลากรสาธารณสุขมีสมรรถนะเหล่านี้

ไม่เพียงพอก็คงเกิดผลกระทบต่อผลการปฏิบัติงานในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน รวมถึงปัญหาในการบริหารจัดการงานอีกด้วย แต่อย่างไรก็ตามการศึกษที่ผ่านมาส่วนใหญ่จะเป็นการประเมินจากตัวผู้ปฏิบัติงานเอง แต่ยังไม่พบการศึกษาจากการประเมินของผู้บังคับบัญชา ซึ่งในมุมมองของผู้บังคับบัญชาของบุคลากรสาธารณสุขจากการประเมินผลการปฏิบัติงานการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ผู้บริหารมีมุมมองในการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขในกำกับอย่างไร ดังนั้นในการศึกษานี้จึงทำการศึกษามุมมองของผู้บริหารซึ่งเป็นผู้บังคับบัญชาของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่เขตสุขภาพในส่วนของการพัฒนาทักษะของบุคลากรสาธารณสุข โดยแบ่งประเด็นการศึกษาออกเป็น 4 ประเด็นหลักประกอบด้วย 1) ปัญหาที่พบ 2) สาเหตุที่พบ 3) แนวทางการแก้ไข และ 4) การบรรลุเป้าหมาย เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผนการพัฒนาทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพให้มีความรู้ ความสามารถและมีสมรรถนะในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการพัฒนาทักษะการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในเขตสุขภาพในมุมมองของผู้บริหาร

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualification research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้บริหารในระดับเขตสุขภาพและในระดับจังหวัด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) สำหรับการสัมภาษณ์ (Semi-structured interviews) โดยมีเกณฑ์คัดเลือกเข้าคือเป็นผู้บริหารที่มีตำแหน่งผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข สาธารณสุขนิเทศ นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หัวหน้าฝ่ายพัฒนาบุคคล ผู้บริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับเขต ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลทั่วไป สาธารณสุขจังหวัด และ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลที่ปฏิบัติงานในเขตบริการสุขภาพทั้ง 12 แห่ง หลังจากนั้นทำการคัดเลือกตัวอย่างโดยใช้การจับฉลากระดับเขต จังหวัด อำเภอก และสถานบริการ ทำการเก็บข้อมูลสัมภาษณ์จนได้ข้อมูลอิ่มตัว ซึ่งในการศึกษานี้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 39 คน

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview guideline) ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยยึดตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาและแนวคิดพื้นฐานในการวิจัย รวมถึงจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการวิจัย ทำการกำหนดโครงสร้างของข้อคำถามสำหรับนำไปใช้ใน โดยสร้างเป็นคำถามให้มีความครอบคลุมขอบเขตของการวิจัยอันเป็นสิ่งที่ต้องการศึกษาเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งเอาไว้ หลังจากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างเสร็จแล้วนำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความตรงทางเนื้อหาของเครื่องมือและความถูกต้องพร้อมทั้งคำแนะนำเพื่อแก้ไขปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น นำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาประเด็นที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยรวมถึงความถูกต้องเหมาะสมและปรับปรุงแก้ไขด้านภาษาตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ หลังจากปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ผู้วิจัยทดสอบแบบสัมภาษณ์โดยวิธีคิดออกเสียง (think aloud) ในนักศึกษา 2 รายที่ไม่ใช่ตัวอย่างการวิจัยโดยทดสอบทีละคนตัวอย่างทำแบบ

สัมภาษณ์โดยอ่านข้อความที่ละเอียด แบบบอกเสียงและอธิบายความเข้าใจต่อคำถามวิธีการตอบคำถามและเหตุผลที่ตอบ เช่นนั้นคำถามข้อใดที่สื่อความหมายผิดไปจากที่ต้องการหลังจากปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ตามข้อค้นพบผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบแบบสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่าง โดยการนำไปสัมภาษณ์ผู้บริหารสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพ จำนวน 2 คน แล้วนำข้อความเหล่านั้นมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งก่อนที่จะนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้มีการประสานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และเขตสุขภาพทั้ง 12 แห่งเพื่อขอเก็บข้อมูล โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-depth interview) โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) ด้วยวิธีการบันทึกเทป และจดบันทึกข้อมูลตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้ระบุไว้ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์คนละประมาณ 30-60 นาที ข้อมูลจะถูกบันทึกและถอดเทปรายวันเพื่อทำการตรวจสอบข้อมูลที่ไม่ชัดเจนหรือไม่ครบถ้วนเพื่อนำไปศึกษาเพิ่มเติมในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไปและข้อมูลที่ได้มาผู้ทำการวิจัยจะนำมาถอดเทปคำต่อคำประโยคต่อประโยคแล้วตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้งด้วยการฟังเทปบันทึกเสียงซ้ำ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะถูกนำมาวิเคราะห์เป็นรายคน จนกว่าจะได้ข้อมูลที่อิ่มตัว หลังจากที่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้วได้นำมาตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness) โดยมีการยืนยันความถูกต้องของข้อมูล (Member Checking) โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ที่ได้จดบันทึก อัดเทปเสียงและอธิบายอย่างชัดเจนนำกลับไปให้ผู้สัมภาษณ์ยืนยันความถูกต้องของข้อมูลว่าข้อมูลเป็นจริงตรงกับความรู้สึกของผู้ให้สัมภาษณ์หรือไม่ ทำการตรวจสอบความไว้วางใจได้ของข้อมูล (Dependability) โดยการนำข้อมูลไปตรวจสอบกับผู้เชี่ยวชาญเพื่อยืนยันความถูกต้องตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา และทำการยืนยันผลการวิจัย (Conformability) โดยการที่ผู้ทำการวิจัยจะเก็บเอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยไว้เป็นอย่างดีพร้อมสำหรับการตรวจสอบ (Audit Trail) เพื่อยืนยันว่าข้อมูลที่ได้ไม่มีความลำเอียงหรือเกิดจากการคิดขึ้นของผู้วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย

1. นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) มาใช้ในกระบวนการวิเคราะห์ ประมวลผลข้อมูล โดยกระบวนการและวิธีการวิเคราะห์ จะใช้วิธีการวิเคราะห์ประเด็นหลัก (Thematic analysis) ซึ่งจะประกอบด้วยประเด็นหลัก (theme) ประเด็นรอง (subtheme) และสาระสำคัญ (concept)
2. การเริ่มต้นจะเริ่มจากการวิเคราะห์ย่อหน้าไปสู่ประเด็นหลัก โดยมีวิธีการดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปและการบันทึกภาคสนามมาอ่านหลายๆครั้ง เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและเข้าใจในภาพรวมของข้อมูลที่ได้ (Familiarizing with the data) หลังจากนั้นนำข้อมูลกลับมาอ่านอีกครั้งโดยละเอียดทุกบรรทัดและจึงตีความพร้อมทำการตั้งข้อความหรือประโยคที่สำคัญ (Generating initial codes)
3. นำข้อความหรือประโยคที่มีความหมายเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมาไว้กลุ่มเดียวกัน (Searching for themes) โดยมีรหัสข้อมูลกำกับทุกข้อความหรือทุกประโยคแล้วจึงตั้งชื่อคำสำคัญซึ่งจะจัดเป็นทั้งกลุ่มใหญ่ (Themes) และกลุ่มย่อย (Sub-theme) ที่อยู่ภายใต้ความหมายของกลุ่มใหญ่ซึ่งกระบวนการดังกล่าวคือการสร้างหัวข้อสรุปและกลุ่มหัวข้อสรุปแนวคิดในตัวข้อมูล หลังจากในประเด็นย่อย (sub-theme) และประเด็นหลัก (theme) แล้ว

4. ทำการทบทวนประเด็นต่างๆ จัดระเบียบด้วยความระมัดระวังเพื่อไม่ให้บางประเด็นสูญหายไป (Reviewing themes) ใช้การเขียนบรรยายสิ่งที่ค้นพบอย่างละเอียดและชัดเจนโดยจะไม่มีการนำทฤษฎีไปควบคุมปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นพร้อมทั้งยกตัวอย่างคำพูดประกอบคำหลักสำคัญที่ได้ (Defining and naming themes)

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา (01/2559) และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยได้คำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยและให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์

ผู้ให้สัมภาษณ์ในการศึกษานี้มีทั้งหมด 39 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 80.6 และดำรงตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอ/ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ คิดเป็นร้อยละ 38.5 และมีประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ยเท่ากับ 7.7 ปี

การพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขของพื้นที่ในเขตบริการสุขภาพ

ผลจากการสัมภาษณ์ตัวแทนผู้บริหารเขตสุขภาพ พบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ได้ระบุปัญหา วิเคราะห์สาเหตุ และแนวทางการแก้ไขปัญหาของการทำงานของบุคลากรด้านสุขภาพในกลุ่มเจ้าพนักงานเภสัชกรรม เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ เจ้าพนักงานเวชสถิติ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน แพทย์แผนไทย เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน (อายุรเวช) เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ และได้เสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาที่พบเกี่ยวกับสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ ซึ่งในการศึกษานี้ได้แบ่งออกเป็น 4 ประเด็นหลัก ประกอบด้วย 1) ปัญหาที่พบ 2) สาเหตุที่พบ 3) แนวทางการแก้ไข และ 4) การบรรลุเป้าหมาย ดังนั้นประเด็นหลักที่ 1 ปัญหาด้านสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขสามารถแบ่งได้เป็น 4 ลักษณะ คือ 1) ด้านสมรรถนะการทำงาน 2) ด้านคุณภาพชีวิตในการทำงาน 3) ด้านความรู้ทางวิชาการ/วิชาชีพ 4) ด้านการบริหารงาน

1) ด้านสมรรถนะการทำงาน

ผู้บริหารมองว่าหากต้องการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยให้ตอบสนองแผนยุทธศาสตร์ชาติกระทรวงสาธารณสุข 20 ปี ประเทศไทย 4.0 ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ควบคู่ไปกับสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นสังคมผู้สูงอายุ และการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีที่ทันสมัย บุคลากรด้านสุขภาพจำเป็นต้องสามารถเข้าถึงชุมชนได้เป็นอย่างดี ซึ่งสมรรถนะที่จำเป็นต้องมี ได้แก่ กระบวนการคิดที่ดี การวางแผน การทำงานเป็นทีม ภาวะผู้นำ จิตบริการ และการจัดการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ

ทักษะการทำงานที่ผู้บริหารให้ความสำคัญมากที่สุดในเรื่องกระบวนการคิด คือ การคิดเชิงระบบ การคิดเชิงองค์รวม โดยเฉพาะการแก้ไขปัญหา เพราะหากบุคลากรด้านสุขภาพไม่สามารถคิดเชิงระบบได้ จะส่งผลกระทบต่อการทำงานในประเด็นย่อยเท่านั้น ไม่สามารถแก้ปัญหาทั้งระบบได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“...ผมว่ายังมีไม่มาก ในเชิงของการแก้ปัญหา คือการแก้ปัญหาไปแบบประเด็นย่อย เสร็จแล้วการแก้ปัญหาแบบประเด็นย่อยมันไม่ได้แก้ปัญหาในพื้นที่ในเชิงระบบทั้งหมด...และผมคิดว่าลักษณะ เรื่องของการคิดที่จะ

บริหารจัดการนี้ สุขภาพเชิงระบบทั้งหมด ต้องไปเกี่ยวข้องกับด้านสังคม เชื่อมโยงกับด้านเศรษฐกิจ ไปเชื่อมโยงกับด้านอื่นๆ ก็แล้วแต่นะครับ... [คนที่ 11 นพ.สสจ]

ทักษะรองลงมาที่ผู้ให้สัมภาษณ์ให้ความสำคัญ คือ การวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล เพราะจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพ ตลอดจนการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งทักษะนี้เป็นทักษะที่สำคัญของหน่วยปฐมภูมิ (Primary care) ที่ควรจะมีวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลได้ อย่างน้อยในระดับพื้นที่ชุมชนที่รับผิดชอบ ได้เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาในเชิงรุกต่อไป ดังคำกล่าวที่ว่า

“... คือมันต้องยอมรับส่วนหนึ่งนะ คือผมก็เป็นสาสุข สาสุขนักรักษาการ ถามมุมมอง 2 อย่างคือ ถ้าน้องๆ คือการทำงานของพยาบาลยังดีกว่า ในการเซตปัญหา ความมุ่งมั่น แต่ในเรื่องของสาสุขเรานี้ยอมรับค่อนข้างจะต่ำมาหน่อยนึง...คือความรู้อาจจะไม่เท่า การวิเคราะห์ การนำปัญหามาคิด มาแก้ปัญหาที่จะค่อย แล้วก็การเซตปัญหาหรือการเอาปัญหาอย่างมาจัดการปัญหาเหล่านี้...” [คนที่ 3 ผอ.รพ.สต.]

ทักษะการวางแผน จึงเป็นอีกทักษะหนึ่งให้ผู้ให้สัมภาษณ์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับนักวิชาการและเจ้าพนักงานว่า ควรเพิ่มทักษะดังกล่าว และระบุตัวชี้วัดความสำเร็จของการดำเนินงาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานให้มากขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“...อันที่ 2 ในเรื่องของการแนะนำ ในเรื่องของการวางแผนว่าแต่ละคนเนี่ยจะต้องมีการคิดแผนจะดำเนินการ เพราะว่าในเรื่องของการรักษาฟื้นฟูเนี่ยมันจะมีในรูปแบบที่ชัดเจนอยู่หลาย พยาบาลเอ้ย แพทย์เอ้ย เภสัชเอ้ย จะมีแบบแผนที่ชัดเจนในเรื่องของวิชาชีพ แต่ในเรื่องของ จพ. กับ นวก. จะไม่มีแบบแผนชัด มันอยู่ที่ว่า เขาจะดำเนินการเองวางแผนเอง วางแผนเองโดยที่อาศัยผลลัพธ์เท่านั้นที่เป็นตัวจับ อันนี้มันก็จะต้องฝึกทักษะ เรื่องของการวางแผน แล้วก็การดำเนินการในเรื่องของการวางแผน ทางโรงพยาบาลเองก็จะเน้นใน 2 ประเด็นนี้ เป็นหลักในการเสริมศักยภาพในเรื่องของ นวก. และ จพ.” [คนที่ 1 ผอ.รพช]

นโยบายเชิงรุกเพื่อเข้าถึงชุมชน เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพระดับชุมชน จำเป็นต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมซึ่งผู้บริหารระดับปฐมภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ให้ความสำคัญเป็นอย่างมากต่อการทำงานเป็นทีม โดยเฉพาะการทำงานร่วมกับชุมชน การเข้าถึงชุมชนเป็นอย่างมาก ดังคำกล่าวที่ว่า

“ คือพี่มองว่าคนทำงาน รพ.สต. นะในเรื่องของทำงานกับชุมชนตรงนี้ ก่อนหน้านี้พี่ว่ารุ่นพี่นั้นในเรื่องการทำงานชุมชนค่อนข้างจะโอเคนะ แต่คนรุ่นใหม่ไม่เอา ไม่ค่อยเอาอะ อาจจะด้วยเทคโนโลยีก็ได้ พี่มองว่าขาดในเรื่องของการปฏิสัมพันธ์กับชุมชน เพราะถ้าเราอยู่ชุมชนจริงๆ เรื่องตรงนี้ต้องโอเคนะ ต้องเป็นเนื้อเดียวกันกับชุมชนถึงจะได้ใจนะ พี่มองว่าในเรื่องของการทำงานด้านชุมชนเนี่ยน้องเราค่อยไปก่อกัดตีมา อย่างน้อยก็ถ้าก่อนหน้านี้ หลาย 10 ปีมาแล้ว ยังจำชื่อได้ บ้านเลขที่ได้อะ แต่คนรุ่นใหม่พี่ว่าไม่อะ ไม่ค่อยจำแม้กระทั่งการนำผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำสำคัญๆ ก็ไม่ค่อยจำ แล้วก็ที่บอกว่าขาดเรื่องปฏิสัมพันธ์กับชุมชนไป (คนที่ 2 สสอ)

นอกจากนี้ผู้บริหารบางท่านให้ความสำคัญต่อการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ เพื่อนำความรู้

“...ขาดการติดต่อประสานงานและการประชาสัมพันธ์ที่ดีในการการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ” [คนที่ 18 สาธารณสุขนิเทศน์]

ภาวะผู้นำจัดเป็นอีกทักษะหนึ่งที่สำคัญต่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมของประชาชน ผู้ให้สัมภาษณ์เน้นย้ำเรื่องของภาวะผู้นำ เป็นเรื่องสำคัญต่อการปฏิบัติงานในชุมชน

“...ก็คือทักษะการเป็นผู้นำ เป็นผู้นำอันนี้น้องเขาก็จะขาดไป ซึ่งค่อนข้างสำคัญ เมื่อไหร่ที่เขาไม่มีข้อมูล เขาก็จะหาข้อมูล เขาวางแผนได้ แต่ถ้าเขาไม่มีทักษะความเป็นผู้นำเนี่ย ความกล้ามันจะไม่มี เมื่อความกล้าไม่มี เนี่ยที่เขาอยากคิดอยากทำก็อาจจะดีก็ได้ เมื่อความเป็นผู้นำไม่มี ความกล้าไม่มี สิ่งต่างๆเหล่านี้ก็จะเก็บไว้ในหัว เขาย่างเดียวมันก็จะไม่ได้แสดงออกมา เขาก็จะทำตามที่หัวหน้าสั่งเท่านั้น อาจจะผิดหรือถูกไม่ทราบ แต่ว่า ทักษะความเป็นผู้นำเนี่ยค่อนข้างสำคัญเหมือนกันกับการที่ต้องไปเผชิญกับโจทย์ค่อนข้างยากในเรื่องส่งเสริม ป้องกัน” [คนที่ 1 ผอ.รพช]

นอกจากนี้ ตัวแทนผู้บริหารยังให้ความสำคัญด้านจิตบริการในอันดับที่รองลงมา

“ส่วนที่ผมเจอก็จะมีเรื่อง เวลาเจอปัญหาเรื่องเรียน เขาจะไม่บอกว่า คุณหมอหรือว่าพยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่ ไม่มีความรู้อะไรเนี่ย เจอคำนี้บ่อยมาก จะมีเรื่องไม่เอาใจใส่ พุดไม่ดี ไม่แนะนำ เพราะฉะนั้น เรื่อง Attitude หรือว่าพฤติกรรมบริการ ผมมองว่ามันต้องปลูกฝังเยอะๆ” [คนที่ 12 ผอ.รพช]

ทักษะด้านการจัดการข้อมูลเป็นทักษะสำคัญอีกทักษะหนึ่งที่สำคัญต่อยุคสารสนเทศ หากนักวิชาการ เจ้าหน้าที่ สามารถวางแผนการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบระเบียบ จัดเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ ประมวลผล และสามารถนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ได้และทักษะเกี่ยวกับโปรแกรมคอมพิวเตอร์/IT จะยังสามารถพัฒนางาน ได้ดีขึ้น

“การจัดการระบบข้อมูล ถ้าบุคลากรขาดทักษะการบริหารจัดการที่ดี ขาดทักษะการใช้ IT ข้อมูลก็ไม่น่าจะเป็นระบบดึงมาใช้ได้ยากและนานกว่าจะหาข้อมูลได้ทันการณ์” [คนที่ 18 สาธารณสุขนิเทศน์]

“ระบบ IT ยังไม่มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบ IT โดยตรง เช่น นักวิชาการคอมพิวเตอร์[คนที่ 27 สสอ]

2) ด้านคุณภาพชีวิตในการทำงาน

ปัญหาด้านคุณภาพชีวิตในการทำงาน เป็นอีกหนึ่งข้อจำกัดที่ทำให้บุคลากรด้านสุขภาพไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ปฏิบัติงานมีปัญหาในเรื่องภาระงานมาก กรอบอัตรากำลัง ค่าตอบแทนที่ไม่เพียงพอ ความเลื่อมล้ำทางวิชาชีพ ความมั่นคงและความก้าวหน้าในการทำงาน ความปลอดภัยของสภาพการทำงาน และโอกาสในการพัฒนาสมรรถภาพของบุคคล ตามลำดับ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ พบว่า ปัญหาที่พบมากอันดับต้น คือ ภาระงานมาก โดยเฉพาะงานในระดับชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งนี้เพราะเน้นงานทั้งด้านการรักษาการส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูและสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุคลากรด้านสุขภาพมีภาระงานเพิ่มมากขึ้นและไม่มีเวลาทำงาน คือ การเข้าร่วมประชุม

“ข้อจำกัดในการพัฒนาบุคลากรในความรู้รับผิดชอบของเรามีเยอะนะเพราะมีการโยกย้ายบ่อย มีการเปลี่ยนสายงานมาก เปลี่ยนงานในความรู้รับผิดชอบเมื่อเห็นว่ามันทำยากเลยไม่ได้สั่งสมความเชี่ยวชาญ ภาระงานในหน้าที่ก็มาก ภาระครอบครัวก็ต้องรับผิดชอบ งบประมาณจะจัดสรรให้ไปอบรมก็มีจำกัดไม่เพียงพอ นี่แหละเป็นข้อจำกัดที่เห็น ๆ อยู่” [คนที่ 24 สสอ]

ผู้บริหารบางท่านได้กล่าวเพิ่มเติมเกี่ยวกับกรอบอัตรากำลังว่าไม่สอดคล้องกับภาระงานจริง จึงทำให้บุคลากรมีภาระงานมาก

“...ความที่พื้นฐานสาธารณสุขเราคิดอัตรากำลัง คิดจำนวนเตียง คิดจำนวนหมอ จากประชากรจากทะเบียนราษฎร แต่ว่าประชากรที่อยู่ทั้ง Thai, NonThai เนี่ย Over ทะเบียนราษฎรไปเกือบ 2 เท่า ฉะนั้น

ปัญหาอันดับแรกอยู่แล้วคือเรื่อง mismatch ของอัตรากำลังจริงๆ กับภาระงานจริงๆ...”[คนที่ 26 สาธารณสุขนิเทศ]

ผู้บริหารมองประเด็นของคำตอบแทนที่ไม่เพียงพอของผู้ปฏิบัติที่ได้รับ แบ่งเป็น 2 ประเด็น คือ ประเด็นเรื่องคำตอบแทนน้อยไม่สอดคล้องกับภาระงานที่มากขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“...คำตอบแทนก็มีส่วน ถ้ามัวมันสำคัญมากไหม มันก็ได้สำคัญมาก แต่มันก็มีส่วนทำให้ทุกคนมีความตั้งใจทำงานมากขึ้น เพราะคำตอบแทนมัน คือโดยภาระงานมันค่อนข้างจะสูง แต่ค่าแรงมันจะต่ำ คือในรพ.สต.ค่อนข้างจะต่ำมากเลย ถ้ามัวทุกคนทำงาน ทุกคนก็ทำงานอยู่ แต่ถ้าได้มากกว่าเดิมมันก็ดีขึ้นซึ่งมันก็เป็นไปไม่ได้อยู่แล้ว ก็ rate มันก็ประมาณนั้นแหละ”[คนที่ 3 ผอ.รพ.สต.]

และความเลื่อมล้ำทางวิชาชีพ ด้านคำตอบแทนวิชาชีพระหว่างพยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุข ดังคำกล่าวที่ว่า

“...แล้วคำตอบแทนทั้งหลายนะ ก็น้องๆเรานั้นมีความเลื่อมล้ำมา ถ้ามัวพยาบาล C7อะ ได้ 3500 นักวิชาการ C7 ไม่ได้สักบาท ต้อง 8 อะถึงได้ค่าตำแหน่ง คือมันเป็นความเลื่อมล้ำต่างกันมาก...”[คนที่ 2 สสอ]

สาเหตุของความเลื่อมล้ำทางวิชาชีพ ในมุมมองของผู้บริหาร แบ่งเป็น 2 ประเด็น คือ ขาดตัวแทนในการประชุมร่างกฎหมายและกฎกระทรวงสาธารณสุข ปี 2539 ในการประชุมพิจารณาคำตอบแทนต่างๆ ไม่มีตัวแทนจากนักวิชาการ เจ้าพนักงานเข้าร่วมประชุม ทำให้เมื่อมีประเด็นเสนอมักจะถูกพิจารณาตัดออกดังคำกล่าวที่ว่า

“...นวก.[นักวิชาการ]จพ.[เจ้าพนักงาน] มันไม่มีตัวแทนเข้าไป แล้วเวลาเสนออะไรขึ้นไปที่โดนตัดๆ มันเป็นเรื่องที่มองข้ามมันเลื่อมล้ำอะในวิชาชีพที่เป็น เราทำได้ในงานปฐมนุญ ถ้ามัวมันไม่เห็นใจว่าที่ปิดทองหลังพระเลยนะ มันไม่เห็นอะ แล้วตรงนี้นมันเป็นอะไรที่ต้องเรียกร้อง ต้องเป็นมือปอะไร พี่ว่า” [คนที่ 2 สสอ]

อีกสาเหตุหนึ่งมาจากความเลื่อมล้ำของวิชาชีพด้านกฎหมายกฎกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2539 ที่ไม่ได้ระบุบทบาทหน้าที่นักวิชาการในเรื่องการเจาะเลือด ทำให้นักวิชาการไม่กล้าที่จะเจาะเลือดในขณะที่ไปเยี่ยมบ้าน ทำให้พยาบาลจะต้องไปเจาะเลือดอีกครั้ง ซึ่งเป็นปัญหาเรื่องการตีความกฎหมายที่ไม่ตรงกัน และเกิดเป็นประเด็นปัญหาดังกล่าวที่ว่า

“อ่า..ก็ต้องไปแก้ตรงนั้น แต่จริงๆประภาคนั้นก็ดี ข้อ 18-19 มีว่ามอบหมายงานได้ แต่ว่าไม่ใช่ข้อนั้น แต่จริงๆอะ มันเขียนได้ครอบคลุมก็เขียนครอบคลุมขึ้นได้ แต่เขียนครอบคลุมในแง่สามารถทำงานได้มากขึ้น ไม่ใช่เขียนในแง่ว่าห้ามทำ” [คนที่ 6 ผอ.รพท]

ผู้บริหารยังแสดงมุมมองต่อเรื่องคำตอบแทนและความเลื่อมล้ำของวิชาชีพ เพิ่มเติมว่า ทั้งสองประเด็นมีความสัมพันธ์กัน ไม่สามารถแยกประเด็นออกจากกันได้ หากไม่เร่งแก้ไขปัญหาดังกล่าว อาจจะเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้การทำงานด้านสาธารณสุขระดับปฐมนุญมีประสิทธิภาพลดลง

“แต่เดี๋ยวนี้ไอตัวนี้เดี๋ยวนี้นั้นจะมีปัญหาอย่างนี้ ที่มันเป็นปัญหามากขึ้นทุกที ก็คือมันไปผูกเอาเรื่องคำตอบแทน มันไปผูกเอาเรื่องความเหลื่อมล้ำ แล้วไองานบางอย่างที่เคยทำก็จะไม่ทำ ทั้งที่มันเป็นฝึกจนทำเป็น บอกว่าไม่ทำ นวก.[นักวิชาการ] เดียวก็บอกเจาะเลือดไม่ได้ ไข่ม้อย แต่ทำไมต้องให้ นวก.[นักวิชาการ] ไปยื่นเจาะเลือดมัย หรือจะไม่ยอมเจาะเลือด จะไปเยี่ยมบ้านที่จะต้องให้สองคนนะ ถ้าไปเจาะเลือดต้องเอาพยาบาลไปเจาะอีกที ใน นวก.[นักวิชาการ] ควรจะไปเรียนเรื่องเจาะเลือดมัย ในแง่ของเชิงการทำงานมันไม่มีประสิทธิภาพ

ใช้มีนวก.[นักวิชาการ] ไปเยี่ยมบ้าน ซักอย่างเดียว แต่เจาะเลือดไม่ได้ แล้วก็คนไหนเคยเจาะเลือดได้ แต่ตอนหลังก็บอกไม่เจาะไม่ใช่วิชาชีพ” [คนที่ 6 ผอ.รพท]

ประเด็นสำคัญรองลงมาจากคำตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม คือ เรื่องความมั่นคงและความก้าวหน้าในการทำงาน

“ความก้าวหน้าวิชาชีพ ก็ยอมรับว่า...คือตั้งแต่เข้ามาทำงานปั๊บ แม้ว่าแต่ละคนจบเหมือนกันนะ คนหนึ่งจบมาอยู่สายสาสุข อีกคนหนึ่งจบมาอยู่สายอื่น สายครูช่างนอกอะ คือของเรามันแคบ มันจะตันไปไม่ไหว ซึ่งหน่วยงานอื่น อย่างครูช่างๆเนี่ย สามารถไปได้ตลอดคือจะไม่มีเพดานเข้ามาทัน แต่ของเราจะกันโดยเพดานก็คือ ลักพักมันจะไปเกย อย่าง อย่างนั้นนะ นว.นี้มันจะขึ้นจากปฏิบัติงานเนอะ แล้วก็ชำนาญงาน แล้วก็จบชำนาญการ จบแค่นั้น ซึ่งถามอายุของน้องแต่ละคนยังน้อยแต่ว่าตำแหน่งมันจะตันโดยส่วนเนี่ยเป็นส่วนหนึ่ง...[คนที่ 3 ผอ.รพ.สต.]

ส่วนเรื่องความปลอดภัยของสภาพการทำงานเป็นเหตุผลหนึ่งที่บุคลากรด้านสุขภาพมักจะใช้เป็นข้ออ้างในการหลีกเลี่ยงปฏิบัติงานเชิงรุก คือ สถานการณ์ความไม่สงบในการลงพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้

ประเด็นสุดท้ายของปัญหาด้านคุณภาพชีวิตในการทำงาน คือ โอกาสในการพัฒนาสมรรถภาพของบุคคล เนื่องจากมีบุคลากรน้อยและจำกัด ทำให้บุคลากรที่มีความประสงค์จะพัฒนาศักยภาพตนเองไม่สามารถเข้าร่วมอบรม/ลาศึกษาต่อได้

“...ภารกิจงานที่เพิ่มขึ้นทำให้การพัฒนาบุคลากรไม่สอดคล้องตามแผนพัฒนา” [คนที่ 22 สสอ]

3) ด้านความรู้ทางวิชาการ/วิชาชีพ

ผู้บริหารให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับทักษะที่จำเป็นต่อการลงชุมชนและให้ความสำคัญอันดับหนึ่ง คือ เรื่อง การเยี่ยมบ้าน รองลงมาคือ เวชศาสตร์ครอบครัว งานรักษาเบื้องต้น เวชปฏิบัติชุมชนการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อการคัดกรองผู้ป่วย ทักษะการวิจัย หลักระบาดวิทยา คำศัพท์เกี่ยวกับโรค การเฝ้าระวัง และความรู้เกี่ยวกับบัญชี การเงิน พัสดุ

“...คือเยี่ยมบ้านเหมือนไปทัวร์อะ คือไปกันครบทีมเลย ก่อนไปมันยังไม่รู้เลยว่าต้องไปทำอะไรบ้าง ต้องรีวิวเคสก่อนมัยเคสนี้เราจะไปตอบโจทย์อะไรเค้า เบื้องหลังของภาพที่เราเห็นคืออะไร บางที่เราไปค้นหามันก็เสียเวลา ร้อนมั่ง รีบกลับมั่ง งานรออยู่ที่โรงพยาบาลมั่ง มันก็เลยเหมือนไม่ได้แก้ปัญหาจริงๆ ไปเยี่ยมบ้านแต่เราเยี่ยมคนไข้ได้อะไรบ้าง ญาติได้อะไรบ้าง หรือเรายังทำเชิงรุกแบบตั้งรับอะ ลงไปในพื้นที่จริงๆแต่ก็ไม่ได้ไปว่าเค้าจะดูแลตัวเองยังไง พอเราถอนตัวออกมาเค้าก็เหมือนเดิม เค้าก็พึ่งตัวเองไม่ได้เหมือนเดิม ผมอยากให้มีความรู้แบบนี้ [คนที่ 8 ผอ.รพท]

“...สาธารณสุขศาสตร์ถ้าจะไปลงเฉพาะทางเรื่องของเราที่ต้องการ train ก็คือ ความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวนะ อาจจะยังขาดอยู่...”[คนที่ 15 ผอ.สปสช.]

“...ผมเองผมยังรู้สึกว่าเป็นส่วนที่เราไม่ชำนาญที่สุด คือ back office ทั้งระบบบัญชี การเงิน การวิเคราะห์ ถ้าเราเป็นตัวกลางให้ได้ก็หนึ่งเรื่องback office ที่จะพัฒนาทีมทั้งบริหาร การเงิน พัสดุ ที่จะได้ถูกต้องตามหลักของระบบบัญชี การควบคุมภายใน การตรวจสอบภายใน การวิเคราะห์การเงิน และสามารถ

จะวิเคราะห์ให้ผู้บริหารได้ การรู้จักวางแผน plan fin อะไรตามที่เค้าว่านี่นะ อันนี้เราต้องเป็นเหมือนกับอะไร เป็นตัวกลางให้เพราะเราเองก็ไม่ใช่นักขานาญมาก...” [คนที่ 21 สาธารณสุขนิเทศ]

4) ด้านการบริหารงาน

ประเด็นหลักที่ 2 สาเหตุของปัญหา

สาเหตุของปัญหาข้างต้นที่สรุปได้จากการสัมภาษณ์ สามารถแบ่งออกเป็นได้ 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยภายใน และ ปัจจัยภายนอก

ปัจจัยภายใน คือ ด้านสมรรถะการทำงาน และความรู้ทางด้านวิชาการ/วิชาชีพ ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในการทำงาน เช่น ภาระงานมาก กรอบอัตราค่าจ้าง ค่าตอบแทนน้อยและไม่ยุติธรรมความไม่ก้าวหน้าในงาน ความปลอดภัยของสภาพการทำงาน ตลอดจนโอกาสที่จะพัฒนาความสามารถของบุคคลและด้านการบริหารสาธารณสุขของประเทศ

“...มีข้อจำกัดในเรื่องการกระจายกำลังคน วิชาชีพตามภารกิจงานไม่เหมาะสมและการวางแผนพัฒนา กำลังคนเพื่อเพิ่มขีดสมรรถนะ งบประมาณลงสู่พื้นที่ไม่เพียงพอ” [คนที่ 22 สสอ]

ประเด็นหลักที่ 3 แนวทางแก้ไขปัญหา

การแก้ไขปัญหา ในประเด็นที่สามารถแก้ไขได้ สามารถแบ่งออก 3 ด้านได้แก่ 1) ด้านกฎหมาย 2) ด้านการจัด อบรม

1) ด้านกฎหมาย

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารพบว่า สิ่งที่ผู้บริหารจะทำได้เพื่อแก้ปัญหา และเพิ่มแรงจูงใจให้กับ บุคลากรด้านสุขภาพ ได้แก่ การแก้ไขกฎหมายเกี่ยวกับวิชาชีพ และขยายกรอบตำแหน่ง

“...ก็ใช่ใจ แต่ที่นี้อย่างที่ผมบอกแก่ภรรยาแบบอย่างที่ว่าแก่ระเบียบปี 39 แต่ไม่เพิ่มค่าตอบแทน จะทำ มั้ย คิดว่าจะทำมั้ย...ก็น่าจะให้ขึ้นสักนิด...โอเค ถ้าแบบนั้นก็ยังมีทางออก ถ้าไม่ได้ไปผูกมัดกับเรื่องเงินก็มีทางออก เอาเป็นว่าแก่ตรนี้แล้วแต่เงินก็ไม่ได้เรียกร้องนะ มันก็ยังทำได้ ใช่มั้ย เช่น แก่ นวก.ก็เจาะเลือดได้ ถ้า นวก. เจาะเลือดไม่เป็น ไม่ต้องมาสอนทีหลังหรอก สอนตั้งแต่ตอนที่คุณเรียน นวก.นั่นแหละ คุณก็ต้องมีหัวข้อเจาะ เลือด เหมือนนักเรียนแพทย์ก็ต้องมีหัวข้อเจาะเลือด” [คนที่ 6 ผอ.รพท]

“...พี่มองว่า อยากให้เปิดกรอบให้มันขยาย อย่างน้อยก็คือ ถ้าตอนนี้ก็คือ 1. ขยายตำแหน่ง 2. ขยาย เพดาน ก็คือถ้าตำแหน่ง ถ้าตอนนี้ตำแหน่งไม่ขึ้นได้ แต่ว่าเงินเดือนก็ต้องขึ้น คืออย่างมาอย่างพวกผมเนี่ย ตอนนี้ ที่ รพ.สต. ค่อนข้างจะตันหมดแล้ว” [คนที่ 3 ผอ.รพ.สต]

2) ด้านการจัดอบรม

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ พบว่า ปัญหาของบุคลากรด้านสุขภาพขาดสมรรถนะที่จำเป็นในการทำงาน และความรู้ ด้านวิชาการ/วิชาชีพ สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ด้วยการฝึกอบรม ดังคำกล่าวที่ว่า

“อบรมแล้วก็ต้องมาทำนะ อบรมแล้วเวลาเค้าให้เขียนสรุปก็เขียนโน่นนี่นั่นและทำมัยอะ จะเอา ความรู้มาพัฒนาโน่นนี่นั่น เวลาไปอบรมกลับมาทำมัยอะ สำคัญตรงทำเนี่ยะ ระบบโรงพยาบาลก็ต้องไปจี๊ไซ เรื่องนู่นนี่ เรายังอบรมมากเรายังเก่งมาก ต้องทำงานได้เยอะ [คนที่ 6 ผอ.รพท]

นอกจากนี้ผู้ให้สัมภาษณ์ได้เสนอแนะเกี่ยวกับลักษณะการอบรมและระยะเวลาการอบรมดังคำกล่าวที่ว่า

“...ระยะสั้นและอยู่หน้างาน และต้องมีหลักสูตรที่ติดตาม ถ้ามีอาจารย์เพียงพอ...ก็ต้องติดตามมาประเมินค่าหน้างาน ว่าคุ้มค่ามั๊ย เพราะว่าทุกวันนี้ที่เห็นว่าการอบรมหลักสูตรระยะสั้นเนี่ยะ ไปนั่งในห้องเรียน แล้วก็กลับมา” [คนที่ 4 หัวหน้าฝ่ายพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขจังหวัด]

บางความคิดเห็นเสนอว่า ระยะเวลาในการฝึกอบรมควรเหมาะสมกับเนื้อหาและรูปแบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเน้นทักษะที่สำคัญในการลงพื้นที่ เช่น การวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการวางแผน ควรจะอบรมระยะยาวจะเหมาะสมกว่าระยะสั้นหรืออาจจะอบรมเป็นช่วงๆโดยมีคำกล่าวดังนี้

“...มันก็มีในรูปแบบที่จะบูรณาการ หรือรูปแบบที่จะประยุกต์อบรมได้ คำว่าระยะยาวผมเนี่ยไม่ใช่ว่าไปนั่งในพื้นที่แล้วยาว คำว่าระยะยาวคือมีการติดตามต่อเนื่อง ติดตามต่อเนื่องเช่นไปอบรม 5 วัน มีการบ้านกลับมาส่ง การบ้าน 3 เดือน ไปอบรมอีก 5 วันกลับมาแปลว่าเขาต้องมีการติดตามในการอบรมต้องมีว่า อะไรนะ เขาเรียกว่า เติมนั่งนอนเดอะจ๊อบ หรือ [คนที่ 1 ผอ.รพช]

ความรู้ทางด้านวิชาการ/วิชาชีพที่ผู้ให้สัมภาษณ์ให้ความสำคัญมาก คือการเยี่ยมบ้าน และรองลงมาคือเวชศาสตร์ครอบครัวงานรักษาเบื้องต้น เวชปฏิบัติชุมชนการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อการคัดกรองผู้ป่วย และทักษะการวิจัย หลักระบาดวิทยาคำศัพท์เกี่ยวกับโรคการใช้จ่าย และความรู้เกี่ยวกับบัญชี การเงิน พัสดุ

“...ต้องมีความแม่นยำด้านการรักษาพยาบาล ทั้ง พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานทุกคน...[คนที่ 27 สสอ]

“ความต้องการสมรรถนะด้านการวิจัยและประเมินชุมชน” [คนที่ 22 สสอ]

ส่วนด้านสมรรถนะที่ผู้บริหารต้องการให้บุคลากรด้านสุขภาพพัฒนาอย่างมาก คือ การพัฒนากระบวนการคิด ควรส่งเสริมให้นักศึกษาหรือบุคลากรด้านสุขภาพเกิดการคิดวิเคราะห์สังเคราะห์การวางแผนงาน การบริหาร และทักษะรองลงมาคือ การทำงานเป็นทีม ภาวะผู้นำ จิตบริการ ลักษณะการให้บริการ การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์และการจัดการข้อมูล

“ความต้องการของผู้บังคับบัญชาที่อยากให้ผู้ใต้บังคับบัญชาได้รับการพัฒนา คือเรื่องของการมีทักษะการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ เพราะมีข้อมูลในพื้นที่มากมายที่จำเป็นต้องแยกแยะ ด้วยการวิเคราะห์ หรือรวบรวมสังเคราะห์เข้าด้วยกัน และหากมีความคิดสร้างสรรค์ด้วยก็จะดีมากกวานี้” [คนที่ 25 ผอ.สพสช]

“...อยากให้ผู้ใต้บังคับบัญชามีสมรรถนะและความเชี่ยวชาญด้านการวางแผนงาน/โครงการ ต้องเขียนให้ถูกต้อง และดำเนินการได้ตามแผนงาน/โครงการทั้งหมด[คนที่ 27 สสอ]

“อยากให้ผู้ใต้บังคับบัญชามีสมรรถนะ ต่อวิธีดำเนินการพร้อมการบริหารจัดการด้าน คน เงิน ของ ทรัพยากร รวมทั้งการสร้างภาคีเครือข่ายจากผู้ที่เกี่ยวข้องมีส่วนได้ส่วนเสีย ต้องมีความเข้าใจภาพรวมโครงสร้างการบริหาร[คนที่ 24 สสอ]

“...ความต้องการของผู้บังคับบัญชาที่อยากให้ผู้ใต้บังคับบัญชาได้รับการพัฒนา คือเรื่องของการทำงานเป็นทีมเจ้าหน้าที่ บุคลากรต้องทำงานเป็นทีมได้ เพราะลักษณะการให้บริการประชาชนต้องร่วมทำงานเป็นทีมอยู่แล้ว...” [คนที่ 25 ผอ.สพสช]

“การที่บุคลากรในเขตฯ จะใช้ทักษะเชิงใจ หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตัวเอง ของคนรอบข้าง ทีมงานหรือผู้ใช้บริการ ต้องขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพของเขาเอง ที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพในการทำตัวให้มีสุขภาพที่ดี เป็นตัวอย่างให้คนอื่น ๆ และผู้มารับบริการ” [คนที่ 18 สาธารณสุขนิเทศ]

“ความต้องการของผู้บังคับบัญชาที่อยากให้ผู้ใต้บังคับบัญชาได้รับการพัฒนา คือเรื่องของการมีจิตใจ ด้านบริการ พร้อมให้ความช่วยเหลือเมื่อประชาชนมารับบริการ” [คนที่ 25 ผอ.สพสข]

“ต้องการสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ให้มีความเชี่ยวชาญ เรื่องการบริการตรวจรักษาผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม การบริการผู้สูงอายุ จิตวิทยาการบริการผู้ป่วย ส่วนความต้องการพัฒนาสมรรถนะของ นักวิชาการสาธารณสุข ต้องการให้เชี่ยวชาญด้านกาควบคุมป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย การทำงานกับชุมชน งานคุ้มครองผู้บริโภค..”[คนที่ 22สสอ]

“ต้องพัฒนาทุกคนให้มีสมรรถนะด้าน IT เพื่อทำงานประจำของแต่ละคนให้ได้” [คนที่ 27สสอ]

ประเด็นหลักที่ 4 การบรรลุเป้าหมาย

การประเมินผลการทำงาน แบ่งเป็น 2 ประเด็น คือ 1) การประเมินผลการทำงานหลังจากอบรม เพื่อเป็นการ กำกับติดตามและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน ตลอดจนการประเมินผลการดำเนินงานหลังจากกลับจากอบรมอย่างเป็น รูปธรรม ดังคำกล่าวที่ว่า

“มันต้องมีระบบกำกับ ตรงนี้สำคัญเลยตรงนี้สำคัญมากกว่าการไปอบรมนะฮะ เราหวังว่าคนอบรมแล้ว มีความรู้แล้วเค้าจะทำ มันก็ไม่ได้ตามนั้น การติดตามความรู้ให้เค้าเนี่ยสำคัญ การให้เค้ารู้สึกว่าการทำได้หรือว่ามีความสำคัญในตัวเองเนี่ยสำคัญ แต่สิ่งที่เกิดขึ้นอย่างนั้นไม่ใช่แค่อบรม หน่วยงานและระบบพัฒนาบุคลากรต้อง เข้มแข็งด้วย ไม่ใช่แค่ว่าอบรม อบรมบางทีเราไปกลับมาไม่เห็นจะได้อะไรเลย ไขมัน..ต้องมีระบบตรงนี้และมันก็ต้องผูกกับการประเมินเค้าด้วย ประเมินให้มันตรงไปตรงมาตามความสามารถของเค้า นะมันก็ผูกกันไปแหละ” [คนที่ 6ผอ.รพท]

อีกประเด็นคือ 2) การประเมินผลหลังจากสำเร็จการศึกษา หลังจากทำงานแล้ว 1 ปี และหลังจากนั้นเป็นระยะๆ

“ใช่ๆ ต้องประเมิน หรือใช้คำว่าติดตาม มันคงไม่ใช่ว่า พอจบหลักสูตรแล้วก็รับประกาศ แล้วก็พ้น เพราะว่าตอนนี้อยู่ที่วิทยาลัยฯก็ตาม ตอนที่ฝึกงาน ผมก็เข้าใจ แต่เราตามหลังที่ หลังการจบแล้ว แทนที่จะเป็นการตามแบบสอบถาม การประเมินปีละครั้ง เพราะว่ามันกระจายอยู่เกือบทุกจังหวัดก็ว่าได้” [คนที่ 11 นพ.สสจ]

อภิปรายผล

ด้านการพัฒนาบุคลากรผู้บริหารที่มีความต้องการให้บุคลากรในเขตสุขภาพมีการพัฒนาความรู้วิชาการ ทักษะ วิชาชีพ และสมรรถนะในการทำงาน เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในปัจจุบันที่ โรคมีวิวัฒนาการ มีการกลายพันธุ์ อาทิเช่นโรคโควิด 19 ซึ่งมีการแพร่ระบาด หลายระลอก ดังนั้นในการปฏิบัติงานยิ่งทำให้เจ้าหน้าที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานให้สอดคล้องกับบริบทและ สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

ด้านการบริหารในความคิดเห็นของผู้บริหารระบุว่าต้องการให้ผู้ใต้บังคับบัญชามีความรู้และทักษะในด้านการ บริหารการเงินเพื่อสามารถบริหารทรัพยากรที่มีจำกัดได้อย่างมีประสิทธิภาพรวมถึงยังต้องการให้บุคลากรได้รับการพัฒนา

ทักษะด้านการวางแผนงาน การคิด วิเคราะห์ สังเคราะห์ และการทำงานเป็นทีม รวมถึงทักษะของการเป็นผู้นำในการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมของประชาชนโดยมุ่งผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงานในชุมชน นอกจากนั้นผู้บริหารมองผู้ปฏิบัติในด้านทักษะการบริหารจัดการข้อมูล การวางแผนการจัดเก็บข้อมูลและการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจากการศึกษาความต้องการฝึกอบรมของบุคลากรด้านสาธารณสุขที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 7 พบว่าในด้านการบริหาร บุคลากรมีความต้องการในการอบรมมากที่สุดในเรื่องการบริหารงานแบบมุ่งสัมฤทธิ์ รองลงมาคือการอบรมเกี่ยวกับกฎหมายทางด้านสาธารณสุข (Waenkhwaen & Hinsui, 2020)

ด้านการบริการพบว่าบุคลากรส่วนใหญ่ให้ความสนใจในการเพิ่มเติมความรู้เกี่ยวกับโรคโดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุ ฯลฯ ซึ่งเชื่อมโยงไปกับปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นโรคที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการปฏิบัติตัวส่วนบุคคลซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อ และสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเน้นการบริการตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) พ.ศ. 2560 โดยมีระบบบริการเฉพาะด้าน 20 สาขาซึ่งได้แก่ 1) สาขาโรคหัวใจ 2) โรคมะเร็ง 3) Trauma 4) ทารกแรกเกิด 5) จิตเวช 6) 5 สาขาหลัก (สูติ-นรีเวชกรรม อายุรกรรม กุมารกรรม และ ออร์โธปิดิกส์) 7) ระบบบริการปฐมภูมิ 8) สุขภาพช่องปาก 9) ไต 10) ตา 11) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 12) แพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 13) ปลูกถ่ายอวัยวะ 14) RDU 15) ยาเสพติด 16) Palliative care 17) ศัลยกรรม 18) อายุรกรรม 19) แม่และเด็ก 20) กัญชาทางการแพทย์ (Ministry of Public health, 2560) ซึ่งแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพนี้เป็นทิศทางสำหรับหน่วยงานด้านสุขภาพให้ดำเนินการพัฒนาศักยภาพของสถานบริการให้มีมาตรฐานงานสอดคล้อง ภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” ที่มีการเชื่อมโยงตั้งแต่ระบบปฐมภูมิไปถึงระบบตติยภูมิ เพื่อช่วยให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ไม่มีความเหลื่อมล้ำ ซึ่งในส่วนของผู้บริหารก็มองว่าภาระงานบริการที่เพิ่มขึ้น ร่วมกับงานเร่งด่วนตามนโยบายทำให้ไม่มีเวลาในการปฏิบัติงานเชิงรุกในขณะที่บางครั้งศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานไม่ตรงกับงานที่ได้รับมอบหมาย จากการที่ไม่ได้ส่งสมความเชี่ยวชาญ ซึ่งเกิดจากข้อจำกัดด้านครอบครัว งบประมาณสนับสนุนการไปอบรมไม่เพียงพอและภาระงานที่มากขึ้น ซึ่งผู้บริหารส่วนหนึ่งระบุเพิ่มเติมในด้านกรอบอัตรากำลังที่ไม่สอดคล้องกับภาระงานจริง

ในด้านวิชาการและวิชาชีพพบว่าบุคลากรส่วนใหญ่ต้องการได้รับการอบรมในเรื่องการวิจัยสุขภาพและการวิเคราะห์สถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ทำการสำรวจความต้องการการฝึกอบรมของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในปี 2557 ซึ่งบุคลากรได้ระบุว่ามีความต้องการพัฒนาทักษะการวิจัยด้านสุขภาพและวิจัยโดยใช้ชุมชนเป็นฐานรวมถึงสถิติวิเคราะห์วิจัยด้านสุขภาพ (Singkun, 2014) ซึ่งปัจจุบันนี้การศึกษาวิจัยด้านสุขภาพเริ่มเข้ามามีอิทธิพลในการพัฒนางานและส่งเสริมให้มีการนำผลการศึกษาวิจัยมาประยุกต์ การศึกษาวิจัยเป็นกิจกรรมหนึ่งในการพัฒนาปัญญา เสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ เพื่อนำไปใช้ปรับปรุงและพัฒนาวิธีการปฏิบัติงานด้านต่างๆให้ดีขึ้น ทั้งยังใช้ในการพัฒนาปรับปรุงตนเองให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของธรรมชาติและพฤติกรรมของมนุษย์ที่มีการเปลี่ยนแปลงไปได้ อย่างดี ซึ่งการวิจัยมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาในด้านต่าง⁶ ในขณะที่ผู้บริหารมองต่างมุมและมุ่งไปในประเด็นเรื่องของปัญหาประสิทธิภาพการทำงานที่มีความเหลื่อมล้ำด้านวิชาชีพและค่าตอบแทน ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้งในแนวคิด วิธีการทำงานของแต่ละวิชาชีพ ร่วมกับสิ่งเหล่านี้ทำให้ความร่วมมือและความเสียสละในวิชาชีพลดน้อยลงโดยเฉพาะในการทำงานด้านสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ

ในด้านสมรรถนะส่วนบุคคลพบว่าบุคลากรส่วนใหญ่ต้องการพัฒนาทักษะการใช้ภาษาอังกฤษ ซึ่งในปัจจุบันภาษาอังกฤษเป็นภาษาหนึ่งที่มีความสำคัญในยุคปัจจุบันเนื่องด้วยเป็นภาษากลางที่สามารถใช้ติดต่อกับต่างชาติ รวมถึงเอกสารวิชาการและงานวิจัยหลายๆประเภทก็มีการเขียนเป็นภาษาอังกฤษซึ่งผู้อ่านต้องมีทักษะในการเข้าใจและแปลความหมายได้อย่างถูกต้อง ซึ่งอย่างไรก็ตามในมุมมองของผู้บริหารพบว่าผู้บริหารมองการพัฒนาสมรรถนะส่วนบุคคลในด้านของทักษะจำเป็นที่ต้องนำมาใช้ในการทำงานซึ่งได้แก่ทักษะการใช้เทคโนโลยีด้านคอมพิวเตอร์ ทักษะความเป็นผู้นำ การมีจิตบริการ เป็นต้น ซึ่งในส่วนของผู้ปฏิบัติส่วนใหญ่ที่มีความสนใจในการพัฒนาสมรรถนะตนเองในด้านภาษาอังกฤษ เพราะปัจจุบันต้องมีการใช้ภาษาอังกฤษในการทำงานมากยิ่งขึ้นเช่นเอกสารวิชาการ หรือ เอกสารวิจัยของต่างประเทศ ซึ่งปัจจุบันสามารถค้นหาได้ง่ายและสะดวกขึ้นจากสื่อออนไลน์ ในขณะที่ผู้บริหารอาจไม่ได้มองเน้นความสำคัญในการใช้ภาษาอังกฤษเพราะมุ่งเน้นประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานมากกว่า

โดยสรุปการพัฒนาสมรรถนะการทำงานของบุคลากรในเขตสุขภาพทั้ง 4 ภาค ได้แก่ 1) การพัฒนาระบบการคิดเชิงระบบ 2) การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล 3) การวางแผนแก้ไขปัญหา 4) การพัฒนาในด้านคุณภาพชีวิตการทำงาน ซึ่งต้องมีการบริหารจัดการด้านภาระงานที่มากของบุคลากรสาธารณสุข 5) การเปิดกรอบอัตรากำลัง 6) การให้ค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม 7) การให้ความมั่นคงและความก้าวหน้าในการทำงาน รวมถึงโอกาสการพัฒนาสมรรถภาพของบุคคล และความปลอดภัยในสภาพการทำงาน 8) การพัฒนาความรู้ทางวิชาการและวิชาชีพ โดยต้องมีการเน้นทักษะในการลงชุมชน ได้แก่การเยี่ยมบ้าน เวชศาสตร์ครอบครัว งานการรักษาเบื้องต้น การคัดกรองผู้ป่วย ระบาดวิทยา 9) การวิจัยและความรู้เกี่ยวกับบัญชี การเงิน และพัสดุ 10) การพัฒนาด้านการบริหารสาธารณสุข ควรมีการจัดสรรงบประมาณจากส่วนกลางที่เพียงพอและรวดเร็ว มีแผนพัฒนาบุคลากรที่เป็นรูปธรรม ควรจัดอบรมในห้องเรียนระยะสั้นๆ และให้มีการติดตามประเมินผลงานและควรเน้นทักษะการลงพื้นที่ การวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล และควรมีการติดตามประเมินผลความสำเร็จของการฝึกอบรมจากการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่

การนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษาวิจัยเรื่องนี้ได้มีการเผยแพร่ให้แก่งานที่เกี่ยวข้องในการผลิตและพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนเพื่อพัฒนาศักยภาพและการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพ ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของบุคลากรสาธารณสุขต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาโดยมีการประเมินอุปสรรคและข้อจำกัดที่มีผลต่อการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขต่อไป

References

- Changyai W., Rudtanasujatum K. & Methaphat C. (2013). Health professionals' competencies for increasing population with the average 80 years life expectancy. *The public health journal of Burapa University*.8(1):104 – 114.
- Department of health service support. (2012) Results of policies projects followed minister of health's policies 2012. Retrieved 3, 2021 from <http://www.watphlen.ghospital.go.th/httpdocs/data/sarup55.pdf>.
- Office of the civil services commission. (2010). Guideline of competency designation in government officers: core competency. Retrieved 10, 2022 from <https://www.ocsc.go.th/sites/default/files/document/25531130-khuumuuekaarkamhndsmrrthnaainraachkaarphleruuen-khuumuuesmrrthnahlak-isbn-9786165480734.pdf>
- Ministry of public health. (2017) Service plan 2018 – 2022. Retrieved 2, 2020 from https://drive.google.com/file/d/0B63Kou7nDPjJb0R0enJjUVRMRms/view?usp=sharing&resourcekey=0-WJqqeZg6MZmHh_ZY9Asy8A.
- Ministry of public health. (2018) Thailand global health strategic action plan 2016 – 2020. Receive 10, 2021 from [www.bihmoph.net/usefile/file/reviews_ghs action plan-final.pdf](http://www.bihmoph.net/usefile/file/reviews_ghs_action_plan-final.pdf).
- Singkun A. (2014). Training needs assessment to increase knowledge and competency of personnel in sub-district health promoting hospital. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 1(3): 49-58.
- 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.

นิพนธ์ต้นฉบับ

เปรียบเทียบประสิทธิภาพความปลอดภัยและความพึงพอใจในการใช้ยาของตำรับยา ทาพระเส้นกับไดโคลฟีแนคเจลในการรักษาโรคข้อเข่าอักเสบ

Received: Mar. 2, 2021

Revised: Oct. 1, 2022

Accepted: Nov. 20, 2022

Published: Dec. 18, 2022

A Comparative Efficiency, Safety and Satisfaction of Ta-Pha-Sen and Diclofenac Gel for Treatment Osteoarthritis of Knees

คณิตา เพ็งสลด, ธวัชชัย กมลธรรม

มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Kanita Pheangsalud, Thavatchai Kamoltham

Suan Sunandha Rajabhat University

บทคัดย่อ

ในปัจจุบันโรคกระดูกและข้อเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญเนื่องจากอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะโรคข้อเสื่อม โดยปัญหาของโรคนี้ควรได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพ การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพ ความปลอดภัย และความพึงพอใจในการใช้ยาของตำรับยาทาพระเส้นกับไดโคลฟีแนคเจลในการรักษาโรคข้อเข่าอักเสบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบประสิทธิภาพ 2) ศึกษาความปลอดภัย และ 3) ศึกษาความพึงพอใจในการใช้ยาระหว่างตำรับยาทาพระเส้นกับไดโคลฟีแนคเจล วิธีดำเนินการวิจัย อาสาสมัคร 75 คนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มที่ 1 ได้รับยาทาพระเส้นทาครั้งละ 2 มิลลิลิตร วันละ 3 ครั้ง จำนวน 38 คนและกลุ่มที่ 2 ได้รับยาไดโคลฟีแนคเจลทาครั้งละ 2 มิลลิลิตร วันละ 3 ครั้ง จำนวน 37 คน ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ประเมินประสิทธิภาพด้วยแบบประเมิน VAS WOMAC เส้นรอบวงเข่า แบบประเมินความพึงพอใจ และรายงานผลอาการไม่พึงประสงค์ ผลการวิจัยพบว่า เมื่อใช้ยาทาพระเส้นและยาไดโคลฟีแนคเจลเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ยาทั้ง 2 ชนิด มีประสิทธิภาพสามารถลดความรุนแรงจากอาการปวด อาการข้อฝืด อาการบวมและความสามารถในการใช้งานข้อเข่าดีขึ้น เมื่อนำมาเปรียบเทียบระหว่างยาทาพระเส้นและยาไดโคลฟีแนคเจล พบว่า แนวโน้มของยาทาพระเส้นมีประสิทธิภาพในการลดอาการปวด อาการข้อฝืด และความสามารถในการใช้ข้อเข่าได้มากกว่ายาไดโคลฟีแนคเจลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แต่สามารถลดอาการบวมของข้อเข่าได้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อีกทั้งยาทาพระเส้นมีความพึงพอใจจากการใช้ยามากกว่ายาไดโคลฟีแนคเจล และในการวิจัยครั้งนี้ไม่พบอาการข้างเคียงใดในการใช้ตำรับยาทาพระเส้น ส่วนยาไดโคลฟีแนคเจลพบอาการข้างเคียงจากการใช้ยาเป็นอาการที่ไม่รุนแรงสามารถหายเองได้ สรุปผลการวิจัย ยาทาพระเส้นจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับเป็นแนวทางในการเลือกใช้ยาและมีความปลอดภัยในการบรรเทาอาการของโรคข้อเข่าอักเสบ

คำสำคัญ: ยาทาพระเส้น ไดโคลฟีแนคเจล ประสิทธิภาพ ความพึงพอใจ ความปลอดภัย โรคข้อเข่าอักเสบ

Corresponding author: คณิตา เพ็งสลด E-mail: oil_kanita@hotmail.com

Original article

Abstract

Received: Mar. 2,2021

Revised: Oct. 1,2022

Accepted: Nov. 20,2022

Published: Dec. 18, 2022

The current orthopedic disease is a major health problem as the incidence of the disease continues to increase, especially osteoarthritis. The problem of the disease should be treated properly to prevent health problems. This research study was a comparative efficiency, safety and satisfaction of Ta-Pha-Sen and Diclofenac Gel for treatment osteoarthritis of knees. The objective of this study was to 1) Compare efficiency, 2) Study safety and 3) Study the satisfaction of the drug use between the Ta-Pha-Sen and Diclofenac gel. Research methods: 75 volunteers were divided into 2 groups, with group 1 receiving Ta-Pha-Sen drug 2 ml. 3 times a day, 38 subjects and group 2 received Diclofenac gel 2 ml. 3 times a day, 37 subjects for 4 consecutive weeks, efficiency was assessed by VAS, WOMAC, knee circumference, satisfaction assessment and report adverse drug reaction (ADR). The research results were found that by using Ta-Pha-Sen and Diclofenac gel over a period of 4 weeks, both drugs were effective in reducing pain, stiffness, swelling and improved knee operability. When compared between Ta-Pha-Sen and Diclofenac gel, the trend of Ta-Pha-Sen was more effective at reducing pain, stiffness, and knee joint efficacy than Diclofenac gel statistically significant ($p<.001$) But, there was no statistically significant difference in reducing knee swelling ($p<.05$). Moreover, the Ta-Pha-Sen was more satisfied with the use of the drug than the Diclofenac gel. And in this study, No adverse drug reaction were found in Ta-Pha-Sen. Diclofenac gel were found adverse drug reaction. It is a mild symptom that can disappear on its own. Conclusion, Ta-Pha-Sen is another alternative as a guideline for drug selection and is safe for relieving the symptoms of Osteoarthritis of Knees.

Keywords: Ta-Pha-Sen, Diclofenac gel, Efficiency, Satisfaction, Safety, Osteoarthritis of Knees

Corresponding author: Kanita Pheangsalud E-mail: oil_kanita@hotmail.com

บทนำ

โรคกระดูกและข้อเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญเนื่องจากอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยองค์การอนามัยโลกได้กล่าวไว้ว่าจะมีผู้ป่วยกระดูกและข้อเพิ่มขึ้นจาก 400 ล้านคนใน พ.ศ. 2551 เป็น 570 ล้านคนใน พ.ศ. 2563 โดยเฉพาะโรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis) ที่เป็นสาเหตุอันดับสี่ของโรคนับตามจำนวนปีที่มีชีวิตอยู่กับความพิการ (Years lived with disability : YLDs) (WHO, 2003) และมักจะเริ่มพบในประชาชนทั่วไปที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปี ในจำนวนนี้กว่าร้อยละ 50 เป็นกลุ่มผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ตำแหน่งของข้อที่มักพบการเสื่อม ได้แก่ ข้อเข่า สะโพก ข้อมือ กระดูกสันหลัง และข้อเท้า แต่ข้อที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตและการรับบริการมากที่สุดคือ ข้อเข่า (Brooks, 2003; Zhang et al., 2008; Richmond et al., 2009) โดยความชุกในการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมพบประมาณ 11.0-42.8% และในประเทศไทยร้อยละของโรค/ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุของโรคข้อเข่าเสื่อม จำแนกตามเพศพบว่าเพศชายมีปัญหาร้อยละ 4.5 และเพศหญิงมีปัญหาร้อยละ 11.9 (Office of Policy and Strategy Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2015) และจากการรายงานของราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทยกล่าวไว้ว่าผู้สูงอายุ 1 ใน 10 เกิดภาวะทุพพลภาพมากขึ้นจากโรคข้อเข่าเสื่อมประเทศไทยมีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 14.7 (9.5 ล้านคน) และคาดว่าในปีพ.ศ. 2568 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 20 (14.4 ล้านคน) ดังนั้น ประเทศไทยได้เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากความเสื่อมสภาพโดยโรคที่สำคัญโรคหนึ่งคือโรคข้อเข่าเสื่อม (Royal College of Orthopaedic Surgeons of Thailand, 2012) ซึ่งปัญหาของโรคนี้ควรได้รับการดูแลและรักษาอย่างถูกวิธีเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพที่จะสามารถเกิดขึ้นได้ในอนาคต

แนวทางในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม ในปัจจุบันตามแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม (Guideline for the Treatment of Osteoarthritis of Knee) คือการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมโดยไม่ใช้ยา (Nonpharmacologic modalities) การรักษาโดยใช้ยาและการรักษาโดยการผ่าตัด (Rheumatism Association of Thailand, 2010) การใช้ยาส่งผลดีและมีประสิทธิภาพที่ไม่ดีและยังมีเรื่องความปลอดภัยจากผลของการใช้ยา ยาที่แนะนำให้ใช้บ่อยในโรคข้อเสื่อม คือ Paracetamol แต่มีฤทธิ์อ่อนในการแก้ปวด การให้ในผู้สูงอายุต้องคำนึงเรื่องความปลอดภัยด้วย Non-Steroidal AntiInflammatory Drugs (NSAIDs) มีประสิทธิภาพดีกว่าแต่ก็ไม่ปลอดภัยเมื่อใช้ระยะยาวและ NSAIDs บางชนิดมีแบบตาเฉพาะที่ได้ เช่นยาโคโรฟีเนค เป็นต้น

แนวทางในการแก้ไขปัญหานี้ในทางการแพทย์ทางเลือกหรือทางการแพทย์แผนไทยก็จะมีวิธีการรักษาเช่นกันคือการนวดเพื่อบรรเทาอาการปวด การพอกเข้าเพื่อลดการอักเสบของข้อเข่า การรับประทานยาและการทำกายภาพบำบัดตามตำรายาต่างๆ โดยในพระคัมภีร์โอสถพระนารายณ์ ได้กล่าวถึงตำรายาทาพระเส้น เป็นตำรายานานาที่ 58 ซึ่งเป็นยานำใช้ทาบริเวณที่มีอาการของโรค โดยมีสรรพคุณสำหรับทาแก้เส้นที่ผิดปกติ แก้พระเส้นพิรุณ แก้ลมอัมพาต แก้ลมปัตคาด แก้กล่อน แก้ตะคริว แก้จับโปง แก้เมื่อยขบทั้งหลาย โดยนำมาทาบริเวณที่อาการและจากรายงานผลการวิจัยเกี่ยวกับฤทธิ์ด้านการอักเสบและการศึกษาความเป็นพิษของตำรายาทาพระเส้นมีฤทธิ์ด้านการอักเสบและไม่พบความเป็นพิษ จากการใช้ยา (Pimphan Paibunwangcharoen, Usa ketwaleewan and Nicharee Netthong (land.), 2012. P116)

ดังนั้นจากข้อมูลดังกล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผล ความปลอดภัย และความพึงพอใจของตำรับยาทาพระเส้นกับยาทาโคโรฟิเนคเจลที่ใช้ในการรักษาอาการปวดข้อต่างๆ ในผู้ป่วยที่มีอาการของข้อเข่าอักเสบ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของตำรับยาทาพระเส้นกับโคโรฟิเนคเจลในการรักษาโรคข้อเข่าอักเสบ
2. เพื่อศึกษาความปลอดภัยในการใช้ยาระหว่างตำรับยาทาพระเส้นกับโคโรฟิเนคเจล
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจในการใช้ยาระหว่างตำรับยาทาพระเส้นกับโคโรฟิเนคเจล

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการเปรียบเทียบประสิทธิผล ความปลอดภัยและความพึงพอใจในการใช้ยาของตำรับยาทาพระเส้นกับโคโรฟิเนคเจลในการรักษาโรคข้อเข่าอักเสบ เป็นการวิจัยเชิงคลินิก (Clinical Trial) ทำการทดลองแบบสุ่มแบบมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial: RCT) มีจุดมุ่งหมายเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผล ความปลอดภัยและความพึงพอใจ จากการใช้ตำรับยาทาพระเส้นกับโคโรฟิเนคเจล ในการรักษาโรคข้อเข่าอักเสบ ทำการศึกษา ณ คลินิกแพทย์แผนไทยตึกจนาเวช วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ประชากรกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยที่มีอาการของโรคข้อเข่าอักเสบที่เข้ามาใช้บริการ ดำเนินการเก็บข้อมูลเป็น 3 ระยะประกอบด้วยการประเมินภาวะสุขภาพก่อนได้รับยา และการประเมินภาวะ สุขภาพ หลังจากการใช้ยา 2 และ 4 สัปดาห์ ระยะเวลาในการดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ.2563 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 โดยกลุ่มที่ 1 ได้รับยาทาพระเส้น เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์และกลุ่มที่ 2 ได้รับยาโคโรฟิเนคเจล เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปและมีอาการข้อเข่าอักเสบ ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกแพทย์แผนไทยตึกจนาเวช วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ผู้วิจัยได้ใช้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยกำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (Power Analysis) = .08 (Cohen, 1977 as cited in Polit, 1996, p. 141) ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากค่าอิทธิพล (Effect Size) ประมาณค่าของขนาดอิทธิพลจากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มและคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของกลาส (Glass, 1976 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547, หน้า 210-213)

สำหรับการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยของ (มนตร์ปจรรย์ ณ ร้อยเอ็ด, พาสินี บัวกุม, เพ็ญพิมล จิตรุฒวิสาสน์ และอุไรลักษณ์ วันทอง, 2562) เรื่องการศึกษาประสิทธิผลเบื้องต้นของยาทาพระเส้นเพื่อลดอาการปวดข้อของผู้ป่วยโรคลมจับโป่งแห่งเข้าทางการแพทย์แผนไทย เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง ลักษณะใกล้เคียงกันโดยนำผลการวิจัยมากำหนด กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ ค่าเฉลี่ยจากผลของเปรียบเทียบประสิทธิผลในระดับความปวดระหว่างกลุ่มที่ใช้ยาทาพระเส้น ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง ($\bar{x}_E$) เท่ากับ 4.59 และกลุ่มที่ใช้ยาหลอก ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม ($\bar{x}_C$) เท่ากับ 3.45 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD_C) เท่ากับ 1.66 นำมาคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (d) ได้ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{จากสูตร} \quad d &= \frac{\bar{x}_E - \bar{x}_C}{SD_C} \\ d &= (4.59 - 3.45) / 1.66 \\ d &= 0.68 \end{aligned}$$

จากการคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) = 0.68 $\approx$ 0.70 มาประมาณขนาดตัวอย่างจากตารางประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบทดสอบสมมติฐาน (Table 22.6 Estimated sample requirements as a function of effect size for $\alpha = .05$ and power Analysis = .80) (Polit, 1996, p. 604) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 32 คน ป้องกันการสูญหายเก็บเพิ่มเป็น กลุ่มละ 40 คน จากการคำนวณกลุ่มประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่ากับจำนวน 80 คน เป็นกลุ่มไโคโรพินแนค จำนวน 40 คน และเป็นกลุ่มยาทาพระเส้น จำนวน 40 คน

โดยอาสาสมัครต้องผ่านเกณฑ์คัดกรองแบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และได้รับการอธิบายรายละเอียดและขั้นตอนการทํารายการวิจัยที่ชัดเจนโดยมีเอกสารแบบฟอร์มการให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ แก่อาสาสมัครให้เข้าใจตามเกณฑ์การคัดเข้าโครงการวิจัยโดยมีการพิจารณาตามรายละเอียดดังนี้

1. เกณฑ์การรับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)
 - 1.1 ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนไทย
 - 1.2 มีอาการปวดเข่า ซึ่งผ่านการคัดกรองด้วยแบบคัดกรอง
 - 1.3 ไม่มีประวัติได้รับการผ่าตัดข้อเข่า
 - 1.4 ไม่ได้กำลังรับการรักษาด้วยยาหรือหัตถการอื่นใดในการบรรเทาอาการปวดเมื่อ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา
 - 1.5 ไม่เป็นโรคผิวหนัง โรคติดต่อ และไม่เคยได้รับอุบัติเหตุที่บริเวณข้อเข่ามาก่อน
 - 1.6 ดัชนีมวลกายไม่เกิน 30
 - 1.7 ไม่มีประวัติแพ้ยา
 - 1.8 ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เป็นผู้ที่ได้รับการบอกกล่าวรายละเอียดการวิจัย และลงนามในหนังสือยินยอม
2. เกณฑ์การไม่รับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Exclusion Criteria)
 - 2.1 แพ้ยาสมุนไพร
 - 2.2 อาสาสมัครไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัยได้
3. เกณฑ์พิจารณาให้ผู้เข้าร่วมวิจัยออกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria)
 - 3.1 มีอาการแพ้ยาสมุนไพรบริเวณที่ทำการการศึกษา เช่น ผื่นแดง หรือคัน เป็นต้น
 - 3.2 รับประทานยาแก้ปวดอื่นร่วมขณะทำการการศึกษา
 - 3.3 อาสาสมัครขอยุติการรับเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ยาทาพระเส้น

ตำรับยาทาพระเส้นจะทำการเตรียมการผลิตโดยเภสัชกรรมแผนไทย โดยโรงงานผลิตยาที่ได้รับการรับรองว่าเป็นโรงงานผลิตยาที่ผ่านกระบวนการ Good Manufacturing Practice (GMP) และผ่านการได้รับอนุญาตให้ผลิตยาสมุนไพรจากองค์การอาหารและยา (อย.) เมื่อเสร็จแล้วจะนำยาใส่ในขวดบีบบรรจุขวดละ 100 ml

ไดโครฟีแนคเจล

สั่งซื้อจากบริษัทผู้ผลิต มีขนาดหลอดละ 100 กรัม มีส่วนประกอบ Diclofenac Diethylammonium 1.16 g, (เท่ากับ Diclofenac sodium 1.0 g) ผลิตจากบริษัทไทยนครพัฒนาและนำเข้าในขวดปั๊มบรรจุหลอดละ 100 ml ที่โรงผลิตยา เพื่อป้องกันการปนเปื้อน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) (Thuenjit C., Sutteeporn M. & Danai H., 2018) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในปีพ.ศ. 2557 มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ แต่ละข้อมีจำนวน 5 คำตอบ มีลำดับค่าคะแนน 0-4 คะแนน ค่าคะแนน 0 หมายถึง มีอาการนั้นมากที่สุด และค่าคะแนน 4 หมายถึง ไม่มีอาการนั้นเลยหรือเป็นปกติโดยคะแนนรวมทั้งหมดมีตั้งแต่ 0-48 คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ คือเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง (0-19คะแนน) มีอาการโรคข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง (20-29 คะแนน) เริ่มมีอาการข้อเข่าเสื่อม (30-39 คะแนน) และยังไม่พบอาการผิดปกติ (40-48 คะแนน)

แบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป สอบถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ น้ำหนักส่วนสูง ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะงานที่ทำประจำ และความเพียงพอของรายได้

2. แบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพใช้สอบถามข้อมูลด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคประจำตัว ยาที่รับประทานเป็นประจำ อาการและอาการแสดงของโรคข้อเข่าเสื่อม เช่น พฤติกรรมในการดูแลตนเอง เมื่อมีอาการปวดข้อเข่า ลักษณะของท่าทางที่ชอบทำเป็นประจำ ระยะเวลาในการนั่งและการยืนอย่างต่อเนื่อง รูปแบบความถี่ และระยะเวลาในการออกกำลังกายและหมวดหมู่ ประเภทและรสชาติของอาหารที่รับประทานเป็นประจำ การสนับสนุนดูแลและช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว/ญาติ และบุคคลที่ต้องการให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเกี่ยวกับภาวะข้อเข่าเสื่อม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินและคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม

ประเมินผู้ที่มีอาการและอาการแสดงของโรคข้อเข่าเสื่อมตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อมของวิทยาลัยรุมาทิกส์แห่งสหรัฐอเมริกา (American College of Rheumatology) ประกอบด้วยมีอาการปวดเข่าร่วมกับ

- 1) อายุ 50 ปีขึ้นไป
- 2) มีอาการข้อฝืดขัด (Stiffness) น้อยกว่า 30 นาที
- 3) มีเสียงกรอบแกรบในข้อ (Crepitation)

แบบประเมินอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (Western Ontario and McMaster University, WOMAC) ฉบับภาษาไทย (Sek Aksaranukrow, 2000) ประเมินภาวะข้อจำกัดจากอาการปวดเข่า ซึ่งจะสามารถบ่งบอกความรุนแรงของความเจ็บปวดที่เกิดจากอาการปวดบริเวณข้อเข่าบริเวณข้อ อาการข้อขัดตึงและความยากลำบากของการทำกิจกรรม โดยใช้แบบประเมิน WOMAC โดยให้อาสาสมัครทำเครื่องหมาย x บนเส้นตรงระหว่าง 0-10 ที่ใดที่หนึ่งซึ่งตรงกับความรู้สึกปวดของผู้รับการประเมินในขณะนั้นมากที่สุด โดยจะแบ่งเป็น 3 ส่วน ในส่วนที่ 1 จะเป็นการประเมิน ความรุนแรงของความเจ็บปวด ภายใน 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา มีทั้งหมดจำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 จะเป็นการประเมินระดับอาการข้อฝืด ข้อยึด ภายใน 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา มีทั้งหมดจำนวน 2 ข้อ และส่วนที่ 3 จะเป็นการประเมินระดับความสามารถในการใช้งานข้อ ภายใน 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา มีทั้งหมดจำนวน 15 ข้อ

แบบประเมินระดับความปวด Visual Analogue Scale (VAS) (Sarasa R. & Orapitchaya K., 2018) เป็นการวัดโดยใช้เส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร ให้ปลายข้างหนึ่งแทนค่าด้วยเลข 0 หมายถึง ไม่ปวด ปลายอีกข้างหนึ่งแทนค่าด้วยเลข 10 หมายถึง ปวดรุนแรงมากที่สุด วิธีการวัดกระทำโดยผู้ป่วยทำเครื่องหมายบนเส้นตรงนี้เพื่อแสดง ความรุนแรงของความปวดแล้วนำค่าที่ได้มาวัดเป็นเซนติเมตรแทนค่าความปวดเหมือนการให้คะแนนความปวด (pain score) เป็น 0 – 10 วิธีการนี้มีข้อจำกัดในผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ที่มีปัญหาทางสายตา

แบบบันทึกความยาวรอบวงข้อเข่า เป็นการวัดโดยใช้สายวัดตัว เพื่อเป็นการประเมินดูลักษณะการบวมของข้อเข่า วิธีการคือวัดรอบหัวเข่า บริเวณตรงกลางของลูกสะบ้าหัวเข่า วนรอบไปตามข้อพับและมีการกำหนดหน่วยวัดเป็นเซนติเมตร

แบบสอบถามความพึงพอใจจากการใช้ยา โดยทำแบบประเมินโดยขีดในช่องให้คะแนนจำนวน 7 ข้อ จะมีเกณฑ์ของระดับคะแนนตั้งแต่ 0-5 พึงพอใจน้อยที่สุดไปจนถึงพึงพอใจมากที่สุด คะแนนโดยจะทำการประเมินเกี่ยวกับ สี กลิ่น และเนื้อสัมผัสจากการใช้ยา

แบบรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยจะทำการสอบถามจากอาสาสมัครด้วยปากเปล่าแล้วจดบันทึกตามที่อาสาสมัครบอกเป็นลายลักษณ์อักษร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คณะผู้วิจัยได้ทำการออกแบบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ นำเครื่องมือที่ออกแบบมาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวัดและประเมินผลเกี่ยวกับความเที่ยงตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) หาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์หรือเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence หรือ IOC) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องประกอบไปด้วย แพทย์ แพทย์แผนไทยและเภสัชกรจำนวน 5 ท่าน และนำแบบประเมินมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาวิเคราะห์หาคุณภาพของเครื่องมือและทำการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือก่อนนำไปใช้ในการศึกษาวิจัย ได้ค่าคะแนนเท่ากับ 0.98 แปลผลอยู่ในระดับสามารถคัดเลือกไว้ใช้ได้

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ชี้แจงรายละเอียดการดำเนินการคัดกรองและเอกสารข้อมูลที่ใช้ในงานวิจัยให้กับแพทย์แผนไทยผู้ตรวจคัดกรองและทำการคัดกรองอาสาสมัครตามเกณฑ์การวิจัย (Inclusion Criteria, Exclusion Criteria) และใช้แบบสอบถามเพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการปวดเข่าที่เข้ามาใช้บริการ โดยชี้แจงอาสาสมัครให้เข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการท้าวิจัยจากการใช้เอกสารขั้นตอนชี้แจง การให้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจโดยมีการกำหนดรายละเอียดให้ครอบคลุมตั้งแต่ชื่อเรื่อง วัตถุประสงค์ ความเสี่ยง ข้อปฏิบัติของการเข้าร่วมโครงการ และการปกป้องสิทธิของอาสาสมัคร ตลอดจนถึง การเก็บรักษาความลับของอาสาสมัคร หากอาสาสมัครตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับ การลงนามในใบยินยอม เพื่อเป็นลายลักษณ์ อักษรของการท้าวิจัยตามระเบียบการทำวิจัยและทำการชี้แจงรายละเอียดและคำแนะนำในการปฏิบัติตัวในการเตรียมตัวก่อนเริ่มการศึกษา คือ ทายาตรงตามเวลา หลีกเลี่ยงพฤติกรรมหรือปัจจัยที่เป็นเหตุส่งเสริมที่ทำให้มีอาการปวดมากขึ้น เช่น การใช้งานบริเวณข้อเข่ามาก การนั่งในท่าเดิมเป็นเวลานาน หรือ

การรับประทานอาหารที่ทำให้มีอาการมากขึ้น ในระหว่างที่มีอาการปวดไม่รับประทานยาแก้ปวดหรือทำหัตถการชนิดอื่นและทำการบันทึกระดับความเจ็บปวดให้ตรงกับความเป็นจริง

ให้อาสาสมัครทำแบบประเมินภาวะภาวะข้อจำกัดจากการปวดเข้าโดยใช้แบบประเมิน WOMAC ประเมินระดับความปวดด้วย VAS (visual analogue scales) ตามอาการแสดงระหว่างที่มีอาการปวดบริเวณข้อเข่า และวัดความยาวรอบเข่า ก่อนทายาทาพระเส้นและยาไดโครฟีแนคเจล เมื่อทำการประเมินเสร็จสิ้นให้อาสาสมัครรับยาจากเภสัชกรและเภสัชกรรมไทยที่เตรียมไว้ให้ล่วงหน้าก่อนที่จะจัดสรรผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าสู่โครงการวิจัย หลังจากนั้นจะทำการติดตามผลการรักษาทุกๆ 2 และ 4 สัปดาห์ โดยจะทำแบบประเมินภาวะสุขภาพ WOMAC ประเมินระดับความปวดด้วย VAS และวัดความยาวรอบเข่า อีกครั้งและจะทำการสอบถามการใช้ยาเพื่อบันทึกอาการไม่พึงประสงค์ และทำแบบประเมินความพึงพอใจจากการใช้ยาในสัปดาห์ที่ 4

การวิเคราะห์ข้อมูล

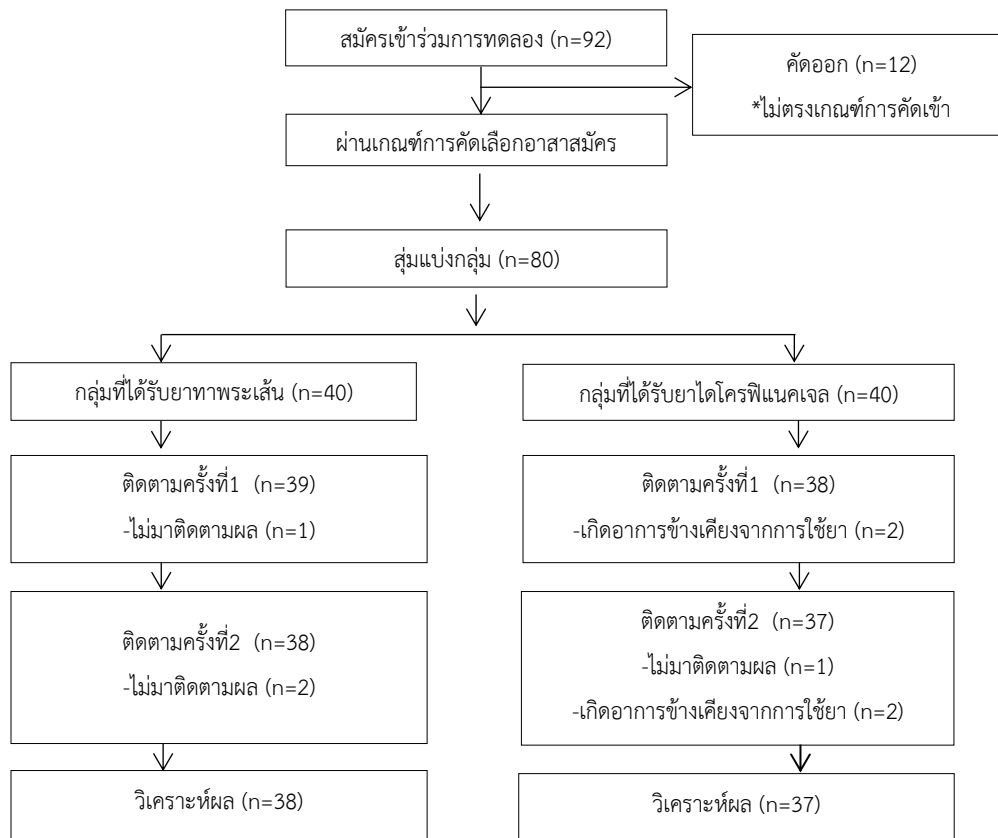
การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้สำหรับข้อมูลทั่วไปและประเมินความพึงพอใจ โดยใช้ค่าเฉลี่ยร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติแบบอนุมาน (Inferential Statistics) เปรียบเทียบข้อมูลการปวดเข่า (VAS) เปรียบเทียบข้อมูล Western Ontario and McMaster University (WOMAC) และความยาวรอบวงของข้อเข่า ได้แก่ การเปรียบเทียบภายในกลุ่มก่อนและหลังประเมินทั้งหมด 3 ครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์สถิติที่ใช้ Paired Sample T-Test และการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มสถิติที่ใช้ Independent Sample T-Test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจริยธรรมในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ของสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เมื่อวันที่ 12 พฤศจิกายน พ.ศ.2563 ถึงวันที่ 12 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 เลขที่ COA.1-044/2020 ผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลสำคัญให้แก่กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการวิจัยและการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

ผลการวิจัย

อาสาสมัครผ่านเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครจำนวนทั้งสิ้น 80 ราย ทำการสุ่มแบ่งกลุ่มโดยได้อาสาสมัครกลุ่มยาทาพระเส้นจำนวน 40 รายและกลุ่มไดโครฟีแนคเจลจำนวน 40 ราย เมื่อติดตามผลครั้งที่ 1 (2 สัปดาห์หลังจากการใช้ยาในครั้งแรก) กลุ่มยาทาพระเส้นมีอาสาสมัครไม่มาติดตามผลจำนวน 1 รายและกลุ่มไดโครฟีแนคเกิดอาการข้างเคียงหลังจากใช้ยาจำนวน 2 ราย และเมื่อติดตามผลครั้งที่ 2 (4 สัปดาห์หลังจากการใช้ยาในครั้งแรก) กลุ่มยาทาพระเส้นมีผู้ไม่มาติดตามผลจำนวน 1 รายและกลุ่มยาไดโครฟีแนคมีผู้ไม่มาติดตามผลจำนวน 1 ราย เมื่อเสร็จสิ้นการทดลองข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ผลเท่ากับกลุ่มยาทาพระเส้นจำนวน 38 รายและกลุ่มไดโครฟีแนคเจลจำนวน 37 ราย (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 แผนภาพแสดงการดำเนินการวิจัย

1) ลักษณะของอาสาสมัครโรคข้อเข่าเสื่อม

ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครในกลุ่มยาทาพระเส้นและกลุ่มโดโรฟิแนคเจล เพศโดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.3 และร้อยละ 75.7 ตามลำดับ) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 23.7 และร้อยละ 24.3 ตามลำดับ) ด้านสถานภาพโดยส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรส (ร้อยละ 65.8 และ 81.1 ตามลำดับ) ด้านอาชีพโดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 50.0 และร้อยละ 37.8 ตามลำดับ) ด้านระดับการศึกษาโดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 71.1 และร้อยละ 78.4 ตามลำดับ) อายุเฉลี่ยอยู่ในระดับช่วงอายุ 61-62 ปี ส่วนสูงเฉลี่ยอยู่ที่ระดับ 156-157 เซนติเมตร น้ำหนักเฉลี่ยอยู่ในระดับ 59 กิโลกรัมและค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของอาสาสมัครอยู่ในระดับ 23-24 กก./ม² (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร (n=75)

รายการ	ยาทาพระเส้น (n=38)	โดโรฟิแนคเจล (n=37)
เพศ		
ชาย	9 (23.7)	9 (24.3)
หญิง	29 (76.3)	28 (75.7)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร (n=75) (ต่อ)

รายการ	ยาทาพระเส้น (n=38)	โดโครฟีแนคเจล (n=37)
สถานภาพ		
โสด	2 (5.3)	2 (5.4)
สมรส	25 (65.8)	30 (81.1)
หม้าย	9 (23.7)	4 (10.8)
หย่าร้าง	2 (5.3)	1 (2.7)
อาชีพ		
ไม่ประกอบอาชีพ	11 (28.9)	8 (21.6)
รับจ้าง	19 (50.0)	14 (37.8)
เกษตรกร	8 (21.1)	15 (40.5)
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	1 (2.6)	1 (2.7)
ประถมศึกษา	3 (7.9)	3 (8.1)
มัธยมศึกษา	27 (71.1)	29 (78.4)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	7 (18.4)	4 (10.8)
อายุ	62.42 ± 8.48	61.49 ± 8.77
ส่วนสูง	157.38 ± 6.84	156.19 ± 8.43
น้ำหนัก	59.07 ± 9.18	59.97 ± 13.73
BMI	23.86 ± 3.44	24.37 ± 4.29

2) การศึกษาประสิทธิภาพ

ผลการประเมินความรุนแรงของอาการปวด Visual Analogue Scale (VAS)

เมื่อพิจารณาจากผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ อาสาสมัครหลังจากได้รับยาทาพระเส้นติดต่อกัน 4 สัปดาห์ พบว่า ความรุนแรงของอาการปวดโดยใช้แบบประเมิน Visual Analogue Scale (VAS) ก่อนได้รับยามีค่าเฉลี่ยของระดับความรุนแรงอาการปวดอยู่ที่ 6.10 แปลผลอยู่ในระดับปวดทรมาณ หลังจากได้รับยามีค่าเฉลี่ยของระดับความรุนแรงอาการปวดอยู่ที่ 2.05 แปลผลอยู่ในระดับปวดเล็กน้อย เมื่อนำมาเปรียบเทียบระดับความรุนแรงอาการปวดภายในกลุ่มก่อนและหลังการได้รับยาทาพระเส้นลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กลุ่มที่ได้รับยาโดโครฟีแนคเจล ก่อนได้รับยามีค่าเฉลี่ยของระดับความรุนแรงอาการปวดอยู่ที่ 7.16 แปลผลอยู่ในระดับปวดทรมาณ หลังจากได้รับยา มีค่าเฉลี่ยของระดับความรุนแรงอาการปวดอยู่ที่ 3.32 แปลผลอยู่ในระดับปวดเล็กน้อย เมื่อนำมาเปรียบเทียบระดับความรุนแรงอาการปวด ภายในกลุ่มก่อนและหลังการได้รับยาโดโครฟีแนคเจลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 2) และผลการเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของอาการปวด Visual Analogue Scale (VAS) การใช้ยาระหว่างกลุ่มยาทาพระเส้นและกลุ่มโดโครฟีแนคเจล พบว่า ก่อนการศึกษามีความรุนแรงของอาการปวด

ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.05$) และหลังการศึกษามีความรุนแรงของอาการปวดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 ระดับความรุนแรงของอาการปวด Visual Analogue Scale (VAS) ภายในกลุ่มก่อนและหลัง ของกลุ่มยาทาพระเส้น ($n=38$) และกลุ่มไดโครฟีแนคเจล ($n=37$)

กลุ่มทดลอง		$\bar{X} \pm SD.$	t	df	P=
ยาทาพระเส้น	ก่อนได้รับยา	6.10 $\pm$ 1.72	13.437	37	.000
	หลังได้รับยา	2.05 $\pm$ 1.84			
ไดโครฟีแนคเจล	ก่อนได้รับยา	7.16 $\pm$ 2.29	9.022	36	.000
	หลังได้รับยา	3.32 $\pm$ 2.17			

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับความรุนแรงของอาการปวด Visual Analogue Scale (VAS) ก่อนและหลังใช้ยาระหว่างกลุ่มยาทาพระเส้น ($n=38$) และกลุ่มไดโครฟีแนคเจล ($n=37$)

กลุ่มทดลอง		$\bar{X} \pm SD.$	t	df	P=
ยาทาพระเส้น	ก่อนได้รับยา	6.10 $\pm$ 1.72	-2.734	73	.668
ไดโครฟีแนคเจล		7.16 $\pm$ 2.29	-2.728	70	
ยาทาพระเส้น	หลังได้รับยา	2.05 $\pm$ 1.84	-2.263	73	.013
ไดโครฟีแนคเจล		3.32 $\pm$ 2.17	-2.254	67	

ผลการประเมินภาวะข้อจำกัดจากอาการปวดเข่าด้วยแบบประเมิน Modified WOMAC Scale

ประเมินภาวะข้อจำกัดจากอาการปวดเข่า ซึ่งบ่งบอกความรุนแรงของความเจ็บปวดที่เกิดจากอาการปวดบริเวณข้อเข่าบริเวณข้อ อาการข้อขัดตึงและความยากลำบากของการทำกิจกรรม โดยใช้แบบประเมิน WOMAC พบว่า กลุ่มที่ได้รับยาทาพระเส้น เมื่อนำมาเปรียบเทียบระดับอาการปวดของข้อเข่า อาการข้อฝืดและความสามารถในการใช้งานข้อเข่าภายในกลุ่มก่อนและหลังการได้รับยาทาพระเส้นลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และ กลุ่มที่ได้รับยาไดโครฟีแนคเจล เมื่อนำมาเปรียบเทียบระดับอาการปวดของข้อเข่า อาการข้อฝืดและความสามารถในการใช้งานข้อเข่าภายในกลุ่มก่อนและหลังการได้รับยาทาพระเส้นลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 4) เมื่อนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม ตามแบบประเมินอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (WOMAC) ก่อนและหลังใช้ยาระหว่างกลุ่มยาทาพระเส้นและกลุ่มไดโครฟีแนคเจล พบว่า ก่อนใช้ยาอาการปวดของข้อเข่า อาการข้อฝืดและความสามารถในการใช้งานข้อเข่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ ($p < 0.05$) และหลังใช้ยาอาการปวดของข้อเข่า อาการข้อฝืดและความสามารถในการใช้งานข้อเข่ามีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 ผลการประเมินภาวะข้อจำกัดจากอาการปวดเข่าด้วยแบบประเมิน Modified WOMAC Scale ภายในกลุ่มก่อนและหลัง ของกลุ่มยาทาพระเส้น (n=38) และกลุ่มไดโครฟีแนคเจล (n=37)

ด้าน	กลุ่มทดลอง		$\bar{X} \pm SD.$	t	df	P=
อาการปวดเข่า	ยาทาพระเส้น	ก่อนได้รับยา	21.87 ± 10.57	11.538	37	.000
		หลังได้รับยา	3.21 ± 4.60			
	ไดโครฟีแนคเจล	ก่อนได้รับยา	22.73 ± 12.58	5.175	36	.000
		หลังได้รับยา	11.97 ± 12.36			
อาการข้อฝืด	ยาทาพระเส้น	ก่อนได้รับยา	10.24 ± 5.42	10.759	37	.000
		หลังได้รับยา	1.73 ± 2.96			
	ไดโครฟีแนคเจล	ก่อนได้รับยา	9.16 ± 6.27	3.305	36	.002
		หลังได้รับยา	5.41 ± 5.29			
ความสามารถใช้งานข้อเข่า	ยาทาพระเส้น	ก่อนได้รับยา	62.74 ± 29.91	11.471	37	.000
		หลังได้รับยา	9.18 ± 14.68			
	ไดโครฟีแนคเจล	ก่อนได้รับยา	66.35 ± 40.45	4.489	36	.000
		หลังได้รับยา	35.84 ± 38.61			

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบภาวะข้อจำกัดจากอาการปวดเข่าด้วยแบบประเมิน Modified WOMAC Scale ก่อนและหลังใช้ยา ระหว่างกลุ่มยาทาพระเส้น (n=38) และกลุ่มไดโครฟีแนคเจล (n=37)

ด้าน	กลุ่มทดลอง		$\bar{X} \pm SD.$	t	df	P=
อาการปวดเข่า	ยาทาพระเส้น	ก่อนได้รับยา	21.87 ± 10.57	-.321	73	.276
		หลังได้รับยา	3.21 ± 4.60			
	ไดโครฟีแนคเจล	ก่อนได้รับยา	22.73 ± 12.58	-.320	70	.001
		หลังได้รับยา	11.97 ± 12.36			
อาการข้อฝืด	ยาทาพระเส้น	ก่อนได้รับยา	10.24 ± 5.42	.794	73	.198
		หลังได้รับยา	1.73 ± 2.96			
	ไดโครฟีแนคเจล	ก่อนได้รับยา	9.16 ± 6.27	.793	71	.016
		หลังได้รับยา	5.41 ± 5.29			
ความสามารถใช้งานข้อเข่า	ยาทาพระเส้น	ก่อนได้รับยา	62.74 ± 29.91	-.441	73	.051
		หลังได้รับยา	9.18 ± 14.68			
	ไดโครฟีแนคเจล	ก่อนได้รับยา	66.35 ± 40.45	-.439	66	.000
		หลังได้รับยา	35.84 ± 38.61			

ผลการประเมินตำแหน่งที่มีอาการและความยาวรอบวงข้อเข่า

ประเมินความยาวรอบวงข้อเข่า เพื่อประเมินดุลยภาพการบวมของข้อเข่า พบว่า กลุ่มที่ได้รับยาทาพระเส้น เมื่อนำมาเปรียบเทียบความยาวรอบข้อเข่าข้างซ้ายและข้างขวา ภายในกลุ่มก่อนและหลังการได้รับยาทาพระเส้นลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และกลุ่มที่ได้รับยาโคโรฟีแนคเจล เมื่อนำมาเปรียบเทียบความยาวรอบข้อเข่าข้างซ้ายและข้างขวา ภายในกลุ่มก่อนและหลังการได้รับยาโคโรฟีแนคเจลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 6) และเมื่อนำมาเปรียบเทียบตำแหน่งที่มีอาการและความยาวรอบวงข้อเข่า ก่อนและหลังระหว่างกลุ่มยาทาพระเส้นและกลุ่มโคโรฟีแนคเจล พบว่า ก่อนและหลังข้างขวาก่อนการทดลอง ข้างขวาหลังการทดลอง ข้างซ้ายก่อนการทดลองและข้างซ้ายหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 6 ผลการประเมินตำแหน่งที่มีอาการและความยาวรอบวงข้อเข่า ภายในกลุ่มก่อนและหลัง ของกลุ่มยาทาพระเส้น ($n=38$) และกลุ่มโคโรฟีแนคเจล ($n=37$)

ข้าง	กลุ่มทดลอง		$\bar{X} \pm SD.$	t	df	P=value
ข้างซ้าย	ยาทาพระเส้น	ก่อนได้รับยา	37.12 ± 3.16	10.228	37	.000
		หลังได้รับยา	34.71 ± 3.14			
	โคโรฟีแนคเจล	ก่อนได้รับยา	37.86 ± 3.85	7.034	36	.000
		หลังได้รับยา	35.88 ± 3.70			
ข้างขวา	ยาทาพระเส้น	ก่อนได้รับยา	37.03 ± 2.87	9.665	37	.000
		หลังได้รับยา	34.70 ± 2.88			
	โคโรฟีแนคเจล	ก่อนได้รับยา	37.69 ± 4.02	8.130	36	.000
		หลังได้รับยา	35.58 ± 3.85			

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบการประเมินตำแหน่งที่มีอาการและความยาวรอบวงข้อเข่า ก่อนและหลังใช้ยาระหว่างกลุ่มยาทาพระเส้น ($n=38$) และกลุ่มโคโรฟีแนคเจล ($n=37$)

ข้าง	กลุ่มทดลอง		$\bar{X} \pm SD.$	t	df	P=value
ข้างซ้าย	ยาทาพระเส้น	ก่อนได้รับยา	37.12 ± 3.16	-.920	73	.223
		หลังได้รับยา	34.71 ± 3.14			
	โคโรฟีแนคเจล	ก่อนได้รับยา	37.86 ± 3.85	-.917	70	.323
		หลังได้รับยา	35.88 ± 3.70			
ข้างขวา	ยาทาพระเส้น	ก่อนได้รับยา	37.03 ± 2.87	-.824	73	.171
		หลังได้รับยา	34.70 ± 2.88			
	โคโรฟีแนคเจล	ก่อนได้รับยา	37.69 ± 4.02	-.820	65	.126
		หลังได้รับยา	35.58 ± 3.85			

3) การศึกษาความพึงพอใจ

ผลการประเมินความพึงพอใจจากการใช้ยาทาพระเส้นและยาโดโครฟีแนคเจล พบว่า ค่าเฉลี่ยด้านสีของผลิตภัณฑ์ที่มีความน่าใช้ของกลุ่มยาทาพระเส้น 3.97 ± 0.79 แปลผลอยู่ในระดับมาก และกลุ่มโดโครฟีแนคเจล 2.97 ± 1.04 แปลผลอยู่ในระดับปานกลาง ด้านเนื้อของผลิตภัณฑ์ที่มีความน่าใช้ ของกลุ่มยาทาพระเส้น 4.37 ± 0.67 แปลผลอยู่ในระดับมาก และกลุ่มโดโครฟีแนคเจล 3.32 ± 0.78 แปลผลอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการดูดซึมของผลิตภัณฑ์ ของกลุ่มยาทาพระเส้น 4.55 ± 0.60 แปลผลอยู่ในระดับมากที่สุด และกลุ่มโดโครฟีแนคเจล 3.70 ± 0.74 แปลผลอยู่ในระดับมาก ด้านความหนืดของผลิตภัณฑ์ของกลุ่มยาทาพระเส้น 4.21 ± 1.09 แปลผลอยู่ในระดับมาก และกลุ่มโดโครฟีแนคเจล 3.43 ± 1.24 แปลผลอยู่ในระดับปานกลาง ด้านกลิ่นของผลิตภัณฑ์ ของกลุ่มยาทาพระเส้น 3.92 ± 0.75 แปลผลอยู่ในระดับมาก และกลุ่มโดโครฟีแนคเจล 2.76 ± 0.98 แปลผลอยู่ในระดับปานกลาง ด้านผลจากการใช้ผลิตภัณฑ์ต่อสภาพผิว ของกลุ่มยาทาพระเส้น 4.37 ± 0.63 แปลผลอยู่ในระดับมาก และกลุ่มโดโครฟีแนคเจล 3.65 ± 1.11 แปลผลอยู่ในระดับมาก และด้านความพึงพอใจโดยรวมต่อผลิตภัณฑ์ ของกลุ่มยาทาพระเส้น 4.63 ± 0.63 แปลผลอยู่ในระดับมากที่สุด และกลุ่มโดโครฟีแนคเจล 4.03 ± 0.55 แปลผลอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 ผลการประเมินความพึงพอใจจากการใช้ยาทาพระเส้น (n=38) และกลุ่มโดโครฟีแนคเจล (n=37)

ความพึงพอใจจากการใช้ยา	กลุ่มยาทาพระเส้น (n=38)		กลุ่มโดโครฟีแนคเจล (n=37)	
	$\bar{X} \pm SD.$	แปลผล	$\bar{X} \pm SD.$	แปลผล
สีของผลิตภัณฑ์มีความน่าใช้	3.97 ± 0.79	มาก	2.97 ± 1.04	ปานกลาง
เนื้อของผลิตภัณฑ์มีความน่าใช้	4.37 ± 0.67	มาก	3.32 ± 0.78	ปานกลาง
การดูดซึมของผลิตภัณฑ์	4.55 ± 0.60	มากที่สุด	3.70 ± 0.74	มาก
ความหนืดของผลิตภัณฑ์	4.21 ± 1.09	มาก	3.43 ± 1.24	ปานกลาง
กลิ่นของผลิตภัณฑ์	3.92 ± 0.75	มาก	2.76 ± 0.98	ปานกลาง
ผลจากการใช้ผลิตภัณฑ์ต่อสภาพผิว	4.37 ± 0.63	มาก	3.65 ± 1.11	มาก
ความพึงพอใจโดยรวมต่อผลิตภัณฑ์	4.63 ± 0.63	มากที่สุด	4.03 ± 0.55	มาก
รวม	4.29 ± 0.74	มาก	3.41 ± 0.92	ปานกลาง

4) การศึกษาความปลอดภัย

จากการดำเนินการวิจัย อาสาสมัครที่ใช้ตำรับยาทาพระเส้นจำนวนทั้งสิ้น 40 รายไม่พบอาการไม่พึงประสงค์และอาสาสมัครที่ใช้ยาโดโครฟีแนคเจลจำนวนทั้งสิ้น 40 ราย พบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้จำนวน 2 ราย ดังรายละเอียดดังนี้

รายที่ 1 อาการคือ ขณะใช้ยาพบอาการปวด แสบร้อน ตั้งแต่ครั้งแรกที่ใช้และยังใช้ต่อเนื่อง 13 วัน และแนวทางการแก้ปัญหาโดยการหยุดใช้ยาเองและอาการดีขึ้นหลังจากหยุดใช้ยา

รายที่ 2 อาการคือ อาการไม่ดีขึ้น มีอาการเข้าเพลี้ยอ่อนแรง และแนวทางการแก้ปัญหา โดยการหยุดใช้ยาและอาการดีขึ้น และไม่พบความผิดปกติหรือความรุนแรงใดหลังจากเลิกใช้ยา

อภิปรายผล

ทั้งยาทาพระเส้นและไดโครฟีแนคเจล เป็นยาที่มีสรรพคุณหรือข้อบ่งใช้ในการรักษาโรคข้อเข่าอักเสบ โดยตำรายาทาพระเส้นเป็นตำรับยาที่อยู่ในพระคัมภีร์โอสถพระนารายณ์ ซึ่งมีการใช้กันมาอย่างยาวนาน ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2202 โดยมีสรรพคุณสำหรับทาแก้เส้นที่ผิดปกติ แก้พระเส้นพืธ แก้ลมอัมพาต แก้ลมปัตคต แก้กล่อน แก้กะคริว แก้กัปปอง แก้เมื่อยขบ และยาไดโครฟีแนคเจลเป็นยาที่มีการส่งขายให้กับผู้ป่วยที่มีอาการของโรคข้อเข่าอักเสบ กันอย่างแพร่หลาย จากการศึกษาซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเกี่ยวกับสมุนไพรภายในตำรายาทาพระเส้นประกอบด้วย สมุนไพร 13 ชนิดคือ พริกไทย ข่า กระชาย หอม กระเทียม มหาหิงค์ ยาดำ สิ่งละส่วน ตะไคร้หอม ใบขี้เหล็ก ใบตองแตก ใบมะขาม ใบเลี่ยน ใบมะคำไก่ (Pimphan Paibunwangcharoen, Usa ketwaleewan and Nicharee Netthong (land.), 2012. P116) โดยขามีรายงานการศึกษาทางคลินิกสามารถลดอาการปวดของ โรคข้อเสื่อมได้ (Chudiwal, 2010) พริกไทยมีสารสำคัญคือ สาร piperine มีฤทธิ์ระงับอาการปวด (Tasleem, 2014) เนื่องจากไปยับยั้งการสังเคราะห์สาร prostaglandins, มหาหิงค์ออกฤทธิ์แก้ปวดอย่างอ่อนและตะไคร้หอมมีฤทธิ์ระงับ อาการปวด เป็นต้น ส่งผลให้อาการปวดจากโรคข้อเข่าอักเสบลดลง อีกทั้งจากการศึกษา พริกไทยมีสารสำคัญคือสาร spathulenol มีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ COX2-receptor ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่เกี่ยวข้องในขบวนการอักเสบ (Tangyuenyongwatanaand Gritsanapan, 2014), กระชายมีสารสำคัญคือสาร Boesenbergin A มีฤทธิ์ต้าน การอักเสบ เนื่องจากไปยับยั้งการหลั่ง NO (Isa, 2012), หอมแดงมีฤทธิ์ต้านการอักเสบ ในการยับยั้งกระบวนการของ COX-1 (Werawattanachai, et al, 2015) และกระเทียมมีสารสำคัญคือสาร raw garlic สามารถยับยั้งเอนไซม์ cyclooxygenase ที่ทำให้เกิดการสร้างสารอักเสบได้ (Martins, 2016) เป็นต้น จากการศึกษาข้อมูลงานวิจัยสมุนไพรที่ กล่าวมาข้างต้นส่งผลให้ตำรายาสามารถลดการอักเสบจากอาการของโรคข้อเข่าได้

ในการศึกษาการวิจัยครั้งนี้ อาสาสมัครหลังจากได้รับยาทาพระเส้นติดต่อกัน 4 สัปดาห์พบว่าระดับอาการปวด ลดลงโดยก่อนการได้รับยามีค่าเฉลี่ยของระดับอาการปวดอยู่ที่ 6.10 ในขณะที่หลังการได้รับยามีค่าเฉลี่ยของระดับอาการ ปวดลดลงเหลือ 2.05 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับระดับอาการปวดก่อนและหลังการได้รับยาพบว่าลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$), อาการข้อฝืดก่อนการไ้ยามีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 10.24 หลังการได้รับยามีค่าเฉลี่ยของ ระดับอาการปวดลดลงเหลือ 1.73 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับระดับอาการข้อฝืดก่อนและหลังการได้รับยาพบว่าลดลงอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และความสามารถในการทำงานของข้อเข่าก่อนการไ้ยามีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 62.74 หลังการ ได้รับยามีค่าเฉลี่ยของระดับอาการปวดลดลงเหลือ 9.18 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับระดับความสามารถในการทำงานของข้อ เข่าก่อนและหลังการได้รับยาพบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ซึ่งหมายความว่าความสามารถในการใช้ข้อ เข่าดีขึ้นเป็นผลมาจากการลดลงของระดับอาการปวดและอาการข้อฝืดส่งผลให้การใช้งานดีขึ้น

ในทางทฤษฎีการแพทย์แผนไทยโรคข้อเข่าอักเสบนั้นมีมูลเหตุของการเกิดโรคได้หลายประการเช่น น้ำหล่อเลี้ยง ในข้อเข่าแห้ง (Kanchanaphisek Medical Center, 2020) จึงทำให้เกิดอาการข้อฝืดและการใช้งานเกินกำลังต่างๆ ใน ส่วนของอาการปวดกล้ามเนื้อและข้อต่างๆในร่างกายในมุมมองทางการแพทย์แผนไทยเกิดจากธาตุลมและธาตุไฟทำงาน ผิดปกติไปทำให้เลือดลมไหลเวียนไม่สะดวกและเกิดการอันของลมส่งผลให้เกิดอาการปวดและอักเสบตามมาได้ โดยรยา ส่วนมากในตำรายาทาพระเส้นมีรสร้อน จะสามารถช่วยให้กระจายกองลมทำให้อาการปวด การอักเสบและอาการข้อฝืด ต่างๆ ที่เกิดขึ้นนั้นดีขึ้น

เมื่อนำมาผลที่ได้ในการศึกษามาเปรียบเทียบกับประสิทธิผลของยาทาพระเส้นกับยาโดโครฟีแนคเจล โดยอาสาสมัครใช้ยาติดต่อกันเป็นเวลา 4 สัปดาห์พบว่าความรุนแรงของอาการปวด อาการข้อฝืดติดขัดและความสามารถในการใช้งานข้อเข่าลดลง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยยาทาพระเส้นมีแนวโน้มการลดลงดีกว่ายาโดโครฟีแนคเจล อาการบวมที่เกิดจากการอักเสบบริเวณข้อเข่าเมื่อเปรียบเทียบกับพบว่าอาการบวมลดลง แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ความพึงพอใจจากการใช้ยาโดยทำการประเมิน 7 ด้านคือ สี เนื้อสัมผัส การดูดซึม ความหนืด กลิ่น ผลการใช้ผลิตภัณฑ์ต่อสภาพผิวและความพึงพอใจโดยรวมของผลิตภัณฑ์ ยาทาพระเส้นมีค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจอยู่ที่ 4.29 แปลผลอยู่ในระดับมากและโดโครฟีแนคเจลมีค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจอยู่ที่ 3.41 แปลผลอยู่ในระดับปานกลาง

ในขณะที่ความปลอดภัยของการใช้ยาทาพระเส้นในอาสาสมัครไม่มีรายงานของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ส่วนยาโดโครฟีแนคเจลพบรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยมีเพียงอาการไม่พึงประสงค์ที่ไม่รุนแรงและอาการสามารถทุเลาลงได้เองหลังจากหยุดใช้ยา ทั้งนี้อาจจะเกิดจากการระคายเคืองบริเวณผิวหนัง

สรุปผล

จากการดำเนินงานวิจัย ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน ทั้งเพศ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย เป็นต้น เมื่อให้ยาทาพระเส้นและยาโดโครฟีแนคเจลเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ สามารถลดความรุนแรงจากอาการปวด อาการข้อฝืด อาการบวมได้และความสามารถในการใช้งานข้อเข่าดีขึ้น ทั้งยาทาพระเส้นและยาโดโครฟีแนคเจลเป็นยาที่มีประสิทธิผลดีในการรักษาโรคข้อเข่าอักเสบ เมื่อนำมาเปรียบเทียบระหว่างยาทาพระเส้นและยาโดโครฟีแนคเจลพบว่า แนวโน้มในการใช้ยาทาพระเส้นมีประสิทธิผลในการลดอาการปวด อาการข้อฝืด และความสามารถในการใช้ข้อเข่าได้ดีกว่ายาโดโครฟีแนคเจล แต่การลดอาการบวมของข้อเข่ามีประสิทธิผลไม่แตกต่างกัน อีกทั้งยาทาพระเส้นมีความพึงพอใจจากการใช้ยามากกว่ายาโดโครฟีแนคเจล และในการวิจัยครั้งนี้พบอาการข้างเคียงจากการใช้ยาโดโครฟีแนคเจลเป็นอาการที่ไม่รุนแรงสามารถหายเองได้ ดังนั้นยาทาพระเส้นจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับเป็นแนวทางในการเลือกใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการของโรคข้อเข่าอักเสบ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อมูลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จะเป็นข้อมูลเพื่อใช้ในการสนับสนุนการเลือกใช้ในสถานพยาบาลสำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าอักเสบได้
2. การศึกษาวิจัยในครั้งนี้สามารถใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการขอขึ้นทะเบียนเป็นตำรับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติได้
3. ข้อมูลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จะเป็นข้อมูลใช้ในการสนับสนุนในการเลือกตำรับยาทาพระเส้นเพื่อทดแทนยาโดโครฟีแนคเจลได้ในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. จากงานวิจัยควรพัฒนาผลิตภัณฑ์ของยาทาพระเส้นในรูปแบบดั้งเดิมเพื่อสามารถให้ใช้งานได้สะดวกมากยิ่งขึ้น
2. ควรมีการศึกษาต่อในกลุ่มประชากรที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น
3. เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคข้อเข่าแบบปฐมภูมิ หากมีการศึกษาต่อควรมีการศึกษาในกลุ่มทุติยภูมิเพิ่มเติม

References

- Boonjai Srisatidnarakul. (2004). Research Methods in Nursing Science. Bangkok: Faculty of Nursing Chulalongkorn University.
- Brooks, P. (2003). Inflammation as an important feature of osteoarthritis. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(9), 689-690.
- Chudiwal A.K., Jain D.P. & Somani R.S. (2010). *Alpinia galanga* Willd.–An overview on Phytopharmacological properties. *Indian J Nat Prod Resour*, 1(2), 143-149.
- Isa N.M., Abdelwahab S.I., Mohan S., Abdul A.B., Sukari M.A., Taha M.M.E., et al.. (2012). In vitro anti-inflammatory, cytotoxic and antioxidant activities of boesenberginA, a chalcone isolated from *Boesenbergia rotunda* (L.) (fingerroot). *Braz J Med Biol Res*, 45(6), 524-530.
- Kanchanaphisek Medical Center. (2020). Relieve symptoms of osteoarthritis by masking herbal medicine. Retrieved 15 February 2021. From <https://www.gj.mahidol.ac.th/main/ttm/oa/>.
- Martins N., Petropoulos S., Isabel C.F.R. Ferreira. (2016). Chemical composition and bioactive compounds of garlic (*Allium sativum* L.) as affected by pre- and post-harvest conditions: A review. *Food Chemistry*, 211, 41-50.
- Monpacharee Na R., Pasinee B., Penpimon J. & Urailuk W. (2019). Preliminary Effectiveness of Ya-Tha-Pra-Sen for Pain Reducing in Thai Traditional Diagnosis of Lom-Jub-Pong-Hang-Kao. *Journal of Thai Traditional and Alternative Medicine*, 17(3), 447-459.
- Office of Policy and Strategy Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2015). Health. Ministry of Public Health. 8(24).
- Pimphan Paibunwangcharoen, Usa ketwaleewan and Nicharee Netthong (land.). (2012). Phra Narai Scripture Bai-Lan edition (Phra Narai's Medicine book). Nonthaburi: Office for The Protection of Thai Traditional Medical Knowledge Department of Development of Thai Traditional and Alternative Medicine.
- Polit. (1996). Nursing research:generating and assessing evidence for nursing Practice. (8 th ed.). China: R.R.Donnelley.
- Rheumatism Association of Thailand. (2010). Osteoarthritis Treatment Practice Guidelines. Retrieved 19 January 2020 from <https://www.thairheumatology.org/wp-content/uploads/2016/08/Guideline-for-Management-of-OA-knee.pdf>.
- Royal College of Orthopaedic Surgeons of Thailand. (2012). Osteoarthritis Public Health Service Practice 2012. Retrieved 15 January 2020 from www.rcost.or.th.

- Sarasa R. & Orapitchaya K. (2018). Assessment of chronic pain in the elderly. *Ramathibodi Medical Journal*, 41(3), 92-99.
- Sek Aksaranukrow. (2000). Modified WOMAC Scale for knee Pain. *Journal of Thai Rehabil*, 9(3), 82- 85.
- Tangyuenyongwatana P., Gritsanapan W. (2014). Prasaplai : An essential Thai traditional formulation for primary dysmenorrhea treatment. *TANG*, 4(2), 10-1.
- Tasleem F., Azhar I., Ali S.N., Perveen S., Mahmood Z.A. (2014). Analgesic and anti-inflammatory activities of Piper nigrum L.. *Asian Pacific journal of tropical medicine*, 7(1), 461-468.
- Thuenjit C., Sutteeporn M. & Danai H.. (2018). The Development of a Management Model for Knee Osteoarthritis in a Community by Collaboration Between Nurse Practitioners and Village Health Volunteers. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 38(2), 43-59.
- Werawattanachai N., Kaewamatawong R., Junlatat J. & Sripanidkulchai B. (2015). Anti-Inflammatory potential of ethanolic bulb extract of *Allium ascalonicum* L. *Journal of Science & Technology, Ubon ratchathani University*, 17(2), 63-68.
- World Health Organization. (2003). The burden of musculoskeletal conditions as the start millennium. Report of a WHO scientific group.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสิทธิผลของการนวดเท้าแผนไทยเพื่อลดอาการเท้าชาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Efficacy of Thai Foot Massage to Reduce Numbness Sensation in Type 2 Diabetes Mellitus Patients

Received: Mar. 10,2021

Revised: Oct. 30,2022

Accepted: Nov. 20,2022

Published: Dec. 18, 2022

ณัทธชา ศรีณยุตติกุล, มาลินี บุญยรัตน์พันธุ์

แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี

Naththachar Sarunkyawuttikull, Malinee Bunyaratpan

Outpatient Department, Chonburi Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการนวดเท้าแผนไทยเพื่อลดอาการเท้าชาในคนไข้เบาหวาน ทำการวิจัยกึ่งทดลองจำนวนอาสาสมัคร 40 คน ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองชลบุรี ซึ่งมีจำนวนจุดเท้าชาตั้งแต่ 2 จุดขึ้นไป โดยให้รับการรักษาด้วยยาเดิมร่วมกับนวดเท้าแผนไทยโดยแพทย์แผนไทยครั้งละ 20 นาที 2 ครั้ง/สัปดาห์เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ตรวจจุดชาที่ฝ่าเท้าด้วย 10-g Monofilament และการเกิดแผลใหม่ของเท้าที่ 2 และ 4 สัปดาห์ เปรียบเทียบด้วยสถิติ Repeated Measure ANOVA

เมื่อเปรียบเทียบจุดชาที่เท้าก่อนได้รับการนวด(mean 4.33 ±1.92) กับหลังจากได้รับการนวดที่ 2 สัปดาห์ (mean 2.10 ± 2.13) และ 4 สัปดาห์ (mean 1.08 ± 1.62) พบว่าหลังจากได้รับการนวดที่ 2 และ 4 สัปดาห์ มีจุดชาที่เท้าลดลงตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญ ($F_{(2,78)} = 106.50, p < .001, df = 2$) เมื่อเปรียบเทียบรายคู่พบว่า จุดเท้าชาที่ระยะหลังได้รับการนวดไปแล้ว 4 สัปดาห์ ลดลงเปรียบเทียบกับก่อนนวดและที่ระยะ 2 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$) และไม่พบอาสาสมัครมีแผลใหม่ที่เท้า

สรุปผลการนวดเท้าแผนไทยในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถลดอาการเท้าชาได้อย่างมีนัยสำคัญ และไม่พบว่ามีอาสาสมัครมีแผลใหม่ที่เท้าหลังจากได้รับการนวดเท้าแผนไทย

คำสำคัญ : เบาหวานชนิดที่ 2, เท้าชา, นวดเท้าแผนไทย

Corresponding author: ณัทธชา ศรีณยุตติกุล E-mail: naththachar@hotmail.com

Original article

Abstract

Received: Mar. 10,2021

Revised: Oct. 30,2022

Accepted: Nov. 20,2022

Published: Dec. 18, 2022

The purpose of this study was to determine efficacy of Thai foot massage to reduce numbness sensation among type 2 diabetes mellitus patients who were currently visiting in Muang Chonburi primary care unit. The study samples were consisted of 40 volunteers of diabetic patient by purposive sampling with score of numbness sensation ≥ 2 points. The demographic data was collected. The volunteers received a 4-week program of Thai foot massage twice a week and evaluated at 2nd and 4th week. The statistics for data analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation, and Repeated Measure ANOVA. The findings showed that the mean scores of numbness sensation at the beginning, 2nd and 4th week were 4.33 ± 1.92 , 2.10 ± 2.13 and 1.08 ± 1.62 respectively. A significant difference has been observed between the score of numbness sensation at the beginning and 2nd week, beginning and 4th week and also between 2nd and 4th week. [$F_{(2,78)} = 106.50$, $p < .001$, Eta Squared (Effect Size) = 0.732, a power = 1, df = 2]. They showed the mean score of numbness sensation at 2nd and 4th week were significantly lower than the mean score at the beginning. And no one suffered from a new foot ulcer. The summery of this study suggested that Thai foot massage could be an alternative treatment to reduce numbness sensation in type 2 diabetes mellitus patients.

Keywords: numbness, diabetes mellitus type 2, Thai foot massage

Corresponding author: Naththachar Sarunyawuttikull E-mail: naththachar@hotmail.com

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังและพบบ่อยและรักษาไม่หายขาดอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2560 มีการประเมินว่ามีผู้ป่วยเบาหวาน รวม 425,000,000 คนทั่วโลก (DMTHAI, 2019) ในศูนย์สุขภาพเขต 6 มีคนไข้เบาหวานทั้งหมด 73,412 คน ในจังหวัดชลบุรีมีคนไข้เบาหวานทั้งหมด 18,634 คน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 51.9 มีความเสี่ยงในการเกิดแผลที่เท้า เบาหวานเพียงโรคเดียวทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยสูงถึง 47,596,000,000 บาทต่อปี (Department of Disease Control, 2019) ในปี 2563 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชนเมืองชลบุรี มีคนไข้เบาหวานทั้งหมด 2,677 คน พบว่าผู้ป่วยจากการตรวจร่างกายประจำปีพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาปลายมือปลายเท้าชา โดยพบในกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมปริมาณน้ำตาลในเลือดไม่ดีเป็นระยะเวลานาน (Chamberlain et al., 2016) ปัญหาเท้าชาทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีแผลเรื้อรังที่เท้าและบางรายมีอาการรุนแรงจนถูกตัดเท้า พฤติกรรมการรับประทานอาหารของคนในพื้นที่มักติดรสหวาน การให้ความรู้เรื่องปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารอาจช่วยลดอัตราการเกิดเท้าชาในผู้ป่วยได้ในรายที่ยังไม่มีการ (Dorrestein et al., 2014) แต่ในผู้ป่วยที่มีอาการแล้ว ส่วนใหญ่อาการยังคงอยู่ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลง

โรคเบาหวานเป็นโรคที่ร่างกายมีปริมาณน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่าปกติ เนื่องจากการขาดฮอร์โมนอินซูลิน หรือมีการพร่องการทำงานของฮอร์โมนอินซูลิน ทำให้กระบวนการดูดซึมน้ำตาลไปเป็น พลังงานของร่างกายทำงานผิดปกติ และมีผลต่ออวัยวะต่างๆของร่างกายเสื่อมประสิทธิภาพ (Inzucchi et al., 2012)มีการเสื่อมของเส้นประสาทส่วนปลายทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีอาการชาที่เท้ามีการรับรู้การสัมผัสและแรงกดทับที่ผิดปกติซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดแผลที่เท้า (Rerkasem, Mangkalaprik et al., 2016) และการเดินผิดปกติ (Vaillant, Rouland, Martigne, Braujou, Nissen, Caillat-Miosse et al., 2009) เท้าชาเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการสูญเสียกำลังใจในการรักษาและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวาน (Suwannakin, 2016) หากเกิดอาการเท้าชาขึ้นแล้วมักไม่หาย ต้องใช้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ควบคุมน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม อาจมีการกินยาร่วมเพื่อบรรเทาอาการเท้าชา (Jun-In, Siripitayakun & Malathum, 2015) ในปัจจุบันแพทย์ทางเลือกก็เป็นตัวเลือกหนึ่งที่ช่วยบรรเทาอาการเท้าชา

การนวดเท้าช่วยลดอาการเท้าชาในคนไข้เบาหวาน โดยใช้หลักการกระตุ้นฝ่าเท้าเพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือดส่วนปลาย ในปี ค.ศ. 2016 วารสาร Diabetic medicine ในประเทศอังกฤษตีพิมพ์งานวิจัยเกี่ยวกับการรักษา peripheral neuropathy โดยวิธี Systemic review จากงานวิจัย 27 ฉบับ ที่มีการรักษาแบบ pharmacological treatments, non-pharmacological treatments และ alternative treatments พบว่า การนวดแผนไทยเป็นหนึ่งในวิธีที่ช่วยลดอาการเท้าชาได้อย่างมีนัยสำคัญ (Cakici et al., 2016) นอกจากนี้ยังพบว่ายังมีงานวิจัยที่สนับสนุนว่าการนวดยังช่วยการซ่อมระบบหลอดเลือดส่วนปลายได้ในเนื้อเยื่อที่บาดเจ็บได้ (Franklin et al., 2014) วารสาร Diabetes spectrum ของ American Diabetes Association ตีพิมพ์วิจัยเรื่องการนวดในคนไข้เบาหวาน โดยกล่าวถึง การนวดเท้าสามารถช่วยลดอาการ peripheral neuropathy ได้ โดยวิธีนวดในงานวิจัยคือการนวดแบบ Syncardial Massage ให้มีการนวดอย่างน้อย 2 วันต่อสัปดาห์ และนวดอย่างน้อย 30 นาที พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการนวดมีความพึงพอใจ และมีอาการเท้าชาลดลง (Ezzo et al., 2001) งานวิจัยจากประเทศอินโดนีเซีย ศึกษาเกี่ยวกับการนวดโดยใช้อุปกรณ์นวดกดจุดมีผลต่อน้ำตาลในเลือดและการรับรู้ประสาทสัมผัสที่เท้า โดยวิธีกึ่งทดลอง ในอาสาสมัครที่เป็นเบาหวานร่วมกับมีอาการเท้าชา

โดยนวดเป็นเวลา 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 30 นาทีต่อครั้ง พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญก่อนและหลังนวดเท้าด้วยอุปกรณ์นวดเฉพาะ (Hasneli & Amir, 2019)

มีการศึกษาเกี่ยวกับการนวดเท้าแผนไทยในผู้ป่วยเบาหวานมีผลต่อการทรงตัวของเท้า โดยทำการศึกษาเป็น randomized parallel-control trial โดยทำการศึกษาผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยวิธีสุ่มเลือก โดยเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มที่ได้รับการนวดแผนไทยที่ฝ่าเท้า 3 วัน ต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 2 สัปดาห์ โดยวัดผลด้วยวิธี Time up and Go test, One leg stance, Range of motion และ Foot sensation หลังจากทำการทดลอง พบว่าผู้ป่วยมี range of motion และ foot sensation ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและสามารถทำ Time up and go test ได้ดียิ่งขึ้น (Chatchawan et al., 2015)

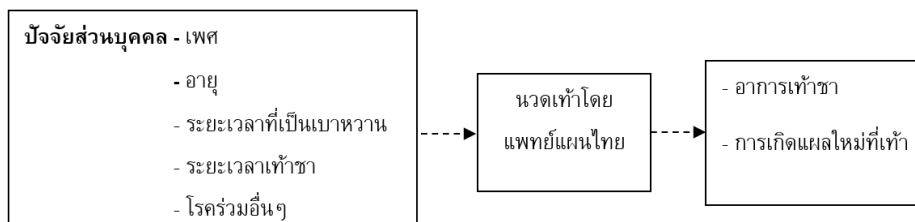
ในประเทศไทยได้มีการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ โดยทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการนวดเท้าเพื่อลดอาการชาเท้าในผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย รายงานการวิจัยเกี่ยวกับการนวดเพื่อการลด อาการชาเท้าในผู้ป่วยเบาหวานไทย ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในฐาน ข้อมูล ThaiLis, ThaiJo, CINAHL และ Google Scholar ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549-2559 จากงานวิจัยแบ่งการนวดเป็น 3 แบบ คือ นวดแบบไทย แบ่งเป็นแบบกดจุดและไม่กดจุด นวดแบบใช้อุปกรณ์ และนวดแบบผสมผสานนวดไทยและอุปกรณ์ จากการศึกษาพบว่า การนวดไทยทั้งแบบกดจุดและไม่กดจุด มีผลช่วยลดอาการเท้าชา โดยนวดไทยแบบไม่กดจุดมีข้อดีคือไม่เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย แต่ความชัดเจน ทางด้านความถี่ของการนวดยังไม่ชัดเจน ส่วนการนวดโดยใช้อุปกรณ์ ยังไม่มีความชัดเจนเรื่องระยะเวลา ปริมาณการนวดและท่าที่เหมาะสมเช่นกัน (Phormpayak et al., 2017) และมีการนำวิธีนวดมาใช้ในการลดอาการเท้าชาอย่างแพร่หลาย เช่น วิธีนวดเท้าด้วยตนเอง (Pingsakan, Khanta, Praroomchat, Nedsuwan, Norapiman & Tantulawat, 2015) วิธีนวดเท้ากดจุดสะท้อน (Nuansat, Ounprasertpong Nicharojana & Piaseu, 2015) วิธีนวดเท้าด้วยลูกแก้ว (Seubsui, Sakulkim, Sornmung, Phimsan, Petrucha & Wimolthong, 2017) วิธีนวดเท้าด้วยกะลามะพร้าว (Viriyavejkul, 2011) พรหมไม้มะค่า (Sakulkim, Rojruangnon, Purisai, Vintachia & Chitpirom, 2018). โดยรายงานผลวิจัยการนวดในรูปแบบต่างๆ พบว่าอาการเท้าชาลดลงอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ

ผู้ทำวิจัยมีความสนใจในวิธีการนวดเท้าแผนไทยมาช่วยลดอาการเท้าชาซึ่งเป็นวิธีอันนำมาต่อยอดเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำได้เองที่บ้าน ประหยัดงบประมาณและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้น้อย นอกจากนี้การนวดเท้าด้วยตนเองยังทำให้ผู้ป่วยตรวจเท้าด้วยตนเอง หากมีอาการหรือสิ่งผิดปกติจะได้รับมาพบแพทย์ โดยงานวิจัยนี้ได้จัดทำในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองและวัดผล เพื่อนำผลมาประยุกต์ใช้ หรือทำวิจัยต่อยอดเพื่อหาแนวทางการบรรเทาอาการเท้าชาในคนไข้เบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนจุดเท้าชาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอาการเท้าชา ก่อนและหลังนวดเท้าแผนไทย ในระยะเวลา 1 เดือน
2. เพื่อศึกษาการเกิดแผลที่เท้าหลังผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการเท้าชาได้รับการนวดเท้าแผนไทย

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลชลบุรีเลขที่รหสววิจัย 67/63/R/h1 การทำการวิจัยในอาสาสมัคร โดยรับอาสาสมัครจากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาต่อเนื่องที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองชลบุรี โดยได้ให้คำชี้แจงและขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากอาสาสมัครทุกคน

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- experimental study) โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 กลุ่ม โดยในระยะที่ 1 ให้อาสาสมัครรับยาโรคประจำตัวเดิม ได้รับการตรวจเท้าใหม่ทั้งหมด พร้อมให้ความรู้ในการดูแลเท้าและสังเกตอาการที่เท้าตามมาตรฐาน กำหนดวันนัดให้อาสาสมัครมาเข้ารับการนวดเท้าแผนไทยครั้งละ 30 นาที (Lapanantasin, Inkeaw & La-orsub, 2017) จำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ หลังจากนั้นตรวจติดตามอาการเป็นระยะเวลาที่ 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. คัดกรองผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการเท้าชาจากการตรวจสุขภาพเบาหวานประจำปี
2. ประชาสัมพันธ์รายละเอียดวิจัยที่แผนกผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองชลบุรี รับสมัครอาสาสมัคร
3. อาสาสมัครลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
4. คัดกรองผู้ป่วยที่สนใจเข้าร่วมงานวิจัยตามเกณฑ์คัดเลือกและเกณฑ์แยกออก เพื่อตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าและคัดออก และชี้แจงผลการตรวจคุณสมบัติ
5. อาสาสมัครตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัวอื่น เช่นความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน ระยะเวลาที่มีอาการเท้าชา ประวัติการนวดเท้า ปริมาณน้ำตาลสะสม
6. อาสาสมัครที่มีคุณสมบัติเข้าร่วมโครงการ จะได้รับคำชี้แจงรายละเอียดการปฏิบัติตัว และได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยตรวจปริมาณน้ำตาลในเลือด ปริมาณน้ำตาลสะสมก่อนได้รับการนวดเท้า
7. ให้ความรู้ด้านสุขภาพและสุขภาพเท้าเบื้องต้นสำหรับคนเป็นเบาหวานตามที่ทำให้คนไข้เบาหวานที่ได้รับการตรวจปกติตามระบบคลินิกโรคเรื้อรัง

8. อาสาสมัครได้รับการนัดหมายโดยผู้แพทย์แผนไทยผู้มีประสบการณ์ รับตารางนัดหมายเพื่อมารับการนัดหมายไทยครั้งต่อไป

9. ตรวจเท้าขณะอาสาสมัครปิดตาโดยพยาบาลวิชาชีพที่สัปดาห์ที่ 2 และ 4 ตรวจสภาพเท้าและเท้าชาด้วย 10-g monofilament ที่ตำแหน่ง นิ้วหัวแม่เท้า ปุ่มกระดูกฝ่าเท้าส่วนปลายของนิ้วหัวแม่เท้า นิ้วกลาง และนิ้วนาง ของเท้าทั้ง 2 ข้าง รวมทั้งหมด 8 จุด

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากร ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองชลบุรี จากการตรวจสุขภาพคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานประจำปี พบว่ามีผู้ป่วยที่มีเข้าเกณฑ์ผู้ได้รับการตรวจเท้าทั้งหมด 1,283 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีการอ้างอิงจากงานวิจัยของสมลักษณ์ (Nuchan & Rattanthongkom, 2008) ทำการวิจัยในคนไข้เบาหวานที่มีอาการเท้าชาจำนวน 24 คน โดยให้ได้รับการนัดหมายเท้าเฉลี่ย 2 วันต่อสัปดาห์ เป็นจำนวน 8 ครั้งต่อเดือน พบว่ามีคะแนนของอาการเท้าชาลดลง จาก 9.42 ± 4.66 เป็น 1.29 ± 2.10 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) จึงคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธี Compare Two Mean Sample Size for Before-After study

$$\alpha(\text{two-tailed}) = 0.5, \text{Beta}(\beta) = 0.2, E = 0.5 \text{ Mean difference } S(\Delta) = 1.5$$

$$\text{โดย } S(\Delta) = S(2(1-r))^{1/2} \quad S = 2.10 \quad r_{\text{within}} = 0.875 \quad \text{S.D. } \alpha = Z_\alpha = 1.960 \quad \text{S.D. } \beta = Z_\beta = 0.842$$

$$A = 1.000 \quad B = (Z_\alpha + Z_\beta)^2 = 7.849 \quad C = m(E/S(\Delta))^2 = 0.227 \quad AB/C = 34.61$$

Group size $N = 34.61$ ดังนั้นต้องใช้อาสาสมัครอย่างน้อย 35 คน ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองมีผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการเท้าชาผ่านเกณฑ์คัดเลือก 67 คน โดยมีผู้ไม่สนใจคัดเลือก 19 คน ผู้ผ่านเข้าเกณฑ์คัดเลือกและยินยอมเป็นอาสาสมัคร 42 ราย ซึ่งผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำของจำนวนอาสาสมัครที่คำนวณไว้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีการลงบันทึกการวินิจฉัย(ICD10) ในระบบและมีการรักษารับยาต่อเนื่องที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองชลบุรีที่สนใจเข้าร่วมโครงการ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเดินทางมารับการตรวจได้ ตรวจพบอาการเท้าชาด้วย monofilament พบว่ามีอาการชาตั้งแต่ 2 จุดขึ้นไป อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร เข้าใจภาษาไทยได้เป็นอย่างดี และให้ความร่วมมือในการตรวจ ผู้มีโรคร่วมที่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง

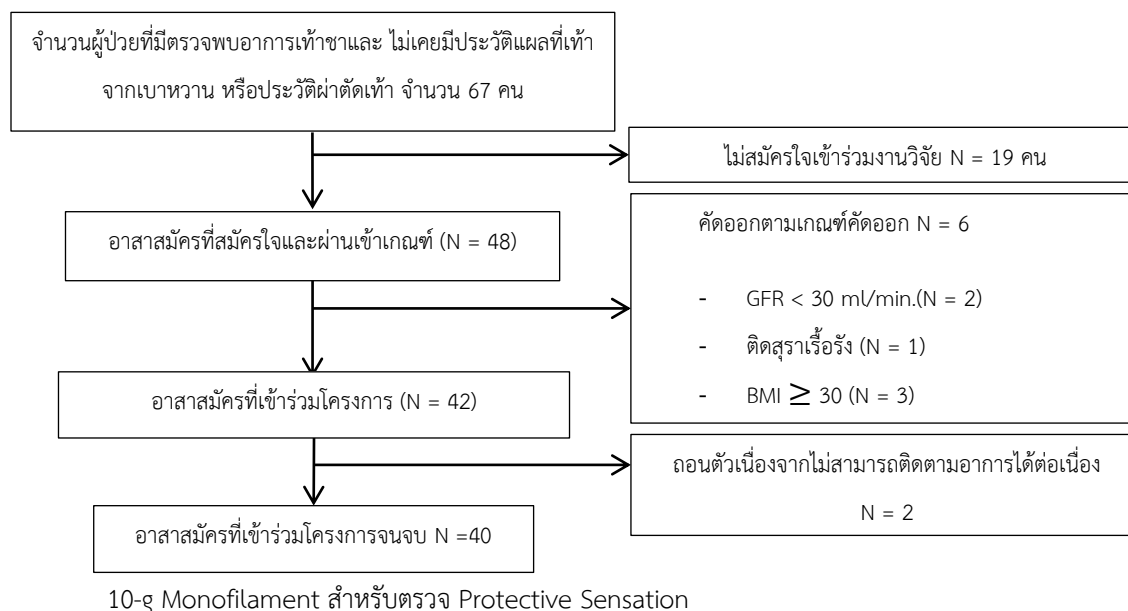
เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

ผู้ที่มีค่าการทำงานของไต (eGFR) น้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อนาที โดยภาวะไตวายเรื้อรังในระยะที่ 4 ขึ้นไปอาจทำให้เกิดอาการชาของปลายประสาทได้ ผู้ป่วยที่ตรวจพบขนาดเม็ดเลือดแดงเป็น Megaloblastic anemia ($MCV > 110$ fl) ใช้เคมีบำบัดหรือมีประวัติเคยใช้เคมีบำบัด BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 30 มีโรคหรือความผิดปกติที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวตามโครงการ เช่น โรคจิต ติดสุรา ติดสารเสพติด ผู้ป่วยอาจไม่สามารถให้ความร่วมมือในการติดตามอาการได้ ก่อนเข้าร่วมงานวิจัยผู้ป่วยมีความผิดปกติของรูปเท้า สิวหนังปลายเท้าคล้ำ ไม่มีขน มีแผลที่เท้า มีหูดหรือตาปลา ค่า ABI ไม่อยู่ใน

เกณฑ์ 0.9 ถึง 1.2 ปฏิเสธไม่เข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมโครงการของอาสาสมัคร (Withdrawal criteria) คือ ผู้ป่วยขอถอนตัวระหว่างเข้าร่วมวิจัย ระหว่างทำการวิจัยผู้ป่วยมีแผลที่เท้า หรือมีอาการปวดขา ร่วมกับ บวม ABI ต่ำกว่า 0.9 ซึ่งเป็นบ่งชี้ได้ว่าอาจเกิดความผิดปกติในการทำงานของหลอดเลือดแดง

จำนวนอาสาสมัครที่ได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย



การวิเคราะห์ข้อมูล

รูปแบบวิธีการวิจัย Non-randomized controlled quasi experimental study วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 24 สถิติที่ใช้ การวัดข้อมูลทั่วไปเป็นร้อยละ การวัดจำนวนจุดขาแปลผลเป็นคะแนนตามจำนวนตำแหน่งตรวจเท้าทั้ง 2 ข้าง รวม 8 จุด เปรียบเทียบก่อนเริ่มการนัดเท้าและหลังเข้าร่วมการวิจัยในสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 วิเคราะห์โดย Repeat Measure ANOVA

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้ มีอาสาสมัครทั้งสิ้น 40 คน 2 ใน 3 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 63 ± 1.30 ปี อายุน้อยที่สุด 52 ปี อายุมากที่สุด 79 ปี มีดัชนีมวลกายปกติร้อยละ 50 และมีดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานร้อยละ 50 พบว่ามีอาสาสมัครสูบบุหรี่ร้อยละ 10 อาสาสมัครทุกคนมีค่าความดัน Systolic ก่อนเข้าร่วมโครงการ มีระดับความดันอยู่ในเกณฑ์ปกติทุกคน อาสาสมัคร มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 80 โรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 87.5 มีผู้ที่มีการรับประทานน้ำตาลสะสมมากกว่า 7.5 จำนวน 2 คน ระยะเวลาการเป็นเบาหวานเฉลี่ยอยู่ที่ 9.13 ± 5.58 ปี โดยอาสาสมัครส่วนใหญ่มีระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวานอยู่ระหว่าง 1 ถึง 10 ปี ร้อยละ 60 ระยะเวลาป่วยเป็นเบาหวานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 40

ระยะเวลาผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานน้อยสุดอยู่ที่ 1 ปี และมากที่สุด 25 ปี อาสาสมัครไม่เคยได้รับการนัดหมายเพื่อลดอาการเท้าชามาก่อน ค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารเฉลี่ยปัจจุบันของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ที่ 148 ± 25.95 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารของอาสาสมัครสูงสุดอยู่ที่ 207 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และต่ำที่สุดอยู่ที่ 99 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ยอยู่ที่ 7 ± 0.71 เปอร์เซ็นต์ โดยมีระดับน้ำตาลสะสมสูงสุดอยู่ที่ 8 เปอร์เซ็นต์ และต่ำสุดอยู่ที่ 6 เปอร์เซ็นต์ ระยะเวลาของอาการเท้าชาในอาสาสมัครเฉลี่ยอยู่ที่ 2 ± 3.29 ปี โดยระยะเวลามีอาการเท้าชาต่ำสุดอยู่ที่ 1 ปี และสูงสุดอยู่ที่ 15 ปี (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 40)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	13	32.5
หญิง	27	67.5
อายุ		
น้อยกว่า 60 ปี	9	22.5
เท่ากับหรือมากกว่า 60 ปี	31	77.5
Mean = 64.40 ปี, SD = 6.812 ปี, Min = 48 ปี, Max = 78 ปี		
ดัชนีมวลกาย		
น้อยกว่า 18.5	0	0
18.5-22.9	20	50
มากกว่า 22.9	20	50
ความดัน systolic ก่อนเข้าร่วมโครงการ		
น้อยกว่า 120 mmHg	12	30
เท่ากับหรือมากกว่า 120 mmHg	28	70
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน		
น้อยกว่า 10 ปี	24	60
เท่ากับหรือมากกว่า 10 ปี	16	40
Mean = 9.13 ปี, SD = 5.58 ปี, Min = 1 ปี, Max = 25 ปี		
โรคร่วม		
ไม่มีโรคร่วม	4	10
ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ความดันโลหิตสูง	32	80
ไขมันในเลือดสูง	35	87.5

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 40) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่มีอาการแพ้		
1 ถึง 10 ปี	24	60
มากกว่า 10 ปี	16	40
1 ถึง 10 ปี	24	60
Mean = 2.88 ปี, SD = 3.299 ปี, Min = 1 ปี, Max = 15 ปี		

อาการแพ้จากการทดสอบตำแหน่งที่ฝ่าเท้า (Protective Sensation) เฉลี่ยของอาสาสมัครก่อนได้รับการนวดแผนไทยอยู่ที่ 4.33 ± 1.96 จุด โดยมีอาสาสมัครที่ไม่สามารถรับรู้การกระตุ้นที่เท้าน้อยสุดอยู่ที่ 2 จุด และมากที่สุดอยู่ที่ 8 จุด (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยจำนวนจุดขาที่ฝ่าเท้าก่อนและหลังให้การนวดแผนไทย(n = 40)

จำนวนจุดเท้า	Mean	S.D.
ก่อนนวด	4.33	1.92
นวด 2 สัปดาห์	2.10	2.13
นวด 4 สัปดาห์	1.08	1.62

ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่าง 1 กลุ่มวัดซ้ำ ใช้สถิติ Repeated Measure ANOVA โดยก่อนวิเคราะห์ได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ Repeated Measure ANOVA ได้แก่กลุ่มตัวอย่างมีการแจกแจงปกติ ความแปรปรวน (Homogeneity of Variances) ของประชากรในแต่ละกลุ่มของตัวแปรตามมีค่าเท่ากัน ข้อมูลที่ทำการทดสอบ คะแนนจำนวนจุดขา (Loss of Protective Sensation) ในการวัดซ้ำแต่ละครั้งมีความสัมพันธ์กัน ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ และผลการทดสอบความแปรปรวนของคะแนนจำนวนจุดขาในการวัดซ้ำแต่ละครั้งเป็น Compound Symmetry ในการอ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูล จึงใช้ค่าของ Sphericity Assumed

ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยจำนวนจุดขาที่ฝ่าเท้าก่อนได้รับการนวดเท้าแผนไทย หลังจากได้รับการนวดเท้าแผนไทย 2 สัปดาห์ และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการนวดจนครบ 4 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ (F = 106.50, df = 2, p-value < 0.001) (ตารางที่ 3)

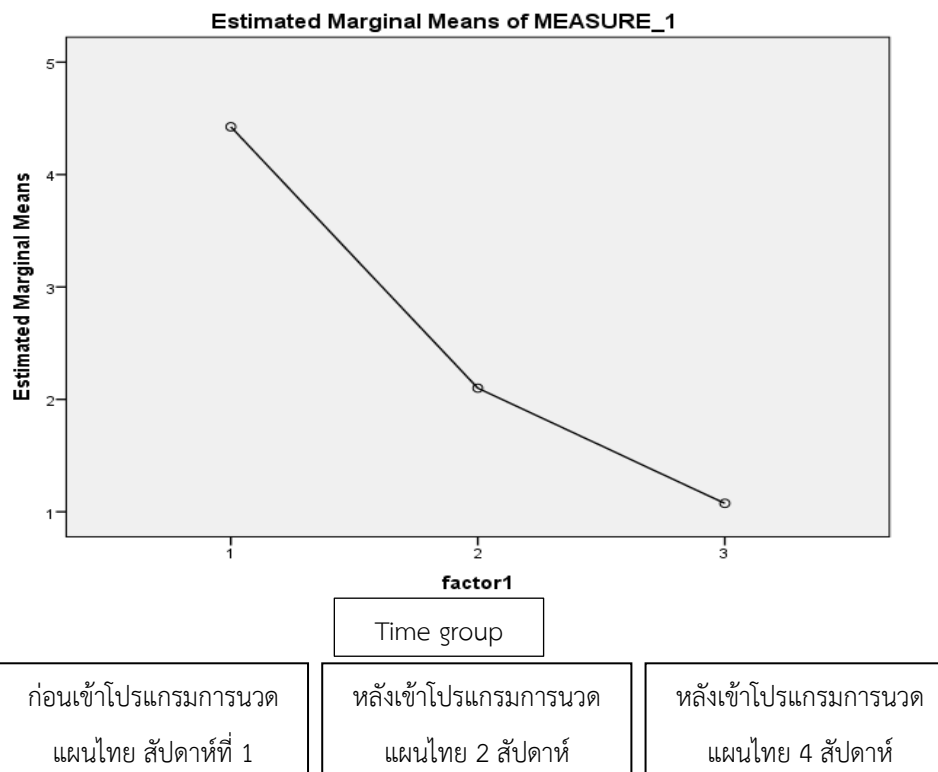
ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ในการนวดแต่ละระยะ

แหล่งความแปรปรวนภายในกลุ่ม	SS	Df	MS	F	p-value
ช่วงเวลา	222.52	2	111.258	106.50*	<.001
ความคลาดเคลื่อน	81.48	78	1.05		

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของจำนวนจุดเท้าชาในคนไข้เบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนเข้าร่วมงานวิจัย และหลังเข้าร่วมงานวิจัย พบว่าคะแนนจำนวนจุดชาเท้าเฉลี่ยของอาสาสมัครก่อนได้รับการนัดแผนไทยอยู่ที่ 4.33 ± 2.04 จุด โดยมีอาสาสมัครที่ไม่สามารถรับรู้การกระตุ้นที่เท้าน้อยสุดอยู่ที่ 2 จุด และมากที่สุดอยู่ที่ 8 จุด จากการวิจัยพบว่าหลังจากการนัดแผนไทย ครั้งละ 20 นาที จำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ และตรวจจุดรับรู้ความรู้สึกที่เท้า (Protective Sensation) หลังนัดไปแล้ว 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ พบว่าจำนวนจุดที่ขาที่เท้ามีจำนวนลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อนได้รับการนัด และพบว่าเมื่อนัดเท้าแผนไทยต่อเนื่องและเปรียบเทียบจำนวนจุดชาที่ฝ่าเท้า พบว่า ที่ระยะหลังได้รับการนัดไปแล้ว 4 สัปดาห์ มีจำนวนจุดชาที่เท้าลดลงเมื่อเทียบกับระยะ 2 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$) (ตารางที่ 4, แผนภาพที่ 1)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยจำนวนจุดชาที่ฝ่าเท้าของอาสาสมัครก่อนเข้าร่วมโปรแกรมนัดเท้าแผนไทย
หมายเหตุ: ขณะเข้าร่วมโปรแกรมนัดเท้าแผนไทยที่ 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ (Based on estimated marginal means *The mean difference is significant at 0.05 level b. Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni)

จำนวนจุด ชาที่เท้า	เปรียบเทียบ	Median Difference	Std. Error	p-value	95%confidence interval for difference ^b	
					Lower Bound	Upper Bound
ไม่ได้นัด	นัดสัปดาห์ที่ 2	2.275*	0.237	<0.001	1.681	2.869
	นัดสัปดาห์ที่ 4	3.250*	0.258	<0.001	2.606	3.894
นัด 2 สัปดาห์	ไม่ได้นัด	-2.275*	0.237	<0.001	-2.869	-1.681
	นัดสัปดาห์ที่ 4	0.975*	0.184	<0.001	0.514	1.436
นัด 4 สัปดาห์	ไม่ได้นัด	-3.250*	0.258	<0.001	-3.894	-2.606
	นัดสัปดาห์ที่ 2	0.975*	0.184	<0.001	1.436	-0.514



แผนภาพที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนจุดชาที่ฝ่าเท้าของอาสาสมัครก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการนวดเท้าแผนไทยหลังเข้ารับการนวดเท้าแผนไทยไปแล้ว 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัยการนวดเท้าแผนไทยด้วยแพทย์แผนไทยเพื่อลดอาการเท้าชาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอาสาสมัครที่มารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองชลบุรี พบว่าหลังจากให้การนวดเท้าแผนไทยแก่อาสาสมัครพบว่าอาสาสมัครส่วนใหญ่มีอาการเท้าชาลดลง เมื่อเทียบจากจำนวนจุดชาเท้าก่อนได้รับการนวดซึ่งเห็นผลแตกต่างได้อย่างมีนัยสำคัญตั้งแต่หลังนวดไปแล้ว 2 สัปดาห์ และเมื่อเปรียบเทียบระยะที่ได้รับการนวด 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์พบว่าจำนวนจุดชาที่เท้าจากการทดสอบด้วยวิธี 10-g Monofilament มีจำนวนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องไปกับงานวิจัยของสิริมา (Silpi, 2015) ที่ทำการเปรียบเทียบการนวดเท้าด้วยตนเองด้วยฝ่ามือก่อนและหลัง พบว่าอาการเท้าชาลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องไปกับงานวิจัยของสมลักษณ์ (Nuchan & Rattanthongkom, 2008) เปรียบเทียบในอาสาสมัครที่ได้มาจากการสุ่มเฉพาะเจาะจงจำนวน 24 คน วัดผลอาการเท้าชาที่ หลังจากการนวด 4 ครั้ง และ 8 ครั้ง พบว่าอาการเท้าชาลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.001$)

งานวิจัยนี้ไม่พบอาสาสมัครมีผลที่เท้าหลังจากได้รับการนวดคิดเป็นร้อยละ 0 ของจำนวนอาสาสมัครทั้งหมด จากการวิจัยคนงานผู้ป่วยที่พบภาวะแทรกซ้อนหลังจากการนวด โดยผู้ป่วยมีโรคร่วมอื่นๆ เช่น โรคไตวายเรื้อรัง (Sharma, Joseph & Kirton, 2018) ภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ มีผลที่เท้าหรือเกิดจากได้รับการนวดจากผู้ที่ไม่มีความรู้ ทําให้ใช้แรงนวดมากเกินไปจนทําให้เกิดอาการบาดเจ็บตามมา (Cho et al., 2019) หรือเกิดจากผู้ป่วยนวดชาด้วยตนเองเกิดเส้นประสาทที่ขาส่วนปลายผิดปกติ (Yumin et al., 2017) ในงานวิจัยนี้มีเกณฑ์คัดออกเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ที่เกิดจากผู้ป่วยและให้การนัดโดยแพทย์แผนไทยและมีประสบการณ์การนัดไม่ต่ำกว่า 10 ปี งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดในการกำหนดคุณสมบัติของอาสาสมัครค่อนข้างมาก การเข้าร่วมโปรแกรมวิจัย ทำให้การสุ่มอาสาสมัครจำเป็นต้องใช้การสุ่มแบบเจาะจง และการประเมินตรวจเท้าถูกประเมินขณะปิดตาโดยพยาบาลประจำคลินิกโรคเรื้อรัง นอกจากนั้นการวัดอาการเท้าชา ด้วยวิธี 10-g Monofilament แผลผลออกมาเป็นคะแนนเท้าชา ตามจำนวนจุดชาเป็นการสอบถามอาการโดยตรงจากอาสาสมัคร ซึ่งอาจมีความคลาดเคลื่อนได้สูง ซึ่งหากต้องการวัดว่าการอาการเท้าชาลดลงได้จริง อาจต้องใช้เครื่องมือในการวัดการนำของเส้นประสาทซึ่งงานวิจัยนี้มีข้อจำกัดในด้านอุปกรณ์และงบประมาณ

จากผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการนัดเท้าแผนไทยเพื่อลดอาการชาในคนไข้สามารถลดอาการเท้าชา ช่วยเพิ่มการรับรู้การสัมผัสที่ฝ่าเท้าซึ่งเป็นผลดีต่อคนไข้เบาหวานได้ในระยะสั้น อาจแนะนำให้ใช้วิธีนัดเท้าแผนไทยเพื่อการรักษาได้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีข้อห้ามในการนัดเช่นโรคไตวายเรื้อรัง ภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ แผลที่เท้า เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป เนื่องจากการวัดผลจากการนัดเท้าแผนไทยเพื่อลดอาการเท้าชาขึ้นเป็นการวัดผลระยะสั้น ทำให้ไม่สามารถประเมินผลระยะยาวหลังได้รับการนัดเท้าแผนไทย หรือผลของการปรับลดจำนวนครั้ง การนัดต่อสัปดาห์ หรือ ผลของการดำเนินการนัดเท้าแผนไทยต่อเนื่อง และโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์หากใช้การนัดเพื่อการรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน

กิตติกรรมประกาศ

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้ดำเนินการวิจัยต้องขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงโสริยา วงศ์วิไล ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองชลบุรีที่อนุญาตให้มีการดำเนินการวิจัยนี้ คุณสุจิตรา สมวาทสรณ์ แพทย์แผนไทยชำนาญการ และเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยเรื้อรัง ประจำศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองชลบุรีทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวก และช่วยให้การวิจัยนี้ ดำเนินไปได้อย่างราบรื่น

References

- Hfocus, (2019). Diabetes Association of Thailand under The Patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn (DMTHAI). Retrieved from <https://www.hfocus.org/content/2019/11/18054>
- Department of Disease Control. Ministry of Public Health. (2019). Division of Non-Communicable Disease. Retrieved from <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-dbetail.php?id=13684&tid=32&gid=1-020> (In Thai)
- Chamberlain, C., Rhinehart, A., Shaefer, C. & Neuman, A. (2016). Diagnosis and Management of Diabetes: Synopsis of the 2016 American Diabetes Association Standards of Medical Care in Diabetes. *Annals of Internal Medicine*. 164(8):544-552
- Dorresteijn, J., Kriegsman, D., Assendelft, W. & Valk, G. (2014). Patient Education for Preventing Diabetic Foot Ulceration. *Cochrane Database Systematic Review*. Retrieved from <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001488.pub5/full>
- Inzucchi, S., Bergenstal, R., Buse, J., Diamant, M., Ferrannini, E., Nauck, M. et al. (2012). Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Patient-Centered Approach: Position Statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care*. 35(6):1364–1379.
- Rerkasem K, Mangkalaprik A, Sritara P, Koschunhanan N, Pornminthikun A, Sony K. et al. (2016). Burden and Care System in Patients with Peripheral Arterial Disease. *Research Institute for Health Sciences*. Retrieved from <http://164.115.27.97/digital/files/original/8c7fa7ff81301c187966b83e1b3cbae1.pdf> (In Thai)
- Vaillant, J., Rouland, A., Martigne, P., Braujou, R., Nissen, M., Caillat-Miosse, J. et al. (2009). Massage and Mobilization of the Feet and Ankles in Elderly Adults: Effect on Clinical Balance Performance. *Manual Therapy*. 14(6):661–664.
- Suwannakin, A. (2016). Foot Care in Patients with Diabetes Mellitus. *Department of Nursing Siriraj Hospital*. Retrieved from https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/251/sins_nursing_manual_2560_11.pdf (In Thai)
- Jun-In, N., Siripitayakun, A., Malathum, P. (2015). Foot Care Behaviors of Older Persons with Type 2 Diabetes. *Ramathibodi Nurse Journal*. 21(2):199-213. (In Thai)
- Cakici, N., Fakkel, T., Neck, J., Verhagen, A. & Coert, J. (2016). Systematic Review of Treatments for Diabetic Peripheral Neuropathy. *Diabetic Medicine*. 33(11):1466–1476

- Franklin, N., Ali, M., Robinson, A., Norkeviciute, E., & Phillips, S. (2014). Massage Therapy Restores Peripheral Vascular Function After Exertion. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 95(6):1127-1134.
- Ezzo, J., Donner, T., Nickols, D. & Cox M. (2001). Is Massage Useful in the Management of Diabetes? A Systematic Review. *Diabetes Spectrum*. 14(4):218–224.
- Hasneli, Y., & Amir, Y. (2019). Identification and Analysis of Foot Sensitivity and Blood Glucose Levels Post Apiyu Massage. *Enfermeria Clinica*. 29(1):19-22.
- Chatchawan, U., Eungpinichpong, W., Plandee, P. & Yamauchi, J. (2015) Effects of Thai Foot Massage on Balance Performance in Diabetic Patients with Peripheral Neuropathy: A Randomized Parallel - Controlled Trial. *Medical Science Monitor Basic Research*. 21:68–75.
- Phormpayak, D., Boonmee, L. & Chinkhanaphan, C. (2017) Foot Massage to Reduce Foot Neuropathy among Thai Patients with Diabetic: A Systemic Review. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 37(4); 118-129 (In Thai)
- Pingkanan, K., Khanta, S., Praroomchat, W., Nedsuwan, S., Norapiman, S. & Tantulawat, M. (2015). The Comparison of Self-Foot Massage and Normal Care in Reducing Foot Neuropathy. *Chiangrai Medical Journal*, 7(1): 53-61. (In Thai)
- Nuansat, K., Ounprasertpong Nicharojana, L. & Piaseu, N. (2015). Secondary Data Analysis Effects of Behavioral Modification Program and Foot Reflexology Integrated with Medication Use on Blood Sugar, Hemoglobin A1C and Numbness in Persons with Type 2 Diabetes Mellitus. *Kuakarun Journal of Nursing*. 22(1): 156–173. (In Thai)
- Seubsui., N., Sakulkim, S., Sommung, P., Phimsan, C., Petrucha, K. & Wimolthon, O. (2017). The Effective of Innovation Wooden Beads Reflexology to Reduce Neuropathy in the Diabetic Patients at Chorakhesamphan sub-district, U-thong district, Suphanburi Province *Advanced Science*.17(1); 87-98. (In Thai)
- Viriyavejkul, P. (2011). The Comparison of Foot Care Knowledge Program with the Foot Care Knowledge Program Combine with Coconut Shell Stepping on Foot Numbness in Patients with Type 2 Diabetes in U-Thong. *Region 4-5 Medical Journal*.30(1): 57-66. (In Thai)
- Sakulkim, S., Rojruangnon, P., Purisai, P., Vintachia, K. & Chitpirom, K. (2018). The Effect of Using Black Rose Wood Innocative Carpet to Relieve Feet Numbness in Diabetic Patients at Nong Nok Chum Health Promotion Hospital. *Disease Control Journal*. 44(3). 258-273 (In Thai)
- Lapanantasin, S., Inkeaw, W. & La-orsub, K. (2017). Appropriate Duration for Massage to Increase Peripheral Blood Flow and Skin Temperature of Foot. *Thai Journal of Physical Therapy*. 39(1):32-38. (In Thai)

- Nuchan, S. & Rattanthongkom, S. (2008). The Effect of Thai Massage and Acupuncture on Foot Numbness in Patients with Diabetic Mellitus: A Study at Pon Swang Primary Care Unit, Tambon Jorakae, Amphure Nongruea, Khon Kaen Province. *Journal of Medical Technology and Physical Therapy*. 20(2):139-147. (In Thai)
- Silpi, S. (2015). The Effect of Self Foot Massage to Numbness in the Feet to the Patients with Diabetes in Weingsra Crown Prince Hospital, Weingsra District, Suratthani. *Ganesha Journal*. 11(1):32-40. (In Thai)
- Sharma I, Joseph D & Kirton O. (2018). Traumatic Complications of Inpatient Massage Therapy. Case Report and Literature Review: Trauma Case.18: 1-4.
- Cho, J., Moon, H., Park, S., Lee, B. & Park, D. (2019). Isolated Injury to the Tibial Division of Sciatic Nerve after Self-Massage of the Gluteal Muscle with Massage Ball. *Medicine (Baltimore)*. 98(19):1-4.
- Yumin, T., SimSek, T., Sertel M, Ankaralı H & Yumin M. (2017) The Effect of Foot Plantar Massage on Balance and Functional Reach in Patients with Type II Diabetes. *Physiotherapy Theory Practice*. 33(2):115-123.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: Apr. 10, 2021

Revised: Oct. 30, 2022

Accepted: Nov. 20, 2022

Published: Dec. 18, 2022

การพัฒนารูปแบบการสอนในวิชาผดุงครรภ์สำหรับการแพทย์แผนไทยด้วยคู่มือ
การสอนความสำคัญในการจัดการความปวดเรื่องการประเมินและการจัดการ
ความปวดตามกรอบ Recognize Assess Treatment Model
(RAT Model)

Development of a Teaching Model in Midwifery for Thai Traditional
Medicine with a Manual for Teaching the Importance of Pain
Management on Pain Assessment and Management according
to the Recognize Assess Treatment Model (RAT Model)

เพลินตา อธิธินันต์

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Plernta Ethisan

Kanchanabhishek Institute of Medical and Public Health Technology,
Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือการสอนความสำคัญในการจัดการความปวดเรื่องการประเมินและการจัดการความปวดตามกรอบ Recognize Assess Treatment Model (RAT Model) กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาหลักสูตรแพทย์แผนไทยบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 จำนวน 32 คน และอาจารย์ผู้สอน จำนวน 6 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแนวคำถามการสนทนากลุ่มและแบบสอบถาม ผลการศึกษา 1) จากผลการสนทนากลุ่ม พบว่ากลุ่มตัวอย่างต้องการให้มีการจัดการเรียนการสอนด้านการประเมินและการจัดการความปวดตามกรอบ RAT Model และคู่มือการสอนนี้จะมีประโยชน์ต่อการทำงานในอนาคตของนักศึกษา 2) ความรู้ก่อนการใช้รูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 12.84 ± 2.14 และหลังการใช้รูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือ มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 16.78 ± 1.95 โดยนักศึกษามีความรู้หลังได้รับรูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือสูงกว่าก่อนการได้รับรูปแบบการสอนโดยใช้คู่มืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) 3) ผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการสอนในภาพรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.24 \pm 0.52$) ผลการประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือ มีค่า E1/E2 เท่ากับ 80.00/82.00 และค่าดัชนีประสิทธิผล (Effectiveness Index : E.I.) มีค่าเท่ากับ 0.55 ดังนั้น รูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือที่พัฒนาขึ้นนี้ ควรนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนด้านประเมินและจัดการความปวดในวิชาผดุงครรภ์สำหรับแพทย์แผนไทย

คำสำคัญ : รูปแบบการสอน, คู่มือการประเมินและการจัดการความปวด, กรอบ RAT Model

Corresponding author: เพลินตา อธิธินันต์ E-mail: plearntajoy@gmail.com

Original article

Abstract

Received: Apr. 10,2021

Revised: Oct. 30,2022

Accepted: Nov. 20,2022

Published: Dec. 18, 2022

This research and development aims to develop a teaching model using a manual for teaching the importance of pain management. Sample groups were 32 students in the second year of Thai Traditional Medicine program and 6 instructors. The tools used were group discussion questions and questionnaires.

Results 1) From the group discussion, it was found that the participants wanted to have instruction in assessment and pain management according to the framework of Recognize Assess Treatment Model (RAT Model), and this teaching manual would be useful for students' future work. 2) Knowledge before using the teaching style using the manual had a mean of 12.84 ± 2.14 and after using the manual teaching model the mean was 16.78 ± 1.95 . The students had a significantly higher mean score of knowledge with p-value <0.05 than before manual teaching style. 3) It was also found that the satisfaction assessment of the teaching style in all aspects were at a higher level ($\bar{x} = 4.24 \pm 0.52$). The results of the study reveal that, the effectiveness of the teaching style by using the manual had E1/E2 values of 80.00/82.00 and Effectiveness Index (E.I.) was equal to 0.55, so the teaching style using this developed manual should be used for teaching the assessment and pain management in Midwifery for Thai Traditional Medicine.

Keywords: Teaching model, Manual of pain assessment and management, RAT Model

Corresponding author: Plernta Ethisan E-mail: plearntajoy@gmail.com

บทนำ

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก ได้จัดการเรียนการสอนหลักสูตรแพทย์แผนไทยบัณฑิต สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย โดยได้จัดการเรียนการสอนวิชาผดุงครรภ์สำหรับแพทย์แผนไทย 1 เกี่ยวกับแนวคิดและหลักการของผดุงครรภ์ไทย บทบาท จรรยาบรรณ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง การปฏิบัติ การตั้งครรภ์ สรีรวิทยาของการตั้งครรภ์ กลไกการคลอด การปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือการคลอด การส่งเสริมมารดาและทารกในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดในครรภ์ปกติ การคลอดที่ผิดปกติ ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ ตลอดจนแนวทางส่งต่อ (Kanchanabhishek Institute of Medical and Public Health Technology, 2018) แต่ยังไม่เคยจัดการเรียนการสอนด้านการประเมินและการจัดการความปวดในมารดาที่มีอาการเจ็บครรภ์ เจ็บปวดระหว่างรอคลอด เจ็บปวดระยะคลอดและหลังคลอด ตามกรอบ Recognize Assess Treatment Model (RAT Model) ซึ่งเป็นองค์ความรู้ใหม่ด้านการจัดการความปวด และสามารถใช้เป็นแนวทางการพัฒนาด้านการให้บริการ ดูแลสุขภาพ และการจัดการเรียนการสอนด้านความปวดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยหญิงที่มาคลอดในสถานบริการสุขภาพต้องเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด อาจสร้างความกลัวและความทุกข์ทรมาน และส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการดูแลความเจ็บปวดของหญิงที่มาคลอด เพราะขาดการประเมินความปวด และวิเคราะห์การจัดการความปวดอย่างเป็นระบบ ตามกรอบ RAT Model และอาจส่งผลทำให้ผู้ให้บริการไม่ได้ให้ความสำคัญในแก้ไขความเจ็บปวดในระยะรอคลอด คลอด และหลังคลอดให้บรรเทาตามมาตรฐานการดูแลของวิชาชีพ หากนักศึกษาหลักสูตรแพทย์แผนไทยบัณฑิต มีความรู้ ความเข้าใจในการประเมินและจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยา ได้แก่ การนวด การกดจุด การเบี่ยงเบนความสนใจ ด้วยการจินตนาการ นั่งสมาธิ หรือการฟังเพลง อาจช่วยยับยั้งการส่งพลังประสาทความเจ็บปวดไปยังสมองได้ ส่งผลให้การรับรู้ความเจ็บปวดน้อยลงหรือไม่มี แต่ในทางตรงกันข้าม ความเบื่อ ความจำเจ (monotony) จะทำให้มีการรับรู้ความเจ็บปวดมากขึ้น (Basbaum Al, 1999; Jaruwatcharapanichkul, A., 2011; Worawong, D, 2011; Eungapithum, N, 2012; Prasertsri, N, 2014)

การประเมินและการจัดการความปวดโดยใช้กรอบแนวคิดRAT model (Praboromarajchanok Institute, 2016; Jones, 2015) เป็นวิธีการพื้นฐานที่ใช้ในการศึกษาความปวด ประกอบด้วย R คือ ความตระหนัก (Recognize) ถึงการรับรู้ความปวดของผู้ป่วย A คือ การประเมิน (Assess) ความปวด และ T คือ การรักษา (Treat) โดยเอกสารประกอบการสอนด้านการประเมินและจัดการความปวดไม่มีให้นักศึกษาไว้ใช้ประกอบการศึกษาและค้นคว้า ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการพัฒนารูปแบบการสอนวิชาผดุงครรภ์สำหรับแพทย์แผนไทย1 โดยใช้คู่มือการสอนความสำคัญในการจัดการความปวด เรื่องการประเมินและการจัดการความปวด ตามกรอบ RAT Model เพื่อให้การจัดการเรียนการสอนวิชาผดุงครรภ์สำหรับแพทย์แผนไทย 1 มีความครอบคลุมในการให้บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยรูปแบบการสอนนี้ส่งผลต่ออาจารย์ผู้สอนในด้านการจัดการเรียนการสอนที่ทำให้นักศึกษาได้เรียนรู้และเข้าใจในองค์ความรู้เชิงวิทยาศาสตร์ตระหนักถึงสภาพความเจ็บปวดสามารถประเมินความเจ็บปวดว่าอยู่ในระดับใด และการให้รักษาโดยไม่ใช้ยาตามบทบาทหน้าที่ที่นักศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้จริง ตลอดจนทำให้หญิงตั้งครรภ์ในระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอดได้รับการดูแลและให้บริการด้านการจัดการความปวดได้ดียิ่งขึ้น

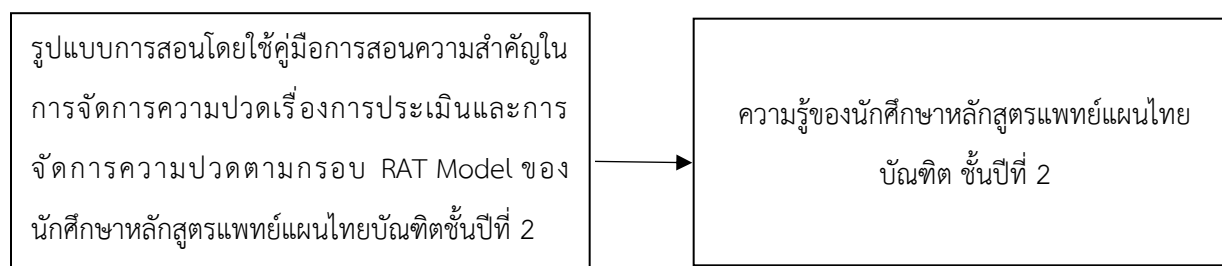
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาและความต้องการรูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือการสอนความสำคัญในการจัดการความปวด เรื่องการประเมินและการจัดการความปวด ตามกรอบ RAT Model สำหรับนักศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือการสอนความสำคัญในการจัดการความปวด เรื่องการประเมินและการจัดการความปวด ตามกรอบ RAT Model สำหรับนักศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต ชั้นปีที่ 2
3. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือการสอนความสำคัญในการจัดการความปวด เรื่องการประเมินและการจัดการความปวด ตามกรอบ RAT Model
4. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้เรื่องการประเมินและการจัดการความปวด ตามกรอบ RAT Model ของนักศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 ระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือ
5. เพื่อประเมินระดับความพึงพอใจของนักศึกษาต่อรูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือการสอนความสำคัญในการจัดการความปวด เรื่องการประเมินและการจัดการความปวด ตามกรอบ RAT Model

สมมุติฐานการวิจัย

ความรู้เรื่องการประเมินและการจัดการความปวด ตามกรอบ RAT Model ของนักศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิตชั้นปีที่ 2 หลังได้รับรูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือ สูงกว่าก่อนได้รับรูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่องการพัฒนาการสอนในวิชา ผดุงครรภ์สำหรับการแพทย์แผนไทย ด้วยคู่มือการสอนความสำคัญในการจัดการความปวดเรื่องการประเมินและการจัดการความปวดตามกรอบ Recognize Assess Treatment Model (RAT Model)

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีรูปแบบการศึกษาแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development หรือ R & D) โดยใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวที่มีการทดสอบความรู้การประเมินและการจัดการความปวดตามกรอบ RAT Model ก่อน-หลัง (One-group pretest- posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัย เป็นนักศึกษาหลักสูตรแพทยแผนไทยบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2562 จำนวน 32 คน นักศึกษาหลักสูตรแพทยแผนไทยบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2563 จำนวน 32 คน อาจารย์ผู้สอนรายวิชา จำนวน 6 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 ประเภท

2.1 กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการสนทนากลุ่มเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความต้องการรูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือ ประกอบด้วยกลุ่มนักศึกษา หลักสูตรแพทยแผนไทยบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 จำนวน 32 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่มีผลการเรียนระดับต่ำ จำนวน 11 คน 2) กลุ่มที่มีผลการเรียนระดับปานกลาง จำนวน 11 คน 3) กลุ่มที่มีผลการเรียนระดับดี จำนวน 10 คน และกลุ่มอาจารย์ผู้สอน มีจำนวน 1 กลุ่มละ 6 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการหาประสิทธิภาพของรูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือ ได้แก่ นักศึกษา หลักสูตรแพทยแผนไทยบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 จำนวน 32 คน ซึ่งเป็นประชากร

2.3 กลุ่มตัวอย่างทดลองในขั้นตอนการนำรูปแบบการสอน โดยการใช้คู่มือและประเมินผลรูปแบบการสอน ได้แก่ นักศึกษาหลักสูตรแพทยแผนไทยบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 จำนวน 32 คน ซึ่งเป็นประชากร

เครื่องมือในการวิจัย

1. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหาและความต้องการรูปแบบการสอนด้วยคู่มือการสอนความสำคัญในการจัดการความปวด เรื่อง การประเมินและการจัดการความปวดตามกรอบ RAT Model มีประเด็นคำถาม จำนวน 4 ข้อ ดังต่อไปนี้

1.1 ท่านคิดว่ารูปแบบการจัดการเรียนการสอนวิชามดุงควรจัดสำหรับการแพทย์แผนไทย 1 เดิมเป็นอย่างไร

1.2 ท่านคิดว่าการจัดการเรียนการสอนวิชามดุงควรจัดสำหรับการแพทย์แผนไทย 1 ที่ผ่านมามีปัญหาอะไรบ้าง

1.3 ท่านคิดว่าควรมีการจัดการเรียนการสอนด้านการจัดการความปวดและการประเมินความปวดสำหรับหญิงตั้งครรภ์ในระยะรอคลอด คลอด และหลังคลอดสำหรับการแพทย์แผนไทย 1 หรือไม่ และการสอนรูปแบบใดที่ส่งผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนได้มากที่สุด

1.4 ท่านคิดว่าคู่มือการสอนด้านการจัดการความปวดและประเมินความปวดตามกรอบ Rat Model จะมีประโยชน์ในการจัดการเรียนการสอนหรือไม่อย่างไร

โดยรวบรวมข้อมูลที่ได้มาจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

2. รูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือ มี 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ขั้นการออกแบบการสอนโดยใช้คู่มือ 2) การเตรียมความพร้อมก่อนสอน ได้แก่ การจัดทำแผนการสอน แบบฝึกหัดที่เป็นกรณีศึกษาเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอด จำนวน 2 กรณีศึกษา ใบงานรายบุคคลเพื่อทดสอบเกี่ยวกับกรณีศึกษาหลังคลอด จำนวน 1 กรณีศึกษา และแบบทดสอบความรู้ ก่อน-หลังเรียนเป็นข้อสอบปรนัย จำนวน 20 ข้อ 3) ขั้นจัดกิจกรรมการเรียนการสอน โดยการบรรยายและฝึก

ปฏิบัติวิเคราะห์กรณีศึกษาเรื่องการประเมินและจัดการความปวดตามกรอบ RAT Model และ 4) ขึ้นวัดผลประเมินผลให้นักศึกษาทำใบทดสอบที่เป็นใบงานวิเคราะห์กรณีศึกษา ใบทดสอบความรู้ก่อน-หลังเรียน

3. แบบประเมินคุณภาพรูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือ เป็นคำถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย

3.1 คู่มือการสอน จำนวน 4 ข้อ

3.2 แผนการสอนและแบบทดสอบ จำนวน 4 ข้อ

3.3 เนื้อหาและใบมอบหมายงานของบทเรียน จำนวน 2 ข้อ

โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

5 คะแนน หมายถึง รูปแบบการสอนมีคุณภาพมากที่สุด

4 คะแนน หมายถึง รูปแบบการสอนมีคุณภาพมาก

3 คะแนน หมายถึง รูปแบบการสอนมีคุณภาพปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง รูปแบบการสอนมีคุณภาพน้อย

1 คะแนน หมายถึง รูปแบบการสอนมีคุณภาพน้อยที่สุด

4. แบบทดสอบความรู้ก่อน-หลังการสอนโดยใช้คู่มือและใบงานระหว่างเรียน โดยใบงานระหว่างเรียนเป็นแบบฝึกหัดที่เป็นกรณีศึกษาเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอด จำนวน 2 กรณีศึกษา ใบงานรายบุคคลเพื่อทดสอบเกี่ยวกับกรณีศึกษาหลังคลอด จำนวน 1 กรณีศึกษา ส่วนแบบทดสอบความรู้ เป็นคำถามปลายปิด จำนวน 20 ข้อ แบบทดสอบดังกล่าวจะใช้ทดสอบความรู้ ความสามารถในการประเมินความปวด และการจัดการความปวดของผู้เรียน 3 เรื่องดังนี้

1. บทนำ ได้แก่ ทำไมต้องจัดการความปวด ความหมายของความปวด ประเภทของความปวด ทฤษฎีประตูกวคุม กลไกการปวด มิติของความปวด จำนวน 8 ข้อ

2. กรณีศึกษาการประเมินความปวด และการจัดการความปวด ตามกรอบแนวคิด RAT Model จำนวน 8 ข้อ

3. การจัดการความปวด ได้แก่ การจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยา และการจัดการความปวดโดยการ ใช้ยา จำนวน 4 ข้อ

เกณฑ์ : ตอบถูกให้ข้อละ 1 คะแนน ถ้าตอบผิด เท่ากับ 0 คะแนน

โดยกำหนดเกณฑ์ระดับคะแนนความรู้โดยใช้ค่าพิสัย ดังนี้

$$\text{ช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{20 - 0}{3} = 6.66 = 7$$

ระดับต่ำ (0-6 คะแนน)

ระดับปานกลาง (7-13 คะแนน)

ระดับดี (14-20 คะแนน)

5. แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือการสอนความสำคัญในการจัดการ ความปวดเรื่อง การประเมินและการจัดการความปวดตามกรอบ RAT Model แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ซึ่งเป็นคำถามปลายปิด จำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการสอนด้วยคู่มือ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบมาตรา ส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด แบ่งเป็น 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ โดยประเมินในประเด็นเกี่ยวกับ

- ด้านความรู้ จำนวน 4 ข้อ
- ด้านเจตคติ จำนวน 3 ข้อ
- ด้านการออกแบบ จำนวน 3 ข้อ

โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- 5 คะแนน หมายถึง พึงพอใจต่อรูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือ มากที่สุด
- 4 คะแนน หมายถึง พึงพอใจต่อรูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือ มาก
- 3 คะแนน หมายถึง พึงพอใจต่อรูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือ ปานกลาง
- 2 คะแนน หมายถึง พึงพอใจต่อรูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือ น้อย
- 1 คะแนน หมายถึง พึงพอใจต่อรูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือ น้อยที่สุด

การแปลความหมายคะแนนจากแบบประเมินความพึงพอใจ โดยนำคะแนนของผู้ตอบแบบประเมินความพึงพอใจทั้งหมด มารวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ยโดยใช้หลักเกณฑ์การแปรค่าเฉลี่ยในการใช้ความหมายคะแนนเฉลี่ย (Kanasut, P, 1999) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับความพึงพอใจ
4.50-5.00	ความพึงพอใจมากที่สุด
3.50-4.49	ความพึงพอใจมาก
2.50-3.49	ความพึงพอใจปานกลาง
1.50-2.49	ความพึงพอใจน้อย
1.0-1.49	ความพึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบทดสอบความรู้ก่อน-หลังการสอน โดยใช้คู่มือ ได้เท่ากับ 0.79 แบบประเมินความพึงพอใจ ได้เท่ากับ 0.93 และค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 1.00 ซึ่งเป็นค่าที่เชื่อถือได้

2. การตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือ ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คนได้ลงความเห็นให้ผ่านหมด และให้ข้อเสนอแนะให้เพิ่มใบงานกรณีศึกษา และการหาค่าดัชนีประสิทธิผล (Effectiveness Index : E.I) ของหัวข้อวัดผล ประเมินผลในแผนการสอน หลังจากผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือ แผนการสอน ผู้ทรงคุณวุฒิให้ปรับแก้เนื้อหาของคู่มือ โดยให้นำ กรณีศึกษาในใบงานมาใส่ในคู่มือด้วย

3. การหาประสิทธิภาพของรูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือ ได้ดำเนินการกับนักศึกษาหลักสูตรแพทยแผนไทย ชั้นปีที่ 1 ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) กลุ่มทดสอบประสิทธิภาพแบบเดี่ยว (นักศึกษา จำนวน 3 คน) มีค่า E1/E2 เท่ากับ 63.35/61.65 เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ 60/60 2) กลุ่มทดสอบประสิทธิภาพแบบกลุ่ม (นักศึกษา จำนวน 10 คน) มีค่า E1/E2 เท่ากับ 71.33/73.33 เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ 70/70 และ 3) กลุ่มทดสอบประสิทธิภาพภาคสนาม (นักศึกษา จำนวน 32 คน) มีค่า E1/E2 เท่ากับ 81.90/83.00 เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ 80/80 โดยค่า E1/E2 ของทุกกลุ่ม มีค่าต่างกันไม่เกิน 2.5 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ ดังนั้นคู่มือที่ใช้ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้ทดลองเพื่อจัดการเรียนการสอนกับกลุ่มตัวอย่างได้ (Kitrakran, P, 2018)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างเดือนมิถุนายน-สิงหาคม 2563 ณ วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก แบ่งออกเป็น 4 ระยะ

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการและวิเคราะห์สภาพปัญหา โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านสถานการณ์ สภาพปัญหา และความต้องการพัฒนารูปแบบการสอนด้วยคู่มือ โดยใช้แบบสนทนากลุ่มที่เป็นอาจารย์ จำนวน 6 คน และ กลุ่มนักศึกษา ชั้นปีที่ 2 ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาผดุงครรภ์สำหรับแพทย์แผนไทย 1 ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2563 จำนวน 32 คน

ระยะที่ 2 ขั้นการพัฒนารูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือ ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลคะแนนระหว่างเรียน และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนจากนักศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 เพื่อหาค่ากลุ่มทดสอบประสิทธิภาพแบบเดี่ยว (จำนวน 3 คน) กลุ่มทดสอบประสิทธิภาพแบบกลุ่ม (จำนวน 10 คน) และกลุ่มทดสอบภาคสนาม (จำนวน 32 คน) และเก็บข้อมูลการตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านเนื้อหา รูปแบบการสอน และสื่อ จำนวน 3 คน

ระยะที่ 3 ขั้นการนำไปใช้ และระยะ 4 ขั้นการประเมินผล ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลของแบบทดสอบความรู้ก่อน-หลังการใช้รูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือ และแบบประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาต่อรูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือกับนักศึกษาหลักสูตรแพทย์แผนไทยบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 จำนวน 32 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ สภาพปัญหาและความต้องการรูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ส่วนการเปรียบเทียบความรู้ก่อน-หลังการสอนโดยใช้คู่มือใช้การทดสอบค่า Paired sample t-test การวิเคราะห์หาประสิทธิภาพของคู่มือ ใช้เกณฑ์ประสิทธิภาพ E1/E2 (80/80) และค่าดัชนีประสิทธิผล (Effectiveness Index : E.I.) ของการเรียนรู้ของบทเรียน (Touklang, K. & Touklang, R., 2012) และการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือใช้ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก เลขที่ KMPHT-63010015 เมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2563

ผลการวิจัย

สำหรับผลการวิจัย นำเสนอข้อมูล แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

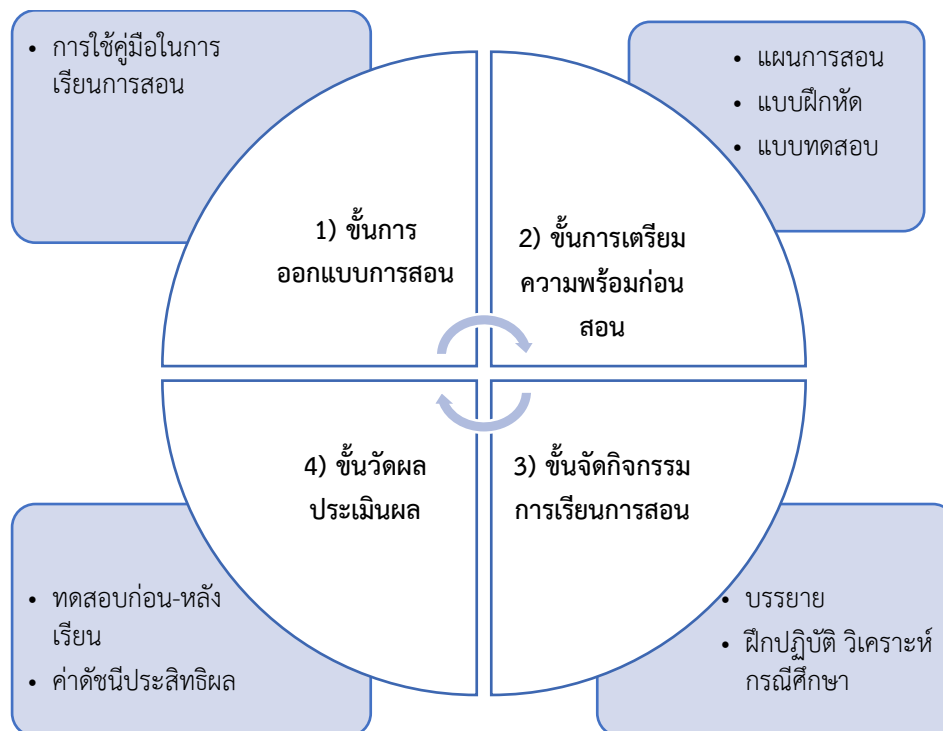
ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ

1.1 สถานการณ์ สภาพปัญหาและความต้องการรูปแบบการสอน

การจัดการเรียนการสอนวิชาผดุงครรภ์สำหรับแพทย์แผนไทย 1 รูปแบบเดิมมีเพียงการจัดการจัดการเรียนการสอนเรื่องการบรรเทาความเจ็บปวดในระหว่างการคลอด แต่ยังไม่เคยจัดการเรียนการสอนในหัวข้อการประเมินและการจัดการความเจ็บปวด ตามกรอบ RAT Model ควรให้มีการจัดการเรียนการสอนด้านการประเมินผลและการจัดการความปวด ตามกรอบ RAT Model โดยรูปแบบการสอนที่ส่งผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนได้มากที่สุด ให้ทำเป็นกรณีศึกษา (Case Study) โดยการสมมุติสถานการณ์จำลองของหญิงตั้งครรภ์ในระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ควรกำหนดไว้ในการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและฝึกปฏิบัติ โดยคู่มือการสอนนี้ จะมีประโยชน์ในการจัดการเรียนการสอนและการทำงานในอนาคต และยังสามารถใช้ศึกษาค้นคว้าได้

ระยะที่ 2 ขั้นการพัฒนา

การพัฒนาการเรียนการสอน ได้ดำเนินการพัฒนาคู่มือ จัดทำแผนการสอน เพื่อใช้ในการจัดการเรียนการสอนวิชาผดุงครรภ์สำหรับแพทย์แผนไทย 1 ซึ่งใช้ระยะเวลาในการสอนภาคทฤษฎี จำนวน 2 ชั่วโมง ภาคปฏิบัติจำนวน 2 ชั่วโมง จำนวน 5 บท เนื้อหาในบทเรียน ประกอบด้วย 1) บทนำ ได้แก่ ความสำคัญในการจัดการความปวด ความปวดคืออะไร ทำไมเราต้องจัดการความปวด และการแบ่งประเภทความปวด 2) แนวคิดทฤษฎีในการศึกษาความปวด ได้แก่ สรีรวิทยา และพยาธิวิทยาของความปวด และการเจ็บครรภ์เตือน เจ็บครรภ์จริง 3) การประเมินการปวด ได้แก่ วัตถุประสงค์การประเมินความปวด หลักการประเมิน วิธีการประเมินความปวด เครื่องมือการประเมินความปวดในแต่ละช่วงวัย และตัวอย่างแบบประเมินความปวดชนิดต่างๆ 4) การจัดการความปวด ได้แก่ การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา การจัดการความปวดโดยใช้ยา และ 5) การประเมินและการจัดการความปวดตามกรอบ RAT model ได้แก่ แนวคิดตามกรอบ RAT model กรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์เริ่มเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดช้า (Latent phase) และกรณีศึกษาผู้คลอดเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) รูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือ มี 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ขั้นการออกแบบการสอนโดยใช้คู่มือ 2) การเตรียมความพร้อมก่อนสอน ได้แก่ การจัดทำแผนการสอน แบบฝึกหัดที่เป็นกรณีศึกษาเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอด จำนวน 2 กรณีศึกษา ใบงานรายบุคคลเพื่อทดสอบเกี่ยวกับกรณีศึกษาหลังคลอด จำนวน 1 กรณีศึกษา และแบบทดสอบความรู้ ก่อน-หลังเรียนเป็นข้อสอบปรนัย จำนวน 20 ข้อ 3) ขั้นจัดกิจกรรมการเรียนการสอนโดยการบรรยาย และฝึกปฏิบัติวิเคราะห์กรณีศึกษาเรื่องการประเมินและจัดการความปวดตามกรอบ RAT Model และ 4) ขั้นวัดผลประเมินผล ให้นักศึกษาทำใบทดสอบที่เป็นใบงานวิเคราะห์กรณีศึกษา ใบทดสอบความรู้ก่อน-หลังเรียน และนำคะแนนจากการทดสอบก่อนเรียนระหว่างเรียนและหลังเรียนมาประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการสอนโดยหาค่าประสิทธิภาพ E1/E2 ค่าดัชนีประสิทธิผล และให้นักศึกษาประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือ ดังแสดงในแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือการสอนความสำคัญในการจัดการความปวด เรื่องการประเมินการจัดการความปวด ตามกรอบ RAT Model

ระยะที่ 3 ขั้นการนำไปใช้ และระยะที่ 4 ขั้นการประเมินผล

3.1 ประสิทธิภาพของรูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือ

จากตารางที่ 1 พบว่า ประสิทธิภาพค่าเฉลี่ยระหว่างเรียน $E1 = 80.00$ และประสิทธิภาพค่าเฉลี่ยหลังเรียน $E2 = 82.00$ แสดงว่ารูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือมีประสิทธิภาพ = 82.00 สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ สามารถทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้เรื่องการประเมินและการจัดการความปวด ตามกรอบ RAT Model ได้

ตารางที่ 1 คะแนนของกลุ่มตัวอย่างที่ทำแบบทดสอบระหว่างเรียน และหลังเรียน ($n=32$)

คนที่	คะแนนระหว่างเรียน	คะแนนหลังเรียน	คนที่	คะแนนระหว่างเรียน	คะแนนหลังเรียน
1	14	15	17	14	16
2	15	12	18	17	16
3	16	17	19	19	18
4	15	12	20	17	18
5	14	15	21	16	15
6	14	16	22	15	18

ตารางที่ 1 คะแนนของกลุ่มตัวอย่างที่ทำแบบทดสอบระหว่างเรียน และหลังเรียน (n=32) (ต่อ)

คนที่	คะแนนระหว่างเรียน	คะแนนหลังเรียน	คนที่	คะแนนระหว่างเรียน	คะแนนหลังเรียน
7	17	18	23	17	19
8	14	15	24	14	12
9	15	17	25	18	16
10	14	15	26	17	18
11	16	17	27	17	16
12	17	15	28	16	17
13	18	19	29	17	18
14	17	18	30	16	17
15	19	17	31	17	18
16	17	19	32	15	16
รวมคะแนน				514	525
คะแนนเฉลี่ย				16.06	16.41
คะแนนเต็ม				20	20
E1/E2				80.00	82.00

จากตารางที่ 2 นำมาหาค่าดัชนีประสิทธิผล ตามรายละเอียดดังนี้

E.I. = ผลรวมของคะแนนทดสอบหลังเรียน – ผลรวมของคะแนนทดสอบก่อนเรียน

(จำนวนนักเรียน X คะแนนเต็ม) – ผลรวมของคะแนนสอบก่อนเรียน

= $\frac{537 - 411}{(32 \times 20) - 411}$

= 0.55 ดังนั้น ค่าดัชนีประสิทธิผลของรูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือ เท่ากับ 0.55 เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ 0.5 ขึ้นไป แสดงว่ารูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือสามารถนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนในวิชาผดุงครรภ์สำหรับแพทย์แผนไทย 1 ได้

ตารางที่ 2 ดัชนีประสิทธิผลของรูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือความสำคัญการจัดการความปวด

คนที่	คะแนนก่อนเรียน	คะแนนหลังเรียน	คนที่	คะแนนก่อนเรียน	คะแนนหลังเรียน
1	13	19	17	13	16
2	14	19	18	12	20
3	13	18	19	15	19
4	14	18	20	12	17

ตารางที่ 2 ดัชนีประสิทธิผลของรูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือความสำคัญการจัดการความปวด (ต่อ)

คนที่	คะแนนก่อนเรียน	คะแนนหลังเรียน	คนที่	คะแนนก่อนเรียน	คะแนนหลังเรียน
5	10	13	21	10	14
6	14	16	22	5	13
7	13	15	23	12	18
8	10	18	24	13	18
9	14	18	25	14	15
10	13	16	26	16	16
11	12	16	27	12	16
12	13	19	28	14	18
13	13	16	29	12	17
14	14	17	30	11	18
15	13	13	31	16	20
16	16	16	32	15	15
		รวมคะแนน			411
		คะแนนเฉลี่ย			12.84
		คะแนนเต็ม			20
					537
					16.78
					20

3.2 ความรู้เรื่องการประเมินและการจัดการความปวด ตามกรอบ RAT Model

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ย จากการทำแบบทดสอบความรู้เรื่องการประเมินและการจัดการความปวดตามกรอบ RAT Model ก่อนการใช้รูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 12.84 ± 2.14 S.D และหลังการใช้รูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือ มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 16.78 ± 1.95 S.D. เมื่อเปรียบเทียบโดยใช้ค่าสถิติ Paired simple

t-test พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการประเมินและการจัดการความปวด ตามกรอบ RAT Model หลังได้รับรูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบการสอนโดยใช้คู่มืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความรู้ก่อน-หลังการใช้รูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือการสอนความสำคัญในการจัดการความปวด (n=32)

คะแนน	n	ผลแบบทดสอบความรู้ก่อน-หลัง			t	p-value
		คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)		
ก่อน	32	20	12.84	2.14	-9.81	.000*
หลัง	32	20	16.78	1.95		

*มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3.4 ความพึงพอใจของนักศึกษาต่อรูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือ

ผู้ตอบแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือ มีจำนวน 32 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 65.60 กลุ่มอายุอยู่ในช่วง 15-20 ปี สูงสุดเท่ากับร้อยละ 81.20

จากตารางที่ 4 พบว่า ระดับผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือการสอนความสำคัญในการจัดการความปวด เรื่องการประเมินและจัดการความปวดตามกรอบ RAT Model ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.24$ S.D=0.52) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความรู้ อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.34$ S.D=0.58) สูงสุดรองลงมา คือ ด้านการออกแบบ อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.21$ S.D=0.57) และด้านเจตคติ อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.18$ S.D=0.62)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือการสอนความสำคัญในการจัดการความปวด จำแนกเป็นรายด้านและภาพรวม (n=32)

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย $\bar{x}$	ความพึงพอใจ	
		ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D)	ระดับ ความพึงพอใจ
ด้านความรู้			
เพิ่มพูนทักษะและความสามารถในการจัดการความปวด	4.28	0.63	มาก
พัฒนาการคิดวิเคราะห์ทั้งด้านด้านวิชาการและทักษะชีวิต	4.34	0.65	มาก
เหมาะสม			
นำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลหญิงในระยะรอบคลอด	4.41	0.67	มาก
ระยะคลอด และหลังคลอดได้			
รวม	4.34	0.58	มาก
ด้านเจตคติ			
เกิดการเรียนรู้ในรายละเอียดเพิ่มขึ้น	4.25	0.67	มาก
ทบทวนบทเรียนได้สะดวกขึ้น	4.19	0.69	มาก
ทำให้เรียนอย่างมีความสุข	4.09	0.78	มาก
รวม	4.18	0.62	มาก
ด้านการออกแบบ			
เป็นไปตามความต้องการ/ถนัดของนักศึกษา	4.06	0.67	มาก
มีการปลูกฝังคุณธรรม/จริยธรรม	4.34	0.65	มาก
ตรงกับความต้องการและความคาดหวังของนักศึกษา	4.19	0.74	มาก
ความพึงพอใจในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้คู่มือ	4.25	0.67	มาก
รวม	4.21	0.57	มาก
ภาพรวมทุกด้าน	4.24	0.52	มาก

การอภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์ สภาพปัญหาและความต้องการรูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือ พบว่า ที่ผ่านมามีการจัดการเรียนการสอนเฉพาะเรื่องการบรรเทาความเจ็บปวดในระหว่างการคลอดเท่านั้น แต่ยังไม่เคยสอนหัวข้อการประเมินและการจัดการความเจ็บปวด ตามกรอบ RAT Model ซึ่งอาจารย์ผู้สอนและนักศึกษาทุกคน มีความต้องการให้มีพัฒนาารูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือการสอนความสำคัญในการจัดการความปวดเรื่องการประเมินและการจัดการความปวดตามกรอบ RAT Model ซึ่งจะทำให้ นักศึกษามีความรู้ และฝึกปฏิบัติตามขั้นตอนในการจัดการความปวดได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Tanglakmankhong, K et al (2012) ที่พบว่า การจัดการความปวดตามกรอบแนวคิด RAT Model ในระยะคลอด ผู้ดูแลทั้งพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ จำเป็นต้องให้ความสำคัญ และค้นหาแนวทางการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของผู้คลอดแต่ละคนจะแตกต่างกันตามประสบการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอด

2. รูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือการสอนความสำคัญในการจัดการความปวด เรื่อง การประเมินและการจัดการความปวดตามกรอบ RAT Model จะทำให้นักศึกษามีคู่มือเพื่อใช้เป็นแหล่งค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมได้ตลอดเวลา และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวดได้ และการจัดการเรียนการสอนให้เป็นกรณีศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Pongboriboon, Y (2010) ที่กล่าวไว้ว่า การศึกษาแบบกรณีศึกษา เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่แสดงผลการเรียนรู้ในกรณีนั้นๆ และมีประโยชน์ต่อการหาคำอธิบายให้แก่ข้อค้นพบของการศึกษา สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนในเชิงคุณภาพได้

3. การเปรียบเทียบระดับความรู้เรื่องการประเมินและการจัดการความปวดตามกรอบ RAT Model พบว่า นักศึกษาทำแบบทดสอบความรู้ก่อนการใช้รูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือ มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 12.84 ± 2.14 ซึ่งมีคะแนนต่ำกว่าหลังการใช้รูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือ มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 16.78 ± 1.95 อาจเกิดจากการไม่เคยได้รับการเรียนการสอนมาก่อนในบทเรียนของวิชาผดุงครรภ์สำหรับแพทย์แผนไทย 1 แต่หลังจากได้รับการเรียนการสอนและได้ใช้คู่มือเพื่อใช้ประกอบการเรียนแล้ว ทำให้คะแนนทดสอบหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากในระหว่างเรียนได้ให้นักศึกษาทำแบบฝึกหัดวิเคราะห์กรณีศึกษาและให้นำเสนอทุกคน โดยอาจารย์ผู้สอนได้ให้คำแนะนำและปรับแก้หลังจากนำเสนอกรณีศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Nadoon, W & Aphiratbunchok, S (2018) พบว่า ระดับความรู้ในการประเมินและการจัดการความปวดหลังการพัฒนาการฝึกปฏิบัติวิชาชีพการส่งเสริมสุขภาพสำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ย $=20.97 \pm 1.75$ สูงกว่าก่อนการพัฒนา ที่มีคะแนนเฉลี่ย $=13.10 \pm 1.86$ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยการประเมินและการจัดการความปวดตามกรอบแนวคิด RAT Model สามารถใช้เป็นวิธีการสอนที่ช่วยพัฒนาความรู้ของนักศึกษาในด้านการประเมินและจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ความพึงพอใจของนักศึกษาต่อรูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือ พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.24 \pm 0.52$ S.D.) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความรู้ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.34 \pm 0.58$ S.D.) และมีค่าดัชนีประสิทธิผลการเรียนรู้ของบทเรียนโดยใช้คู่มือ มีค่าเท่ากับ 0.55 แสดงให้เห็นว่า รูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือสามารถนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Khlaisri, P (2018)

พบว่า นักศึกษามีความพึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้นแล้วหลังการเรียนกับเกณฑ์การประเมินที่กำหนด โดยนักศึกษามีความพึงพอใจในภาพรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.37 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.78 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีค่าดัชนีประสิทธิผล เท่ากับ 0.61

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้

1. ควรกำหนดเป็นแผนการเรียนรู้ และนำคู่มือการสอนที่พัฒนาในครั้งนี้นำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนนิสิตคุณวุฒิและแพทย์แผนไทย 1 สำหรับนักศึกษาหลักสูตรแพทย์แผนไทยบัณฑิตชั้นปีที่ 2
2. ควรเพิ่มกรณีศึกษาการจัดการความปวดที่ไม่ใช่ยา ได้แก่ การนวด การประคบ เพื่อลดความปวดในระยะ รอคอย การกล่อมท้องในระยะคลอด และการนวดหม้อเกลือ การอาบสมุนไพรในระยะหลังคลอด โดยประยุกต์ ใช้แนวทางการประเมินและการจัดการความปวดตามกรอบ RAT Model

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษาเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในด้านการประเมินและจัดการความปวดตามกรอบ RAT Model ระหว่าง พยาบาลวิชาชีพกับแพทย์แผนไทย เพื่อให้การดำเนินงานด้านผดุงครรภ์ทั้งแผนปัจจุบันและแผนไทยได้มาตรฐาน และสามารถกำหนดลักษณะงานของแต่ละวิชาชีพได้อย่างชัดเจน และถูกต้องตามกฎหมาย

References

- Basbaum AI. (1999). Spinal mechanisms of acute and persistent pain. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 24(1): 59-67.
- Eungapithum, N., Parisunyakul, S., & Sansiriphun, N. (2012). Effect of Cold and Heat Compression on Labour Pain among Primiparous Mothers. *Nursing Journal*, 39(4): 112-124 (In Thai)
- Kanchanabhishek Institute of Medical and Public Health Technology. (2018). The Program of Bachelor of Thai Traditional Medicine. Department of Thai Traditional Medicine. Nonthaburi: Department of Thai Traditional Medicine. (In Thai)
- Kanasut, P. (1999). Statistics for Behavioral Science Research. Bangkok : Chulalongkorn University. (In Thai)
- Khlaisri, P. (2018). Development of the Instructional Model using Blended Learning and Metacognition for Faculty of Education Students in Rajabhat University in the Northeastern. (A thesis for the Degree of Doctor of Philosophy, College of Educational Sciences). Dhurakij Pundit University. (In Thai)
- Kitrakran, P. (2018). Analysis of Media Efficiency Technology. *Journal of Educational Measurement Mahasarakham University*, 7(11): 44-52. (In Thai)
- Jaruwatcharapanichkul, A. (2011). Introduction to Midwifery, Volume 1 (Pregnancy). Chiang Mai: Krong Chang Printing Co., Ltd. (In Thai)
- Jones, L.E., Whitburn, L.Y., Davey, Mary-Ann & Small, R. (2015). Assessment of Pain Associated with Childbirth: Women's Perspectives, Preferences and Solutions. *Midwifery*, 31(7): 708-712.
- Nadoon, W. & Apichutboonchock, S. (2018). Improving Knowledge, Assessment, and Skill Relate to Pain Management in Clinical Practice of Health Promotion Practicum for the 2nd Year Nursing Students. *Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong*, 2(2): 64-79. (In Thai)
- Praboromarajchanok Institute. (2016). A Guide for Teaching the Course on the Importance of Pain management on pain assessment and management according to the RAT Model framework. In Educational Division. Dr. Plernta Ethisan (Editor). Bangkok: Dan Suttha Printing. (In Thai)
- Prasertsri, N., Teeyapan, W., Charenukul, A., Jirubapa, M. (2014). Nursing Students' Knowledge and Attitudes Regarding Pain Management. *Journal of Nursing and Education*, 7(2): 111-119. (In Thai)
- Pongboriboon, Y. (2010). The Study of Case Study. *Journal of Education, Khon Kaen University*, 33(4): 42-50. (In Thai)

- Tanglakmankhon, K., Chotika, P., Ngamkham, S.& Thaewpir, S. (2016). Labor Pain Assessment and Management by Using RAT Model. *Journal of Phrapokklao Nursing College*. Year 27, additional edition: 160-169. (In Thai)
- Touklang, K & Touklang, R. (2012). Media Development in Educational Innovations to Promote Academic Studying. Bangkok: Yellow Printing. (In Thai)
- Worawong, P., Anusornkeerakul, S. & Chaisiwamongkol, W. (2011). Pain Intensity among Mothers in the First Stage of Labour after Pain Relieved with Breathing Techniques, Abdominal Effleurage and Sacrum Massage. *Journal of Nursing Science & Health*, 34 (3): 31-39. (In Thai)

ปกิณกะ

กรอบวิจัยข้อเสนอเชิงนโยบายในการสร้างเสริมสุขภาพด้วยแนวคิดสບข.โมเดล (PBRI Model) เชิงบูรณาการกับพันธกิจอุดมศึกษาสู่ชุมชนสุขภาวะ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก Conceptual Framework of Health Policy for Health Promotion with PBRI Model by Integrating with Higher Education Missions into Healthy Communities, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, ศุภกิจ เจริญสุข, พิศิษฐ์ พลชนะ, พรฤดี นิธิรัตน์, จุฬารัตน์ หัวหาญ

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Kamolrat Turner, Sujjai Charoensuk, Pisit Polthana, Pornruedee Nitirat, Chularat Howharn

Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ Non-communicable disease (NCD) เป็นโรคที่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม กลุ่มโรคนี้ประกอบไปด้วย เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง อ้วน โรคหัวใจและหลอดเลือด หลอดลมโป่งพอง มะเร็ง เป็นต้น ทั้งนี้สถานการณ์โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยพบความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 8.9 ในปี 2557 เพิ่มขึ้นร้อยละ 6.9 ในปี 2559 ส่วนความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 24.7 ในปี 2557 เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 21.4 ในปี 2552 (Division of Non-Communicable Disease, 2021) นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการตายของประชากรไทยด้วยสาเหตุจากเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด หลอดเลือดสมอง และทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง ในปี 2563 เท่ากับ 124.659 ต่อ 100,000 ประชากร เพิ่มขึ้นจาก 114.100 ต่อ 100,000 ประชากร ในปี 2559 จากสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีแนวโน้มของการเพิ่มจำนวนประชากรที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีแนวโน้มเพิ่มความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน

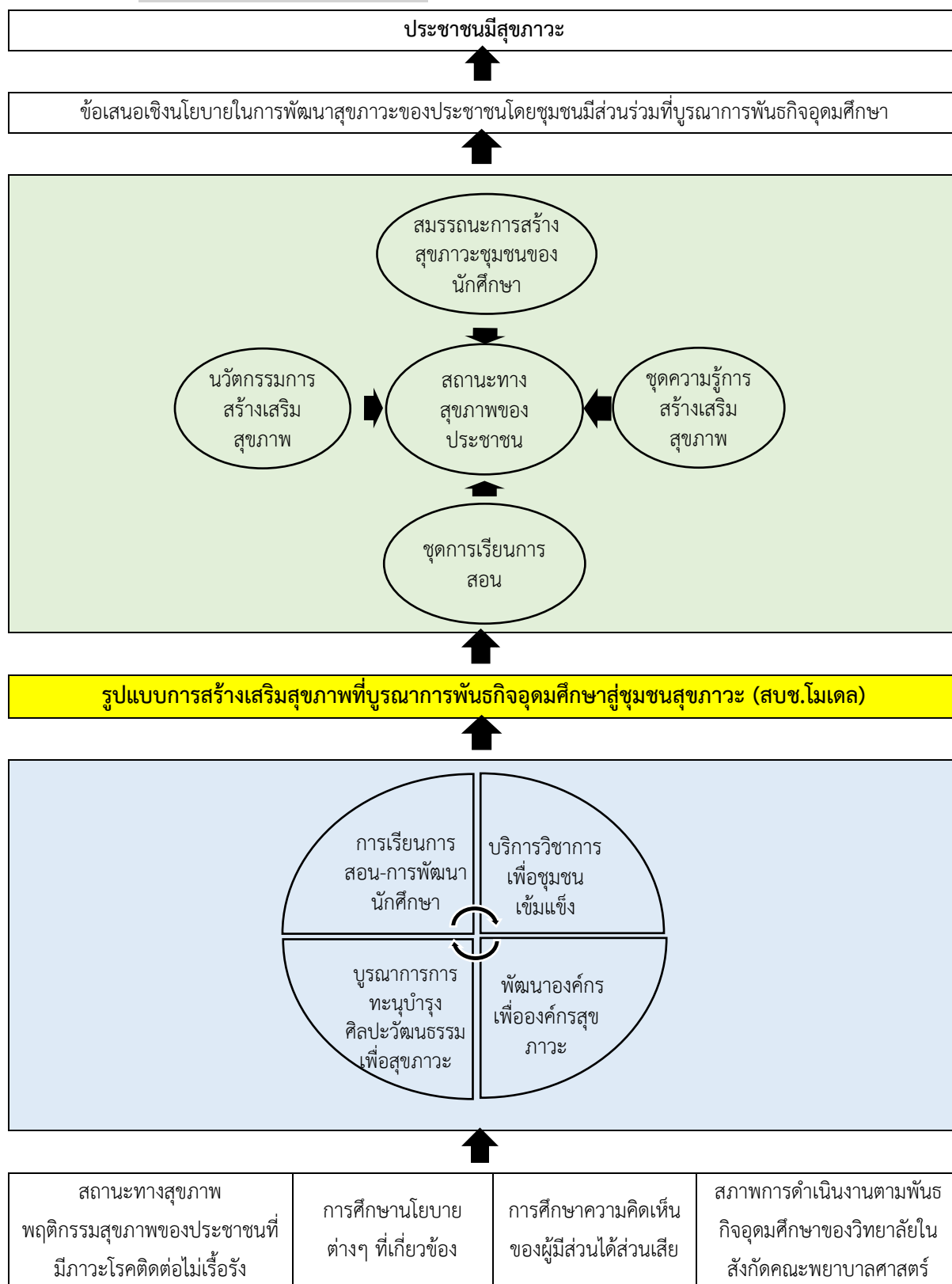
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นสถาบันการศึกษาระดับมหาวิทยาลัย มี 3 คณะ ได้แก่ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะสาธารณสุขและสหเวชศาสตร์ และคณะแพทยศาสตร์ มีวิทยาลัยในสังกัดของทั้ง 3 คณะ ที่กระจายอยู่ในทุกภูมิภาคของประเทศไทย มีพันธกิจหลักในการผลิตและพัฒนากำลังคนตามความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงการสร้างองค์ความรู้และนวัตกรรมด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาสุขภาพของชุมชนและสังคม ได้เห็นความสำคัญและจำเป็นเร่งด่วนในการดำเนินการเพื่อการสร้างสุขภาพชุมชนโดยการสร้างองค์ความรู้และให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ประชาชนเพื่อควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งเป็นภาระโรคที่สำคัญของประเทศ โดยทำการออกแบบโครงการที่ใช้อยู่ของสถาบันที่มีวิทยาลัยในสังกัดกระจายอยู่ทุกภูมิภาคของประเทศไทย และมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดเสมือนครอบครัวกับชุมชน เป็นโครงการที่ใช้ “สບข.โมเดล” เป็นกลไกในการขับเคลื่อนการสร้างสุขภาพชุมชน นำสู่การออกแบบโครงการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนโดยนํานโยบาย ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี มาเป็นเครื่องมือหลักในการดำเนินงานเฝ้าระวังควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้หลักการคัดกรองผู้ป่วยควบคู่กับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของบุคคลากร และสร้างความตระหนักรายบุคคล โดยกำหนดมาตรการสร้างสุขภาพด้วยกิจกรรม 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) และ 3 ล (ลดเหล้า ลดบุหรี่ ลดอ้วน) เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Thianthavorn & Chitang, 2022) ดังภาพ



ภาพที่ 1 กระบวนการดำเนินงานของ สภช Model 2022 (ที่มา: Thianthavorn & Chitang, 2022, p. 243)

พระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2562 ซึ่งกำหนดให้มีสถานะเป็นอุดมศึกษาเฉพาะทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ทำให้วิทยาลัยพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนกซึ่งมีหน้าที่หลักในการผลิตบัณฑิตและพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับแนวนโยบายแห่งรัฐ ส่งเสริมให้เกิดโอกาสและความเสมอภาคทางการศึกษาตามความต้องการของชุมชนนั้นมีคตินิยมอิสระและเสรีภาพทางวิชาการ ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนทั้งด้านผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ และการพัฒนาองค์กร (Sarakhethrin, Malai, Songwatthanayuth, Kunlake, 2020) จากการเปลี่ยนผ่านครั้งสำคัญของการมีพระราชบัญญัติ ยกระดับเป็นมหาวิทยาลัย มีคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เพิ่มความเข้มแข็งในการดำเนินการตามพันธกิจของอุดมศึกษา โดยดำเนินการด้านการผลิตบัณฑิตตามหลักสูตรพยาบาลศาสตร์เป็นหลัก ทุกหลักสูตรได้ผ่านการรับรองจากสภาการพยาบาล พร้อมกำหนดอัตลักษณ์บัณฑิตที่สำคัญคือ มีสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาวะชุมชน นอกจากนี้ยังมีการดำเนินการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรสุขภาพโดยมีระยะเวลาของหลักสูตรตั้งแต่ 2 วัน จนถึง 4 เดือน เป็นหลักสูตรการพัฒนาทั้งทางด้านวิชาชีพ และ ด้านการบริหาร

พันธกิจที่สำคัญประการหนึ่งของคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก คือ ดำเนินการวิจัยที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของประชาชน จากนโยบายการขับเคลื่อนการสร้างสุขภาวะชุมชนของสถาบันพระบรมราชชนกนำไปสู่การดำเนินการขับเคลื่อนสุขภาวะชุมชนด้วยแนวคิด สภช โมเดล 2022 ในระดับคณะ ที่ถ่ายทอดนโยบายสู่การดำเนินการในทุกวิทยาลัยพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ เพื่อให้การดำเนินการไปในทิศทางเดียวกัน เกิดประโยชน์ต่อการสรุปผลการดำเนินงาน คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จึงได้จัดทำกรอบกระบวนการวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ ผลกระทบ และข้อเสนอเชิงนโยบายในการสร้างเสริมสุขภาพด้วยแนวคิดเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน ที่บูรณาการพันธกิจอุดมศึกษาสู่ชุมชนสุขภาวะ ของคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก นำเสนอได้ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 กรอบกระบวนการวิจัย

จากกรอบกระบวนการวิจัยดังภาพที่นำเสนอ ได้มีการกำหนดวัตถุประสงค์ทั่วไปของการวิจัยว่าเพื่อพัฒนาแบบการสร้างเสริมสุขภาพที่บูรณาการพันธกิจอุดมศึกษาสู่ชุมชนสุขภาพ โดยแบบการสร้างเสริมสุขภาพดังกล่าวจะเป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นตามพันธกิจของอุดมศึกษาได้แก่ การเรียนการสอนและการพัฒนานักศึกษา การบริการวิชาการเพื่อชุมชนเข้มแข็ง การพัฒนาองค์กรสุขภาพ และการบูรณาการการทะนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมเพื่อสุขภาพ โดยคาดว่าผลจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นดังกล่าว จะเกิดชุดความรู้ด้านการเรียนการสอนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ที่ส่งผลให้นักศึกษาเกิดสมรรถนะการสร้างสุขภาพชุมชน และมีการผลิตนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่นำไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพะ นำสู่วัตถุประสงค์วิจัยข้อที่ 2 คือเพื่อศึกษาผลของแบบการสร้างเสริมสุขภาพที่บูรณาการพันธกิจอุดมศึกษาสู่ชุมชนสุขภาพ ซึ่งสถานะทางสุขภาพของประชาชน จะเป็นผลลัพธ์หลักและสำคัญในการศึกษา จากข้อค้นพบดังกล่าวนำไปสู่วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 คือ พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาสุขภาพะของประชาชนโดยชุมชนมีส่วนร่วม

ในส่วนขอระยะเวลาของการดำเนินการวิจัย ได้มีวางแผนการดำเนินการวิจัยระหว่างปี พ.ศ.2565-2568 โดยในปี 2565 ซึ่งเป็นระยะเตรียมการ (Preparation phase) จะเป็นการศึกษาสถานการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการศึกษาค้นคว้าจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผลการศึกษาที่ได้จะนำไปสู่การวิจัยในระยะการออกแบบ (Iterative design phase) ที่วางแผนดำเนินการในปี พ.ศ.2566 และมีการออกแบบให้มีการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพฯ นำเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดลองใช้ และนำผลมาปรับปรุง ก่อนนำไปสู่การทดลองใช้จริงปี พ.ศ.2567 ที่เป็นระยะพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพฯ และประเมินผล (Iterative development phase) ต่อเนื่องสู่ระยะจัดทำรูปแบบ (Model development phase) โดยออกแบบการวิจัยแบบวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis, Meta-synthesis) และนำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาสุขภาพะของประชาชนโดยชุมชนมีส่วนร่วมในปี พ.ศ. 2568

References

- Division of None Communicable Disease. (2021). Manual for Management of NCD Clinic Plus & Online. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing Limited.
- Sarakshetrin A., Malai C., Songwatthanayuth P., Kunlake S. (2020). Nursing college among production and development of primary health personnel: In the transition era. *Rajawadee Journal*; 10(2): 80-92. (In Thai).
- Thianthavorn V., & Chitiang N. (2022). Roles of Operations in the Production of Graduates in Health Sciences in the Next Decade of Praboromarajchanok Institute. *Thai J Pub H Scie*; 5(1): 216-226. (In Thai).

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 ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรงกับชื่อผู้นิพนธ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่มเบอร์โทรศัพท์และ e-mail ในส่วนล่างสุด
4. มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำต่อบทคัดย่อ
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

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องต้องการนำเสนอตามลำดับ
- บทสรุป
- ข้อเสนอแนะ
- บรรณานุกรม

10. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 6th Edition 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 กฎสำหรับการประเมิณพฤติกรรม”...

“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 จริยธรรมการวิจัยด้านอื่นๆ สำหรับงานวิจัยของตน
- 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 บรรณาธิการมีหน้าที่ดำเนินงานวารสารให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของวารสาร ปรับปรุง และพัฒนาวารสารให้ได้มาตรฐานอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ปรับปรุงตรวจสอบ ควบคุมและรับฟังคำชี้แนะจากกองบรรณาธิการ เพื่อ

พัฒนาวารสารอย่างสม่ำเสมอ คงไว้ซึ่งความถูกต้องของผลงานทางวิชาการและมาตรฐานการตีพิมพ์ของกองบรรณาธิการวารสาร 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