

2025 ● ●

ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2568



Praboromarajchanok Institute
PHAS
Faculty of Public Health and Allied Health Sciences

วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

THAI JOURNAL OF PUBLIC HEALTH AND HEALTH SCIENCES



ISSN 2672-9148 (PRINT)
ISSN 2651-1711 (ONLINE)



Quality Certified by TCI
January 1, 2025 – December 31, 2029

วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
(Thai Journal of Public Health and Health Sciences)
ผ่านการรับรองคุณภาพของ Thai Citation Index (TCI) ถึง – 31 ธันวาคม 2572

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)

กรรมการที่ปรึกษา

ศ. (พิเศษ) ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร	อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
นพ.วิศิษฐ์ ตั้งนภากร	รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
นพ. รามิน อโรร่า	รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
นพ.ปภัสนร์ เจียมบุญศรี	รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
รศ.ดร.วสุธร ตันวัฒนกุล	รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
รศ.ดร.อริยญา เขวลิต	รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
ศ.ร.อ.พญ.วนิชา ชื่นกองแก้ว	รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
รศ.ดร.วิทยา อยู่สุข	คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
ดร.อาภาพร กฤษณพันธ์	รองคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
ดร.นพมาศ เครือสุวรรณ	รองคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
ผศ.ดร.ณรงค์ ใจเที่ยง	รองคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
ทพ. ภาสกร ศรีไทย	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
ชัยวัฒน์ พันธุ์ศรี	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
ทพญ.จิตติมา เดียววัฒนวิวัฒน์	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
สุนทร ปรามเขต	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
ดร.วิชาญ ภิบาล	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
ดร. นิธิศ ธาณี	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
ผศ.ดร.เบญจวรรณ พูนธนาวัฒน์กุล	ผู้อำนวยการวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และ สาธารณสุขกาญจนาภิเษก
ดร.ภก.บุญมี โพธิ์คำ	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ศ.ดร.สธิกร พงศ์พานิช	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ศ.ดร.นพ. สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ศ.ดร.ดำรงศักดิ์ ฟาร์รุ่งสา	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ศ.ดร.พญ.เนลิณี ไชยเอีย	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.สุคนธา คงศีล	มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร. ยุวดี รอดจากภัย	มหาวิทยาลัยบูรพา

บรรณาธิการที่ปรึกษานานาชาติ

Prof.Dr. Michael A. Yost	University of Washington, USA
Prof.Dr. Mark G. Robson	Rutgers, The State University of New Jersey, USA

บรรณาธิการที่ปรึกษานานาชาติด้าน linguistics

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

บรรณาธิการ

บรรณาธิการ

ผศ.ดร.พยงค์ เทพอักษร

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.สุขุมารณ์ ศรีวิศิษฐ์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ดร.กรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ดร.บุบผา รักชานาม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.นพ.พงษ์เทพ วิวรรณเดชะ

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ศ.ดร.วงศา เล่าหศิริวงศ์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ศ.ดร.นพ.วิฑูรย์ โลหะสุนทร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศ.ดร.อนามัย เกศกะทีก

มหาวิทยาลัยบูรพา

รศ.ดร. วาริท เจาะจิตต์

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

รศ.ดร.วัฒน์สิทธิ์ ศิริวงศ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รศ.ดร.โยธิน แสงดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รศ.ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมส

มหาวิทยาลัยทักษิณ

รศ.ดร. จรรยา สุวรรณบำรุง

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

รศ.ดร. จำนงค์ ธนะภพ

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ผศ.ดร.นพ.ปัทพงษ์ เกษสมบูรณ์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผศ.ดร พงศ์เทพ สุธีรัฐ

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ดร.ชาคริตา พรหมสุบรรณ

มหาวิทยาลัยนเรศวร

ดร.พิมาน อีระรัตนสุนทร

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ดร.ธงชัย อามตยบัณฑิต

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ดร.เกศรา แสนศิริวิสุข

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 ระบาดวิทยา

ผศ.(พิเศษ) ดร.สมตระกูล ราศิริ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

ดร.สุพัฒน์ อาสนะ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ดร.กมลนัฏ ม่วงยิ้ม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

ดร.อุไรวรรณ ศิริธรรม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

ดร.ภคิน ไชยช่วย

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

ดร.ปริญา จิตอร่าม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

ดร.วรัญญา อรุณยานันท์

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข

สุจิตา โอภาสี

กาญจนภิเษก

วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร



วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS

ISSN 2672-9148 (print) ISSN 2651-1711 (online)



กองบรรณาธิการนานาชาติ

Prof.Dr.Richard N.Neitzel

Assoc. Prof. Dr.Tri Dung Phung

Assoc.Prof.Dr.Petra von Heideken Wågert

University of Michigan, USA

University of Queensland, Australia

Mälardalen University, Sweden

ฝ่ายจัดการ

ดร.สุทัศน์ เสียมไหม

วิภาวรรณ แก้วลาย

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

บรรณาธิการแถลง

สถาบันพระบรมราชชนกจับมือลงนามพัฒนาความร่วมมือกับมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด (Harvard University) ศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก และศาสตราจารย์กิตติคุณ นพ. สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล นายกสถาบันพระบรมราชชนก พร้อมด้วยผู้บริหารระดับสูง ประกอบด้วย รองอธิการบดี คนบดีทั้ง 3 คณะ ผู้อำนวยการสำนักสำนักงานอธิการบดี และผู้ช่วยอธิการบดี ตกลงพัฒนาความร่วมมือ (Service Agreement) แผนพัฒนาระยะ 4 ปี (พ.ศ. 2568-2572) กับมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด (Harvard University) สหรัฐอเมริกา มุ่งพัฒนาสถาบันพระบรมราชชนก สู่มหาวิทยาลัยชั้นนำระดับโลกด้านปฐมภูมิ โดย ดร. เดวิด ดวง (Dr. David Duong, MD, MPH) ผู้อำนวยการ Global Primary Health Care คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด เพื่อให้สร้างผลกระทบต่อชุมชนสังคมในระดับชาติ และเป็นศูนย์กลางด้านความเชี่ยวชาญในการเชิงปฏิบัติด้านสุขภาพปฐมภูมิในระดับนานาชาติ (Local Practice to Global Impacts for Primary Care) สนับสนุนโครงการ 9 หมอ ผลิตแพทย์และสหวิชาชีพ รวม 9 สาขาระยะ 10 ปี 62,000 คน มุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (Primary care service) ซึ่งเป็นระบบบริการสุขภาพด่านแรกของระบบบริการสาธารณสุขเพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนที่จะช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง

เป้าหมายเพื่อพัฒนาความร่วมมือและพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศที่จะทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียม และเป็นธรรมมากขึ้นรวมทั้งสามารถลดความแออัดในโรงพยาบาลลงได้ ที่เน้นการ” สร้างนำซ่อม” ขับเคลื่อนส่งเสริมและป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้คนไทยมีอายุที่ยืนยาวขึ้น

ในฉบับที่ 1 (เดือนมกราคม – เมษายน) ประจำปี 2568 มีบทความวิจัยและวิชาการ ที่ได้รับการตีพิมพ์ ประกอบด้วย ผลงานวิจัยและบทความวิชาการ ครอบคลุมในด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและสาธารณสุข กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านสมาชิก คณะอาจารย์ นักวิจัย นักศึกษา บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนศิษย์เก่า และบุคคลทั่วไปที่สนใจได้รับความรู้และนำความรู้ที่ได้จากบทความดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงาน การเรียนการสอน และทำวิจัย ตลอดจนเป็นข้อมูลอ้างอิงในเชิงวิชาการต่อไปซึ่งท่านสามารถสืบค้นและดาวน์โหลดบทความในวารสารได้ที่เว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjph/index>

บรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ

บรรณาธิการแถลง

บทความวิจัย (Original Article)

- ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารต่อพฤติกรรมของผู้สัมผัสอาหาร
ในร้านอาหาร อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี** 1

Effects of the Food Sanitation Literacy Development Program on Food Behaviors among the
Food Handlers in Restaurants in Samkhok District, Pathum Thani Province

กรรณิการ์ ลดาสุวรรณ, สุมัทนา กลางคาร, กษมา วงษ์ประชุม

- ประสิทธิผลของโปรแกรมฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล** 22

Effectiveness of the Training Program on Rabies' Knowledge among Village Health

Volunteers under the PBRI Model Concept

สุจิตติพร แสงรัตน์, นภา ทองกิจ, ยุทธนา แยมคาย

- การประเมินผลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลห้วยพลู จังหวัด
นครปฐม** 35

Assessment of Risk Management Information Systems of Huaiphlu Hospital, Nakhon Pathom
Province

ช่อพกา สระทองพูน, วรางคณา จันทร์คง, เอกพล กาละดี

- การประเมินความพร้อมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุไทย** 55

Assessment of Readiness to Use Digital Technology for Oral Health Care in Thai Elderly

ณัฐมนันท์ ศรีทอง, สุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา

- ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินและความคาดหวังของประชาชน อำเภอปะทิว
จังหวัดชุมพร** 74

Factors Affecting the Use of Emergency Medical Services and the Expectations of People in
Pathio District, Chumphon

อรษา กิจธารา, วิษณุ อนิลบล

- ความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับกับความดันโลหิตสูงในผู้ใหญ่ที่มารับ
บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า** 87

Prevalence and Association Between Sleep Quality and Hypertension among Adult Patients

Attending the Outpatient Department at Phramongkutklao Hospital

เชิดพงษ์ ว่องไวพานิช, กษิดิศ หล้าวงษา

- ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพใน
โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี** 103
Factor Affecting to the Participation of Registered Nurse in Nursing Service Quality
Development at Hospital under Ministry of Public Health, Prachinburi Province
อัจจิมา อิ่มใจ, วรางคณา จันทร์คง, กิระพล กาละดี
- บทความวิชาการ** 117
**บทบาทของนักกายภาพบำบัดในการดูแลผู้สูงอายุและทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ
คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตากสินในสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์**
Role of Physical Therapist Service for Elders Care and Working with Multidisciplinary Care
Team in Geriatric Clinic at King Taksin Memorial Hospital in Complete Aged Society
ศศิพร เกรียงเขียวชาญ, อัปสร จันทร์ขจร, เยาวนิจ ด่านวานิชกุล,
สุพิชชา วัชรรัตนกร, กรแก้ว แก้วพรรณา
- คำแนะนำการส่งบทความ** 132
- จริยธรรมวิจัยและการตีพิมพ์** 136

ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารต่อพฤติกรรมของผู้สัมผัส
อาหารในร้านอาหาร อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี

Effects of the Food Sanitation Literacy Development Program on Food Behaviors
among the Food Handlers in Restaurants in Samkhok District, Pathum Thani Province

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: Aug. 2, 2024

Revised: Aug. 31, 2024

Accepted: Oct. 10, 2024

Published: Oct. 10, 2024

กรรณิการ์ ลดาสุวรรณ, สุ่มทนา กลางคาร และ กษมา วงษ์ประชุม*

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Kannika Ladasuwan, Sumattana Glangkarn and Kasama Wongprachum*

Faculty of Public Health, Mahasarakham University

บทคัดย่อ

การเข้าถึงอาหารที่ปลอดภัยและมีคุณค่าทางโภชนาการมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต ช่วยส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งผู้สัมผัสอาหารมีบทบาทสำคัญต่อความปลอดภัยของอาหารและสุขาภิบาลอาหารที่เหมาะสมในร้านอาหาร โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Design) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest - Posttest Design) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารต่อพฤติกรรมของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สัมผัสอาหาร 78 คน คัดเลือกด้วยการสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 39 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร ระยะเวลา 5 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Repeated-Measures ANOVA และ Independent Samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรู้ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารไม่แตกต่างกัน (p -value ≥ 0.05) ภายหลังจากได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value < 0.001) ความรู้และพฤติกรรมของกลุ่มทดลองหลังการได้รับโปรแกรมทันทีและหลังได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value < 0.001) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการพัฒนาความรู้สามารถพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในอำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานีได้

คำสำคัญ : โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร, ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร, พฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร, ผู้สัมผัสอาหาร

Corresponding author: กษมา วงษ์ประชุม E-mail: kasama.w@msu.ac.th

Abstract

Access to food that is both safe and nutritious is the key to sustaining life and improving overall health and well-being. Food handlers play a crucial role in ensuring food safety and maintaining proper food sanitation in restaurants. This quasi-experimental study (two group pretest - posttest) aimed to determine the effect of the food sanitation literacy development program on the behavior of food handlers in Samkhok District, Pathum Thani Province. The participants consisted of 78 food handlers, randomly divided into an experimental group (n=39) and a control group (n=39). The experimental group received a 5-week food sanitation knowledge development program, while the control group received routine support. The data were collected using the questionnaires about food sanitation literacy and behaviors and analyzed using Repeated-Measures ANOVA and Independent Samples t-test with a significance level of 0.05.

The results of the study showed that before receiving the knowledge development program, the experimental and control groups had no different mean knowledge and food sanitation behaviors ($p\text{-value} \geq 0.05$). After one week of receiving the intervention, both groups showed a significant difference in their average food sanitation literacy and behavior ($p\text{-value} < 0.001$). The experimental group's food sanitation literacy and behaviors after the intervention, including both immediately and one week later, were significantly higher than before the intervention ($p\text{-value} < 0.001$). This indicates that the food sanitation literacy development program effectively improved the food sanitation literacy and behaviors of food handlers in Samkhok District, Pathum Thani Province.

Keywords: Food sanitation literacy development program, Food sanitation literacy, Food sanitation behaviors, Food handlers.

Corresponding author: Kasama Wongprachum E-mail: kasama.w@msu.ac.th

บทนำ

อาหารเป็นหนึ่งในปัจจัยที่สำคัญของมนุษย์ การบริโภคอาหารเพื่อให้ร่างกายเจริญเติบโตและดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุข การบริโภคอาหารไม่เพียงแต่มีประโยชน์ อาจก่อให้เกิดโทษแก่ร่างกายได้ ซึ่งการบริโภคอาหารที่ไม่สะอาดย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายอาจทำให้เจ็บป่วย และอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ (Satayavongthip, Paosungnoen & Rachuthorn, 2017) ในปัจจุบันวัฒนธรรมการบริโภคอาหารของประชาชนคนไทยเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่นิยมประกอบอาหารเพื่อรับประทานเอง เปลี่ยนเป็นนิยมบริโภคอาหารนอกบ้าน หรือบริโภคอาหารปรุงสำเร็จเพิ่มมากขึ้น สถานที่จำหน่ายอาหารจึงมีผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน เนื่องจากสถานที่จำหน่ายอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะอาจทำให้เกิดการปนเปื้อนเชื้อโรค สารเคมีหรือโลหะหนักรวมทั้งความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคที่มีอาหารและน้ำเป็นสื่อได้ (Bureau Of Food and Water Sanitation Department Of Health Ministry of Public Health, 2021)

จากสถานการณ์การเกิดโรคที่มีอาหารและน้ำเป็นสื่อในประเทศไทย ยังพบอัตราป่วยของโรคอุจจาระร่วงที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขที่ต้องเฝ้าระวัง กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ได้รายงานสถานการณ์โรคอุจจาระร่วง 5 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี 2561 ถึง 2565 พบมีอัตราป่วย 1,843.43, 1,622.77, 1,255.85, 813.86 และ 991.39 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตจำนวน 22 ราย โดยประเทศไทยได้จัดให้โรคอุจจาระร่วงเป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพด้านสาธารณสุขของประเทศเนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคนี้เป็น 1 ใน 10 อันดับแรก (Bureau Of Epidemiology, 2022) รัฐบาลจึงได้ให้ความสำคัญกับการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารเพื่อป้องกันโรคที่มีอาหารและน้ำเป็นสื่อที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน โดยได้พัฒนาการดำเนินงานภายใต้พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 ตามประกาศกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561 ได้กำหนดให้สถานประกอบกิจการร้านอาหารต้องดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร โดยสำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานสุขาภิบาลสถานที่จำหน่ายอาหาร เพื่อใช้ในการพัฒนาและยกระดับสถานที่จำหน่ายอาหารให้มีการจัดการสุขลักษณะที่ดี และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคของประชาชนที่บริโภคอาหาร และใช้ขอรับรองมาตรฐานอาหารสะอาดรสชาติอร่อย (Clean food Good Taste) (Bureau Of Food and Water Sanitation Department Of Health Ministry of Public Health, 2021) และผลักดันให้เป็นยุทธศาสตร์ชาติในการขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยมอบนโยบายและถ่ายทอดการดำเนินงานไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ต่อไป

อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี มีข้อมูลการรายงานเฝ้าระวังโรคติดต่อในสถานบริการสาธารณสุข (รง.506) 5 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี 2561 ถึง ปี 2565 พบโรคอุจจาระร่วง มีอัตราป่วย 3,098.73, 2,017.78, 1,145.62, 679.60 และ 1,091.07 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งพบอัตราป่วยสูงเป็นอันดับ 2 ของจังหวัดปทุมธานี (Bureau Of Epidemiology, 2023) สาเหตุหลักของการเกิดโรคของการเกิดโรคมาจากการรับประทานอาหารหรือน้ำที่มีจุลินทรีย์ก่อโรค ที่อาจปนเปื้อนมาจากการปรุงประกอบจำหน่ายอาหาร และผู้สัมผัสอาหารที่มีสุขลักษณะที่ไม่เหมาะสม จึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาการขับเคลื่อนงานสุขาภิบาลอาหารอำเภอสามโคก เพื่อพัฒนาร้านอาหารให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งอำเภอสามโคกได้มีการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานท้องถิ่นที่รับผิดชอบอย่างต่อเนื่องทุกปี แต่ผลการดำเนินงานยังไม่บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนด จากผลการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหาร ปีงบประมาณ 2565 พบว่า อำเภอสามโคกมีร้านอาหารผ่านเกณฑ์รับรองมาตรฐานอาหารสะอาดรสชาติอร่อย เพียงร้อยละ 21.13 ในขณะที่เป้าหมายของจังหวัดปทุมธานี ในปี 2565 ต้องพัฒนาร้านอาหารให้ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน ร้อยละ 30 (Pathum Thani Provincial Public Health

Office, 2022) สะท้อนให้เห็นว่าการดำเนินงานขับเคลื่อนงานสุขาภิบาลอาหารของอำเภอสามโคกยังไม่บรรลุผลตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของจังหวัดปทุมธานี ประกอบกับพื้นที่อำเภอสามโคกเป็นพื้นที่เขตที่ตั้งของโรงงานอุตสาหกรรม ทำให้มีประชากรแฝงที่เดินทางมาประกอบอาชีพในโรงงานอุตสาหกรรมเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้จำนวนร้านอาหารก็เพิ่มจำนวนมากขึ้นเช่นเดียวกัน (Samkhok District Office, 2022) จากการสำรวจปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารในพื้นที่อำเภอสามโคก พบว่า ด้านสถานที่จำหน่ายอาหาร พบการปฏิบัติที่ไม่ถูกสุขลักษณะตามข้อกำหนดในบริเวณที่จำหน่ายและบริเวณอาหาร รวมถึงบริเวณที่เตรียมปรุง ประกอบอาหารที่ต้องปรับปรุง และห้องส้วมไม่สะอาดและมีแสงสว่างไม่เพียงพอ และยังพบสัตว์เลื้อยหรือสัตว์แมลงนำโรคในบริเวณเตรียมปรุง และประกอบอาหาร การเก็บอาหารสด อาหารแห้งและอาหารปรุงสำเร็จพร้อมบริโภค รวมถึงน้ำดื่มและน้ำแข็งที่ใช้ในการบริโภคไม่เป็นไปตามข้อกำหนด ยังพบการวางภาชนะอุปกรณ์ และการล้างภาชนะอุปกรณ์เครื่องใช้ไม่ถูกต้อง ผู้สัมผัสอาหารยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้สัมผัสอาหาร และมีการแต่งกายไม่ถูกต้องตามข้อกำหนด และมีการตรวจพบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในตัวอย่างอาหาร ภาชนะอุปกรณ์ และมือของผู้สัมผัสอาหารเกินเกณฑ์มาตรฐานกำหนด ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าว แสดงถึงพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหาร ที่ยังมีการปฏิบัติไม่ถูกสุขลักษณะตามเกณฑ์มาตรฐานด้านสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร ส่งผลให้การจัดการร้านอาหารไม่เป็นไปตามหลักสุขาภิบาล (Pathum Thani Provincial Public Health Office, 2022) ซึ่งการดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่ผ่านมามุ่งเน้นส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยวิธีการให้สุขศึกษาหรือจัดอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สัมผัสอาหารแล้ว อย่างไรก็ตามวิธีการดังกล่าวอาจไม่เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ หากขาดความรู้ ความเข้าใจและไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะสะท้อนถึงระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Youngiam, 2021) เพื่อนำไปสู่แรงจูงใจที่จะทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพได้

ความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร เป็นแนวคิดเกี่ยวกับความรู้และทักษะเกี่ยวกับอาหารและหลักสุขาภิบาลอาหาร เป็นการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ ที่ได้นิยามว่า ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเองรวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี (Health Education Division, 2018) โดยโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหาร มีการประยุกต์ใช้แนวคิดและการทบทวนวรรณกรรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของ นัทบีม (Nutbeam, 2008) และหลักการสุขาภิบาลอาหารสำหรับผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหาร (Bureau Of Food and Water Sanitation Department Of Health Ministry of Public Health, 2021) ซึ่งประกอบไปด้วยการจัดกิจกรรมแบบกลุ่มโดยมีกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร แบบบรรยาย อภิปราย เล่นเกมและฝึกปฏิบัติในกลุ่มทดลองรวม 5 สัปดาห์ เพื่อพัฒนาพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในอำเภอสามโคก ที่มีการปฏิบัติไม่ถูกสุขลักษณะตามเกณฑ์มาตรฐานด้านสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร โดยการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติได้ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะสะท้อนถึงระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพและทักษะที่จำเป็นของผู้สัมผัสอาหาร ในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร ความรู้ ความเข้าใจ สามารถจัดการตนเอง และนำไปสู่การตัดสินใจปฏิบัติตัวในการบริหารจัดการและควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อให้อาหารสะอาด ปลอดภัย ปราศจากเชื้อโรค หนองพยาธิ และสารเคมีต่าง ๆ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารต่อพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหาร อำเภอสามโคก จังหวัด

ปทุมธานี เพื่อให้สถานที่จำหน่ายอาหาร มีสุขลักษณะที่ดีและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่มีอาหารและน้ำเป็นสื่อของอำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารต่อพฤติกรรมของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1) เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร

2) เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร

กิจกรรมที่ 1 “เข้าถึง อย่างรู้ทัน” : การสนับสนุนการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร และการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขาภิบาลอาหาร เพื่อพัฒนาความรู้ในด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร และการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขาภิบาลอาหาร

กิจกรรมที่ 2 “ทำความรู้จัก และรู้หลักมาตรฐานการสุขาภิบาลอาหารในสถานประกอบการกิจการด้านอาหาร และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สัมผัสอาหาร” : การเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจมาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหาร และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สัมผัสอาหาร เพื่อพัฒนาความรู้ในด้านความรู้ ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร

กิจกรรมที่ 3 “จัดการตนเองได้ง่าย ๆ ด้วยสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดี” : การจัดการตนเองด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้สัมผัสอาหาร และการสื่อสารข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร เพื่อพัฒนาความรู้ในด้านการจัดการตนเองด้านสุขาภิบาลอาหาร และทักษะการสื่อสารข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร

กิจกรรมที่ 4 “อาหารที่ดี เริ่มต้นที่การตัดสินใจ” : การเสริมสร้างความรู้ด้านตัดสินใจเลือกปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหาร เพื่อพัฒนาความรู้ในด้านการตัดสินใจด้านสุขาภิบาลอาหาร

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมการเยี่ยมเสริมพลัง : โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และ อสม. ติดตามและประเมินผล

1. ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารเพิ่มขึ้น
2. พฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารเพิ่มขึ้น

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest - Posttest Design) โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มควบคุม (Control Group)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สัมผัสอาหารในร้านจำหน่ายอาหาร เป็นร้านที่เปิดให้บริการมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน และมีขนาดพื้นที่ให้บริการทุกขนาด ที่ไม่ตั้งอยู่บนที่หรือทางสาธารณะ โดยได้รับใบอนุญาตหรือ

หนังสือรับรองการแจ้งจัดตั้งเป็นสถานที่จำหน่ายและสะสมอาหาร จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอสามโคก ผู้สัมผัสอาหารร้านละ 1 คน เป็นจำนวน 265 คน (Samkhok District Office, 2022)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สัมผัสอาหารในร้านจำหน่ายอาหารร้านละ 1 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 ตามหลักการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power analysis) ของ Cohen เลือกทดสอบค่าเฉลี่ยสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) ชนิดทางเดียว (One tailed) คำนวณขนาดอิทธิพล (Effect size) โดยใช้สูตรของ Cohen's d Effect size (Cohen, 1998) ใช้ค่าขนาดอิทธิพลในการคำนวณระดับมาก = 0.80 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ Power = 0.95 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ = 0.05 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน ผู้วิจัยได้ปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 78 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 39 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria) ประกอบด้วย (1) เป็นผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารที่ปฏิบัติงานในร้านอาหารไม่น้อยกว่า 6 เดือน และเป็นบุคคลเดิมตลอดการศึกษา (2) สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการศึกษา (3) สามารถเรียนรู้ พูด อ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ (4) มีทักษะในการใช้เครื่องมือสื่อสารและเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ (6) ไม่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง หรือมีภาวะทุพพลภาพ

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) (1) ย้าย ลาออกหรือไม่ได้ปฏิบัติงานในร้านอาหารระหว่างทำการการศึกษา (2) ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อย 2 ครั้ง ถือว่าออกจากการวิจัย (3) ไม่ยินยอมและไม่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมตลอดการศึกษา (4) มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน เจ็บป่วยรุนแรง หรือทุพพลภาพระหว่างทำการการศึกษา (5) เสียชีวิตในระหว่างทำการการศึกษา

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และมีการคัดเลือกในแต่ละกลุ่มโดยใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยคัดเลือกพื้นที่ในการศึกษาเป็นกลุ่มผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารตามพื้นที่รับผิดชอบของเครือข่ายการให้บริการของหน่วยบริการสาธารณสุขอำเภอในสามโคก โดยแบ่งออกเป็น 2 เครือข่ายหน่วยบริการ จากนั้นคัดเลือกด้วยวิธีการจับฉลาก ได้กลุ่มทดลอง คือ ผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารในพื้นที่รับผิดชอบของเครือข่ายโรงพยาบาลสามโคก กลุ่มควบคุม คือ ผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารในพื้นที่รับผิดชอบของเครือข่ายโรงพยาบาลปทุมธานี

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จัดทำบัญชีรายชื่อร้านอาหารที่มีคุณสมบัติที่กำหนดในลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุม คือ ผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารในพื้นที่รับผิดชอบของเครือข่ายโรงพยาบาลปทุมธานี มีทั้งหมด 8 หน่วยบริการ ผู้สัมผัสอาหาร 191 คน คัดเลือกจากร้านอาหาร 191 ร้าน (ร้านละ 1 คน) และกลุ่มทดลอง คือ ผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารในพื้นที่รับผิดชอบของเครือข่ายโรงพยาบาลสามโคก มีทั้งหมด 4 หน่วยบริการ ผู้สัมผัสอาหาร 74 คน คัดเลือกจากร้านอาหาร 74 ร้าน (ร้านละ 1 คน) จากนั้นใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ (1) การแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) โดยการแบ่งประชากรออกเป็นกลุ่ม ๆ แยกตามหน่วยบริการ แล้วสุ่มหน่วยตัวอย่างจากทุกระดับชั้น การสุ่มเป็นระดับชั้นอย่างเป็นสัดส่วน โดยใช้สูตรในการคำนวณ คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคุณด้วยจำนวนร้านอาหารในแต่ละหน่วยบริการ หาค่าด้วยจำนวนประชากรทั้งหมด (2) ทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เพื่อทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่งการทดลอง โดยการจับฉลากแบบไม่คืนที่ให้ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 39 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการพัฒนารอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารอำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี ซึ่งประกอบไปด้วยการจัดกิจกรรมแบบ

กลุ่มโดยมีกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร แบบบรรยาย อภิปราย เล่นเกมส์และฝึกปฏิบัติในกลุ่มทดลองรวม 5 สัปดาห์ ประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลองเพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลตลอดจนให้การพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มทดลอง และนัดเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัยเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง และตรวจประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561 โดยดำเนินกิจกรรมระยะเวลารวม 2 วัน

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 1 “เข้าถึง อย่างรู้ทัน” องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร : การสนับสนุนการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร และการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขาภิบาลอาหาร ระยะเวลา 3 ชั่วโมง มีกิจกรรมดังนี้ 1) บรรยายเสริมสร้างความรู้เรื่องหลักสุขาภิบาลอาหาร และอันตรายที่เกิดจากอาหารและน้ำที่ไม่สะอาดปลอดภัย 2) บรรยายและฝึกปฏิบัติช่องทางการค้นหาข้อมูลสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารจากสื่อและฝึกการตรวจสอบข้อมูลที่ถูกต้อง 3) การฝึกทักษะการเลือกใช้สื่อที่ถูกต้องเหมาะสม และ**กิจกรรมที่ 2** “ทำความเข้าใจ และรู้หลักมาตรฐานการสุขาภิบาลอาหาร ในสถานประกอบกิจการด้านอาหาร และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สัมผัสอาหาร” องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร : ความรู้ ความเข้าใจมาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหาร และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สัมผัสอาหาร ระยะเวลา 2 ชั่วโมง มีกิจกรรมดังนี้ 1) บรรยายเสริมสร้างความรู้ข้อกำหนดมาตรฐานการสุขาภิบาลอาหารสำหรับ “สถานที่จำหน่ายอาหาร” 2) บรรยายเสริมสร้างความรู้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหาร 3) ให้ผู้สัมผัสอาหารแบ่งกลุ่มทำกิจกรรมระดมสมองในกิจกรรมจะทำอย่างไรให้ “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการสุขาภิบาลอาหารในสถานประกอบกิจการด้านอาหาร และเป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และนำเสนอแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน 4) มอบหมายให้ผู้สัมผัสอาหารกลับไปประเมินตนเองตามแบบมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ของตนเอง และนำมาส่งในกิจกรรมที่ 4 โดยดำเนินกิจกรรมระยะเวลารวม 1 วัน

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 3 “จัดการตนเองได้ง่าย ๆ ด้วยสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดี” องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร : การจัดการตนเองด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้สัมผัสอาหาร และการสื่อสารข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร ระยะเวลา 3 ชั่วโมง มีกิจกรรมดังนี้ 1) การบรรยายเสริมสร้างความรู้เรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้สัมผัสอาหาร 2) การฝึกทักษะการสื่อสาร ชักถาม อธิบายลักษณะสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดี และการสื่อสารข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร และ **กิจกรรมที่ 4** “อาหารที่ดี เริ่มต้นที่การตัดสินใจ” องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร : การตัดสินใจเลือกปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหาร ระยะเวลา 2 ชั่วโมง มีกิจกรรมดังนี้ 1) บรรยายสาธิตและฝึกปฏิบัติทักษะการปฏิบัติงานด้านสุขาภิบาลอาหารให้กับผู้สัมผัสอาหาร 2) ให้ผู้สัมผัสอาหารนำแบบประเมินตามแบบมาตรฐานสุขาภิบาล “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ที่ทำการประเมินตนเอง พร้อมภาพถ่ายร้านอาหาร นำมาวิเคราะห์ส่วนที่ต้องปรับปรุงและพัฒนาโดยใช้หลักสุขาภิบาลอาหาร เก็บข้อมูลหลังการทดลอง ครั้งที่ 1 โดยดำเนินกิจกรรมระยะเวลารวม 1 วัน

สัปดาห์ที่ 4 ให้ผู้สัมผัสอาหารนำทักษะจากการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร ไปใช้ในการปฏิบัติงานในร้านอาหาร

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมการเยี่ยมเสริมพลัง โดยเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมให้ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารร่วมติดตามสังเกตพฤติกรรมผู้สัมผัสอาหาร รับฟังปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานพร้อมให้คำแนะนำ และติดตามเพื่อประเมินผล เก็บข้อมูลหลังการทดลอง ครั้งที่ 2 และตรวจ

ประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561 โดยดำเนินการกิจกรรมระยะเวลารวม 2 วัน

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินผลโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์ในการทำงานในร้านอาหาร ประวัติการอบรมด้านสุขาภิบาลอาหาร และประวัติการได้รับการรับรองมาตรฐานอาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) เป็นแบบตัวเลือกและเติมจำนวน

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร จำนวน 29 ข้อ ซึ่งสร้างแบบสอบถามโดยประยุกต์ใช้แนวคิดและการทบทวนวรรณกรรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของนักปืม (Nutbeam, 2008) และหลักการสุขาภิบาลอาหารสำหรับผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหาร (Bureau Of Food and Water Sanitation Department Of Health Ministry of Public Health, 2021) เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตามแบบมาตรวัดของ Likert มีเนื้อหาประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร การค้นหาข้อมูลสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารจากสื่อ ความรู้ ความเข้าใจมาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหาร และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สัมผัสอาหาร การจัดการตนเองด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้สัมผัสอาหาร การสื่อสารข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหาร โดยกำหนดให้เลือกตอบการปฏิบัติเป็นประจำ มีค่าเท่ากับ 5 ปฏิบัติบ่อยครั้ง มีค่าเท่ากับ 4 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง มีค่าเท่ากับ 3 ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง มีค่าเท่ากับ 2 และไม่ปฏิบัติเลย มีค่าเท่ากับ 1 โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียง 1 ตัวเลือก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร จำนวน 17 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตามแบบมาตรวัดของ Likert มีเนื้อหาประกอบด้วย การปฏิบัติตัวด้านสุขาภิบาลอาหาร ตามแบบประเมินร้านอาหารตามเกณฑ์มาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหาร ตามกฎกระทรวงสุขลักษณะสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561 (สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ด้านกายภาพ 4 หมวด ได้แก่ หมวด 1 สถานที่จำหน่ายอาหาร หมวด 2 อาหาร กรรมวิธีการทำ ประกอบหรือปรุง การเก็บรักษา และการจำหน่าย หมวด 3 สุขลักษณะของภาชนะ อุปกรณ์และเครื่องใช้อื่น ๆ หมวด 4 สุขลักษณะส่วนบุคคลของผู้สัมผัสอาหาร โดยกำหนดให้เลือกตอบการปฏิบัติเป็นประจำ มีค่าเท่ากับ 5 ปฏิบัติบ่อยครั้ง มีค่าเท่ากับ 4 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง มีค่าเท่ากับ 3 ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง มีค่าเท่ากับ 2 และไม่ปฏิบัติเลย มีค่าเท่ากับ 1 โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียง 1 ตัวเลือก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารและแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารโดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ซึ่งเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญด้านความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 2 คน และด้านสุขาภิบาลอาหาร จำนวน 1 คน พิจารณาให้ข้อเสนอแนะความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมในการใช้ภาษาของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารและแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร จากนั้นคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Concurrence ; IOC) (Singthong, 2019) ของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร มีค่าดัชนีความสอดคล้อง 1.00 ของแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.8-1.00 จากนั้นนำไปประเมินหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบประเมินไป

ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างในอำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากนั้นหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ดังนี้ แบบวัดความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร มีค่าเท่ากับ 0.90 และแบบสอบถามพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร มีค่าเท่ากับ 0.80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หลังจากได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลผู้สัมผัสอาหาร ในพื้นที่อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี เสนอไปยังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขในมนุษย์จังหวัดปทุมธานี และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี
2. ผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล และแจ้งระยะเวลาในการศึกษา

ขั้นดำเนินการทดลอง

1. กลุ่มควบคุม ดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลตลอดจนให้การพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล 2) แบบวัดความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร 3) แบบสอบถามพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร 4) แบบประเมินมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร ตามเกณฑ์ อาหารสะอาดรสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) ตามกฎกระทรวงสุขลักษณะสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561 5) นัดวันเวลาสถานที่ติดตามเพื่อประเมินผล

2. กลุ่มควบคุมได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารตามรูปแบบปกติ

3. ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยนัดรวมกลุ่มติดตามเพื่อประเมินผล เก็บข้อมูล ดังต่อไปนี้ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล 2) แบบวัดความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร 3) แบบสอบถามพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร 4) แบบประเมินมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร ตามเกณฑ์ อาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) ตามกฎกระทรวงสุขลักษณะสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561 พร้อมทั้งให้ความรู้ ประโยชน์ และเห็นคุณค่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย

2. กลุ่มทดลอง ดำเนินการดังต่อไปนี้

1. สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลองเพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลตลอดจนให้การพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มทดลอง และนัดเข้าโปรแกรมการวิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ดังนี้ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล 2) แบบวัดความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร 3) แบบสอบถามพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร 4) แบบประเมินมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร ตามเกณฑ์ อาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) ตามกฎกระทรวงสุขลักษณะสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561 5) นัดวันเวลาสถานที่เพื่อเริ่มกระบวนการวิจัย

2. สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 1 “เข้าถึง อย่างรู้ทัน” องค์ประกอบความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร : การสนับสนุนการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร และการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขาภิบาลอาหาร

ระยะเวลา 3 ชั่วโมง มีกิจกรรมดังนี้ 1) บรรยายเสริมสร้างความรู้เรื่องหลักสุขาภิบาลอาหาร และอันตรายที่เกิดจากอาหารและน้ำที่ไม่สะอาดปลอดภัย 2) บรรยายและฝึกปฏิบัติช่องทางการค้นหาข้อมูลสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารจากสื่อและฝึกการตรวจสอบข้อมูลที่ถูกต้อง 3) การฝึกทักษะการเลือกใช้สื่อที่ถูกต้องเหมาะสม และกิจกรรมที่ 2 “ทำความรู้จัก และรู้หลักมาตรฐานการสุขาภิบาลอาหารในสถานประกอบกิจการด้านอาหาร และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สัมผัสอาหาร” องค์ประกอบความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร : ความรู้ ความเข้าใจมาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหาร และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สัมผัสอาหาร ระยะเวลา 2 ชั่วโมง มีกิจกรรมดังนี้ 1) บรรยายเสริมสร้างความรู้ข้อกำหนดมาตรฐานการสุขาภิบาลอาหารสำหรับ “สถานที่จำหน่ายอาหาร” 2) บรรยายเสริมสร้างความรู้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหาร 3) ให้ผู้สัมผัสอาหารแบ่งกลุ่มทำกิจกรรมระดมสมองในกิจกรรมจะอย่างไรให้ “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการสุขาภิบาลอาหารในสถานประกอบกิจการด้านอาหาร และเป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และนำเสนอแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน 4) มอบหมายให้ผู้สัมผัสอาหารกลับไปประเมินตนเองตามแบบมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ของตนเอง และนำมาส่งในกิจกรรมที่ 4

3. สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 3 “จัดการตนเองได้ง่าย ๆ ด้วยสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดี” องค์ประกอบความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร : การจัดการตนเองด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้สัมผัสอาหาร และการสื่อสารข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร ระยะเวลา 3 ชั่วโมง มีกิจกรรมดังนี้ 1) การบรรยายเสริมสร้างความรู้เรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้สัมผัสอาหาร 2) การฝึกทักษะการสื่อสาร ชักถาม อธิบายลักษณะสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดี และการสื่อสารข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร และ กิจกรรมที่ 4 “อาหารที่ดี เริ่มต้นที่การตัดสินใจ” องค์ประกอบความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร : การตัดสินใจเลือกปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหาร ระยะเวลา 2 ชั่วโมง มีกิจกรรมดังนี้ 1) บรรยายสาธิตและฝึกปฏิบัติทักษะการปฏิบัติงานด้านสุขาภิบาลอาหารให้กับผู้สัมผัสอาหาร 2) ให้ผู้สัมผัสอาหารนำแบบประเมินตามแบบมาตรฐานสุขาภิบาล “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ที่ทำการประเมินตนเอง พร้อมภาพถ่ายร้านอาหาร นำมาวิเคราะห์ส่วนที่ต้องปรับปรุงและพัฒนาโดยใช้หลักสุขาภิบาลอาหาร เก็บข้อมูลหลังการทดลอง ครั้งที่ 1 ดังนี้ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล 2) แบบวัดความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร 3) แบบสอบถามพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร

4. สัปดาห์ที่ 4 ให้ผู้สัมผัสอาหารนำทักษะจากการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร ไปใช้ในการปฏิบัติงานในร้านอาหาร

5. สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมการเยี่ยมเสริมพลัง โดยเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมให้ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารร่วมติดตามสังเกตพฤติกรรมผู้สัมผัสอาหาร รับฟังปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานพร้อมให้คำแนะนำ และติดตามเพื่อประเมินผล เก็บข้อมูลหลังการทดลอง ครั้งที่ 2 ดังนี้ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล 2) แบบวัดความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร 3) แบบสอบถามพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร 4) แบบประเมินมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร ตามเกณฑ์ อาหารสะอาดรสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) ตามกฎกระทรวงสุขลักษณะสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561 พร้อมทั้งให้ความรู้ ประโยชน์ และเห็นคุณค่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย

ขั้นหลังการทดลอง

หลังการทดลองเสร็จสิ้นแล้ว เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารต่อพฤติกรรมของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยเบื้องต้นได้ทำการทดสอบการกระจายของข้อมูล ตัวแปรหลักทั้งสองกลุ่ม โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk Test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (p -value >0.05) จึงวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะส่วนบุคคล ค่าเฉลี่ยความรอบรู้และพฤติกรรมด้านสุขภาพอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Repeated-Measures ANOVA , Independent Samples t-test และ Chi-Square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยตระหนักถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัยและขออนุมัติไปยังคณะกรรมการจริยธรรมในคณะมหาวิทยาลัยมหาสารคามเพื่อพิจารณารับรองการศึกษาวิจัย และได้รับใบรับรองจริยธรรมเลขที่ 546-522/2566 วันที่รับรอง 25 ธันวาคม 2566 ซึ่งในการนี้ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามเงื่อนไขของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างผู้สัมผัสอาหารที่ศึกษาค้างนี้มีทั้งหมด 78 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 39 คน และกลุ่มทดลอง 39 คน คุณลักษณะส่วนบุคคลในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.10 มีอายุเฉลี่ย 42.54 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.28 ปี) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ร้อยละ 69.20 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท ร้อยละ 56.50 มีประสบการณ์ในการทำงานในร้านอาหารเฉลี่ย 4.64 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.73 ปี) ไม่เคยได้รับการอบรมด้านสุขภาพอาหาร ร้อยละ 87.20 และร้านอาหารไม่เคยได้รับการรับรองมาตรฐานอาหารสะอาด รสชาติอร่อย ร้อยละ 74.40 คุณลักษณะส่วนบุคคลในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.00 มีอายุเฉลี่ย 43.72 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.68 ปี) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ร้อยละ 56.40 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท ร้อยละ 29.55 มีประสบการณ์ในการทำงานในร้านอาหารเฉลี่ย 3.98 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.40 ปี) ไม่เคยได้รับการอบรมด้านสุขภาพอาหาร ร้อยละ 92.30 และร้านอาหารไม่เคยได้รับการรับรองมาตรฐานอาหารสะอาด รสชาติอร่อย ร้อยละ 71.80 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สัมผัสอาหารในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=39)		กลุ่มทดลอง (n=39)		p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. เพศ					
ชาย	14	35.90	16	41.00	0.642
หญิง	25	64.10	23	59.00	
2. อายุ					
18 - 30 ปี	10	25.60	6	15.40	0.960

ตารางที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สัมผัสอาหารในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=39)		กลุ่มทดลอง (n=39)		p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
31 - 40 ปี	7	17.90	11	28.20	
41 - 50 ปี	11	28.20	8	20.50	
51 - 60 ปี	5	12.80	11	28.20	
61 ปีขึ้นไป	6	15.50	3	7.70	
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	42.54 (13.28)		43.72 (11.68)		
(ต่ำสุด : สูงสุด)	(24 : 65)		(25 : 66)		
3. ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	1	2.60	0	0.00	0.188
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	0	0.00	2	5.10	
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	27	69.20	22	56.40	
อนุปริญญา (ปวส.)	8	20.50	14	35.90	
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	3	7.70	1	2.60	
4. รายได้ต่อเดือน					
5,001 – 10,000 บาท	8	20.50	10	25.60	0.707
10,001 – 15,000 บาท	22	56.50	17	29.55	
15,001 – 20,000 บาท	7	17.90	3	6.81	
มากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป	2	5.10	4	9.09	
5. ประสบการณ์การทำงานในร้านอาหาร					
ต่ำกว่า 2 ปี	9	23.10	9	23.10	0.769
2 – 4 ปี	14	35.90	14	35.90	
4 ปี 1 เดือน - 6 ปี	9	23.10	12	30.80	
มากกว่า 6 ปีขึ้นไป	7	17.90	4	10.20	
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	4.64 (4.73)		3.98 (2.40)		
(ต่ำสุด : สูงสุด)	(1 : 30)		(0.7 : 12)		
6. การผ่านการอบรมด้านสุขาภิบาลอาหาร					
เคยผ่านการอบรม	5	12.80	3	7.70	0.455
ไม่เคยผ่านการอบรม	34	87.20	36	92.30	
7. เคยได้รับการรับรองมาตรฐานอาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste)					
เคย	10	25.60	11	28.20	0.799
ช่วงปีที่ได้รับ	ปี 2562 - 2565		ปี 2563 - 2565		
ไม่เคย	29	74.40	28	71.80	

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, * ใช้สถิติ Chi-Square test

ส่วนที่ 2 การศึกษาและเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารและพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร

ผลการศึกษาเปรียบเทียบความต่างของความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร ทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารไม่แตกต่างกัน (p -value = 0.704) แต่ภายหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ 1 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) หากพิจารณาเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารแยกรายด้าน พบว่าทั้งสองกลุ่มมีความรอบรู้ทุกด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ส่วนการศึกษาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร ก่อนการได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารไม่แตกต่างกัน (p -value = 0.406) ภายหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ 1 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหาร ก่อนการให้โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร และหลังการให้โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ในกลุ่มควบคุม ($n=39$) และกลุ่มทดลอง ($n=39$)

ความรู้และ พฤติกรรม ด้านสุขาภิบาลอาหาร	ก่อนให้โปรแกรม (สัปดาห์ที่ 1)		t	p	หลังให้โปรแกรม 1 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 5)		t	p
	Mean (S.D.)				Mean (S.D.)			
	กลุ่ม	กลุ่ม			กลุ่ม	กลุ่ม		
	ควบคุม	ทดลอง			ควบคุม	ทดลอง		
1. การเข้าถึงข้อมูล ด้านสุขาภิบาลอาหาร	17.26 (4.18)	18.08 (3.56)	0.93 3	0.35 4	18.41 (2.21)	22.05 (1.36)	8.772	<0.001*
2. ความรู้ ความเข้าใจ ด้านสุขาภิบาลอาหาร	15.05 (2.31)	15.03 (2.91)	0.04 3	0.96 6	15.18 (1.57)	18.26 (0.97)	10.42 2	<0.001*
3. ทักษะการสื่อสาร ข้อมูล ด้านสุขาภิบาลอาหาร	17.36 (2.79)	17.21 (2.89)	0.23 9	0.81 2	17.59 (2.00)	22.00 (1.19)	11.84 5	<0.001*
4. การจัดการตนเอง ด้านสุขาภิบาลอาหาร	16.90 (2.72)	17.15 (2.72)	0.41 6	0.67 8	16.84 (2.07)	22.95 (1.02)	16.49 0	<0.001*
5. การรู้เท่าทันสื่อ ด้านสุขาภิบาลอาหาร	17.97 (3.44)	17.87 (2.57)	0.14 9	0.88 2	18.49 (2.00)	22.00 (1.19)	9.428	<0.001*
6. การตัดสินใจ ด้านสุขาภิบาลอาหาร	17.72 (3.20)	17.90 (2.40)	0.28 0	0.78 0	18.00 (2.46)	22.41 (1.23)	10.01 4	<0.001*

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, * ใช้สถิติ Independent Samples t-test

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหาร ก่อนการให้โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร และหลังการให้โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ ในกลุ่มควบคุม (n=39) และกลุ่มทดลอง (n=39) (ต่อ)

ความรู้และ พฤติกรรม ด้านสุขาภิบาลอาหาร	ก่อนให้โปรแกรม (สัปดาห์ที่ 1)				หลังให้โปรแกรม 1 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 5)			
	Mean (S.D.)		t	p	Mean (S.D.)		t	p
	กลุ่ม ควบคุม	กลุ่ม ทดลอง			กลุ่ม ควบคุม	กลุ่ม ทดลอง		
ความรู้ด้าน สุขาภิบาลอาหารรวมทุก ด้าน	102.26 (12.05)	103.2 3 (10.46)	0.38 1	0.70 4	104.5 1 (6.58)	129.6 7 (3.59)	20.95 0	<0.001*
พฤติกรรมด้าน สุขาภิบาลอาหาร	60.54 (8.22)	58.92 (8.84)	0.83 6	0.40 6	60.72 (5.44)	80.26 (2.05)	20.98 0	<0.001*

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, * ใช้สถิติ Independent Samples t-test

ส่วนที่ 3 การศึกษาและเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารและพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร

ผลการศึกษาเปรียบเทียบความต่างของความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารในแต่ละช่วงของกลุ่มทดลอง พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารทันที มีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร 127.97 คะแนน (S.D. = 4.45) และหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ 1 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร 129.67 คะแนน (S.D. = 3.59) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ 1 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 26.44, p -value <0.001) หากพิจารณาเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารแยกรายด้านในแต่ละช่วง พบว่า ความรอบรู้ทุกด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001) และยังพบว่าจากการเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารแต่ละครั้งมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.05) สำหรับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารทันที พบว่า มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร 79.41 คะแนน (S.D. = 2.28) และหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ 1 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร 80.26 คะแนน (S.D. = 2.05) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ 1 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 21.34, p -value <0.001) และพบว่าจากการ

เปรียบเทียบพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารแต่ละครั้งมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) รายละเอียดดังตารางที่ 3 และตารางที่ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของความรอบรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหาร ก่อน-หลังการให้โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ หลังการให้โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ หลังการให้โปรแกรม 1 สัปดาห์ และก่อนการให้โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้-หลังการให้โปรแกรม 1 สัปดาห์ ภายในกลุ่มทดลอง ($n = 39$)

ความรอบรู้ และพฤติกรรม ด้านสุขาภิบาลอาหาร	ก่อนให้ โปรแกรม (สัปดาห์ที่ 1)	หลังให้ โปรแกรม ทันที (สัปดาห์ที่ 3)	หลังให้ โปรแกรม 1 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 5)	F	p
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)		
1. การเข้าถึงข้อมูลด้าน สุขาภิบาลอาหาร	18.08 (3.56)	21.92 (1.44)	22.05 (1.36)	56.95	$< 0.001^*$
2. ความรู้ ความเข้าใจด้าน สุขาภิบาลอาหาร	15.03 (2.91)	18.08 (0.98)	18.26 (1.00)	49.47	$< 0.001^*$
3. ทักษะการสื่อสารข้อมูล ด้านสุขาภิบาลอาหาร	17.21 (2.89)	21.79 (1.40)	22.00 (1.19)	152.64	$< 0.001^*$
4. การจัดการตนเองด้าน สุขาภิบาลอาหาร	17.15 (2.72)	22.59 (1.33)	22.95 (1.02)	200.78	$< 0.001^*$
5. การรู้เท่าทันสื่อด้าน สุขาภิบาลอาหาร	17.87 (2.57)	21.64 (1.31)	22.00 (1.19)	93.71	$< 0.001^*$
6. การตัดสินใจด้าน สุขาภิบาลอาหาร	17.90 (2.40)	21.95 (1.32)	22.41 (1.23)	117.81	$< 0.001^*$
ความรอบรู้ด้านสุขาภิบาล อาหารรวมทุกด้าน	103.23 (10.46)	127.97 (4.45)	129.67 (3.59)	320.74	$< 0.001^*$
พฤติกรรมด้านสุขาภิบาล อาหาร	58.92 (8.84)	79.41 (2.28)	80.26 (2.05)	246.24	$< 0.001^*$

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, *ใช้สถิติ Repeated-Measures ANOVA

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของความรอบรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหาร ก่อนการให้โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้-หลังการให้โปรแกรม หลังการให้โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้-หลังการให้โปรแกรม 1 สัปดาห์ และก่อนการให้โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้-หลังการให้โปรแกรม 1 สัปดาห์ ภายในกลุ่มทดลอง ($n = 39$)

ความรอบรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร	p
ความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร	
ก่อนให้โปรแกรม (สัปดาห์ที่ 1) - หลังให้โปรแกรมทันที (สัปดาห์ที่ 3)	$< 0.001^*$
หลังให้โปรแกรมทันที (สัปดาห์ที่ 3) - หลังให้โปรแกรม 1 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 5)	0.001*
ก่อนให้โปรแกรม (สัปดาห์ที่ 1) - หลังให้โปรแกรม 1 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 5)	$< 0.001^*$
พฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร	
ก่อนให้โปรแกรม (สัปดาห์ที่ 1) - หลังให้โปรแกรมทันที (สัปดาห์ที่ 3)	$< 0.001^*$

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของความรอบรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหาร ก่อนการให้โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้-หลังการให้โปรแกรม หลังการให้โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้-หลังการให้โปรแกรม 1 สัปดาห์ และก่อนการให้โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้-หลังการให้โปรแกรม 1 สัปดาห์ ภายในกลุ่มทดลอง ($n = 39$) (ต่อ)

ความรอบรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร	p
หลังให้โปรแกรมทันที (สัปดาห์ที่ 3) – หลังให้โปรแกรม 1 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 5)	0.007*
ก่อนให้โปรแกรม (สัปดาห์ที่ 1) – หลังให้โปรแกรม 1 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 5)	<0.001*

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, *ใช้สถิติ Repeated-Measures ANOVA

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารต่อพฤติกรรมของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. ความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน ในกลุ่มทดลองหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารทันที และหลังได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์ มีความรอบรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีระดับความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารเพิ่มขึ้นมาอยู่ในระดับดีทั้งหมด ทั้งภายหลังจากได้รับโปรแกรมทันที และหลังได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์ ซึ่งกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารเพิ่มขึ้นจากก่อนการได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001) เมื่อจำแนกความรอบรู้เป็นรายด้านในกลุ่มทดลอง จะพบว่า ความรอบรู้ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร หลังการได้รับโปรแกรมการทันที และหลังการได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001) เป็นผลมาจากการที่ผู้สัมผัสอาหารกลุ่มทดลองได้รับการเสริมสร้างความรู้เรื่องหลักสุขาภิบาลอาหาร และอันตรายที่เกิดจากอาหารและน้ำที่ไม่สะอาดปลอดภัย และมีการเสริมสร้างความรอบรู้โดยสนับสนุนช่องทางการเข้าถึงข้อมูลมีการฝึกปฏิบัติการค้นหาข้อมูลสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารจากสื่อ ทำให้ผู้สัมผัสอาหารสามารถรู้วิธีการค้นหาข้อมูล สามารถเข้าถึงข้อมูลที่จะนำมาใช้ในการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารของตนเองได้ สำหรับความรอบรู้ด้านที่ 2 ความรู้ ความเข้าใจด้านสุขาภิบาลอาหาร พบว่า หลังการได้รับโปรแกรมทันที และหลังการได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001) เป็นผลมาจากการที่ผู้สัมผัสอาหารกลุ่มทดลองได้รับการบรรยายเสริมสร้างความรู้ข้อกำหนดมาตรฐานการสุขาภิบาลอาหารสำหรับ “สถานที่จำหน่ายอาหาร” และความรู้เกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหาร มีการแบ่งกลุ่มทำกิจกรรมระดมสมองในกิจกรรมจะอย่างไรให้ “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการสุขาภิบาลอาหารในสถานประกอบกิจการด้านอาหาร และเป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และนำเสนอแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ทำให้ได้รับความรู้อันเป็นพื้นฐานที่จำเป็นเกี่ยวกับมาตรฐานการสุขาภิบาลอาหารและกฎหมายที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปปรับใช้ในการประกอบกิจการในร้านอาหารของตนเอง สำหรับความรอบรู้ด้านที่ 3 ทักษะการสื่อสารข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร พบว่า หลังการได้รับโปรแกรมทันที

และหลังการได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001) เป็นผลมาจากผู้สัมผัสอาหารกลุ่มทดลองได้ร่วมกิจกรรมฝึกทักษะการสื่อสาร ชักถาม อธิบายลักษณะ สุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดี และการสื่อสารข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และรับฟังข้อเสนอแนะร่วมกันส่งผลให้ผู้สัมผัสอาหารมีคะแนนทักษะการสื่อสารข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหารที่สูงขึ้น สำหรับความรอบรู้ด้านที่ 4 ในการจัดการตนเองด้านสุขาภิบาลอาหาร พบว่า หลังการได้รับโปรแกรมทันที และหลังการได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001) เป็นผลมาจากผู้สัมผัสอาหารกลุ่มทดลองได้รับการบรรยายเสริมสร้างความรู้เรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้สัมผัสอาหาร และมีกิจกรรมให้เล่นเกมจับคู่ แล้วตรวจสอบสุขวิทยาส่วนบุคคล ทำให้ผู้สัมผัสอาหารมีความรู้และสามารถวิเคราะห์สุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดีและไม่ดี ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการวางแผนในการจัดการตนเองตามหลักสุขาภิบาลอาหารได้ สำหรับความรอบรู้ด้านที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อด้านสุขาภิบาลอาหาร พบว่า หลังการได้รับโปรแกรมทันที และหลังการได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001) เป็นผลมาจากผู้สัมผัสอาหารกลุ่มทดลองได้ฝึกการตรวจสอบข้อมูลที่ถูกต้อง มีทักษะการเลือกใช้สื่อที่ถูกต้องเหมาะสม เป็นปัจจุบันและสามารถให้ข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหารแก่ผู้บริโภคได้ และในส่วนของความรอบรู้ด้านที่ 6 การตัดสินใจด้านสุขาภิบาลอาหาร พบว่า หลังการได้รับโปรแกรมทันที และหลังการได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001) เป็นผลมาจากผู้สัมผัสอาหารกลุ่มทดลองได้รับการเสริมสร้างความรู้โดยบรรยายสาธิตและฝึกปฏิบัติทักษะการปฏิบัติงานด้านสุขาภิบาลอาหารให้กับผู้สัมผัสอาหาร ได้แก่ การล้างผัก การล้างมือ 7 ขั้นตอน การตรวจเผาะระวังสารปนเปื้อนในอาหารด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น (test-kit) 4 ชนิด ได้แก่ สารบอแรกซ์ สารฟอกขาว สารกันรา สารฟอร์มาลิน การตรวจเผาะระวังคุณภาพอาหารด้านชีวภาพ โดยใช้ชุดทดสอบโคลิฟอร์มแบคทีเรียขั้นต้น ในภาชนะสัมผัสอาหาร ตัวอย่างอาหาร และมือผู้สัมผัสอาหาร และผู้สัมผัสอาหารนำแบบประเมินตามแบบมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ที่ทำการประเมินตนเอง พร้อมภาพถ่ายร้านอาหาร นำมาวิเคราะห์ส่วนที่ต้องปรับปรุงและพัฒนาโดยใช้หลักสุขาภิบาลอาหาร ทำให้ผู้สัมผัสอาหารได้รับข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมและวิธีการที่ปลอดภัยสำหรับตนเองและผู้บริโภค เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหารได้ โดยความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารทุกด้านของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการให้โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารทั้งโดยรวมและรายด้านไม่แตกต่างจากก่อนการได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ โดยภายหลังการได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์ ส่วนใหญ่ยังคงมีระดับความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารในระดับปานกลาง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารโดยประยุกต์ใช้การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และหลักการสุขาภิบาลอาหารสำหรับผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหาร โดยมีกิจกรรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร แบบบรรยาย อภิปราย เล่นเกมส์และฝึกปฏิบัติ สามารถช่วยให้ผู้สัมผัสอาหารมีการเข้าถึงข้อมูลจากการสนับสนุนช่องทางในการเข้าถึงข้อมูล รู้เท่าทันสื่อสามารถตรวจสอบข้อมูลที่ถูกต้องได้ มีความรู้ความเข้าใจมาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหาร สามารถสื่อสาร ชักถามอธิบายข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหารได้ มีการจัดการตนเองด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลจากการวิเคราะห์ความสำคัญและความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น และการ

นำไปสู่การตัดสินใจนำข้อมูลที่ได้ไปปรับใช้ในการปฏิบัติงานในร้านอาหารของตนเองได้ โดยสอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Ngonsamrong & Kokkrathok (2023) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลธงชัยเหนือ อำเภอบึงทองชัย จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกด้านมีคะแนนมากขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) โดยคะแนนด้านความรู้ความเข้าใจทางด้านสุขภาพ เป็นผลมาจากการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับความรู้อันเป็นพื้นฐานที่จำเป็นทำให้มีความรู้ที่ถูกต้องนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีตามหลัก 3อ.2ส. สำหรับด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ มาจากการที่ได้รับความรู้จากการอบรมเชิงปฏิบัติการทำให้มีความสามารถและรู้วิธีการค้นหาข้อมูลทางด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ทันสมัย และรู้วิธีการค้นหาข้อมูลทางด้านสุขภาพจนสามารถนำข้อมูลมาใช้ในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง สำหรับด้านการสื่อสารสุขภาพ โดยได้เข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ได้ฝึกนำเสนอข้อมูลเพื่อเรียนรู้ตามหัวข้อต่าง ๆ รวมถึงได้มีโอกาสให้ข้อเสนอแนะและรับฟังข้อคิดเห็นจากผู้อื่นส่งผลให้มีคะแนนทักษะการสื่อสารสูงขึ้นได้ ส่วนด้านการจัดการตนเอง และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เป็นผลมาจากการที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการ ได้ฝึกวิเคราะห์โดยใช้เหตุผล และมีการติดตามผ่านทางแอปพลิเคชันอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีเป้าหมายและสามารถวางแผนจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมและสามารถกำหนดทางเลือกที่ถูกต้องในการตัดสินใจปฏิบัติตนเองตามหลัก 3อ.2ส. และสอดคล้องกับการศึกษาของ Aeksanti, Maharachpong, Rodjarkpai & Thetkathuek (2023) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกข้าว พบว่า ก่อนการทดลองความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมทุกด้านทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพโดยรวมทุกด้านเพิ่มสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) โดยมีกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพ ได้แก่ การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วยการบรรยายประกอบสื่อการสอน การแจกเอกสารคู่มือชุดความรู้ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การใช้สื่อวิดีโอเกี่ยวกับผลกระทบจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและการปฏิบัติตัวเพื่อความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช แล้วฝึกปฏิบัติทักษะที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้สุขภาพ การป้องกันตนเองจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การทำกิจกรรมกลุ่ม การนำเสนอผลงานและอภิปรายกลุ่ม ซึ่งพบว่าภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทดลองมีระดับความรอบรู้สุขภาพเพิ่มขึ้น ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพเกษตรกรให้เกิดความยั่งยืนจึงควรพัฒนาความรอบรู้สุขภาพซึ่งเป็นดัชนีสะท้อนผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcome) อันเกิดขึ้นจากการดำเนินงานสุขศึกษาด้วยวิธีการใช้สื่อและเนื้อหาที่หลากหลายส่งผลให้เกิดการเรียนรู้อย่างชัดเจน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Thongprapan & Samruayruen (2022) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ตำบลหนองโสน อำเภอสว่างม่ง จังหวัดพิจิตร พบว่า การที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการนั้น ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะความสามารถเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ สามารถตัดสินใจในการบริโภคอาหารได้ด้วยตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคได้อย่างเหมาะสมและมีโภชนาการที่ดี และเป็นกระบวนการจัดการตนเองที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนรูปแบบพฤติกรรมของตนเองให้เป็นผู้มีทักษะความชำนาญและความสามารถในการจัดการตนเอง

2. พฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในกลุ่มทดลองหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารทันที และหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ 1

สปีดามีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรู้ และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการวิจัยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ สัมผัสอาหาร จากกิจกรรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร ผู้สัมผัสอาหารสามารถนำมา ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการปฏิบัติงานด้านสุขาภิบาลอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sasitha, Ivanovitch & Boonshuyar (2022) ที่ทำการศึกษาความรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภค อาหารของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พบว่า ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการและการรู้เท่าทันสื่อด้าน โภชนาการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยนักศึกษาที่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ การบริโภคอาหาร การรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการที่ดีจะมีพฤติกรรมในการบริโภคอาหารที่ดี และผล การศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาด้านสุขาภิบาลอาหารของ Somsanook, Sirisophon & Boonchuaythanasit (2016) ที่ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมด้าน สุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในท่าอากาศยานดอนเมือง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองได้รับสุข ศึกษที่เหมาะสมเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารจึงเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร ด้วยการ ใช้กลวิธีทางสุขศึกษาที่เน้นให้ผู้สัมผัสอาหารได้รับประสบการณ์เรียนรู้จากการเข้าร่วมอบรมและร่วม กิจกรรมต่าง ๆ โดยมีกิจกรรมประกอบการบรรยายความรู้ การชมวิดีโอ การสาธิตการฝึกปฏิบัติการ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน การตรวจเยี่ยม สังเกตการปฏิบัติและให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่มีการดำเนินกิจกรรมส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทาง ที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1) ความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารและพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในกลุ่มทดลองสูงขึ้น จึงควรนำไปใช้พัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร อำเภอสามโคกต่อไป

2) ภายหลังการทดลองใช้โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัส อาหารในร้านอาหารอำเภอสามโคก ทำให้ผู้สัมผัสอาหารมีความรอบรู้และมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัว ด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารที่ดีขึ้น ทำให้สามารถพัฒนาร้านอาหารให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน สุขาภิบาลอาหาร ตามกฎกระทรวงสุขลักษณะสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561 ตามที่กฎหมายกำหนด เพิ่มขึ้น จึงควรนำไปใช้ในการเตรียมความพร้อมรองรับการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานด้านสุขาภิบาล อาหาร เพื่อพัฒนาคุณภาพร้านอาหารให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานในอำเภอสามโคกต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาการอบรมความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัส อาหารร่วมกับหลักสูตรผู้สัมผัสอาหารตามกฎหมายกำหนด และมีการศึกษาการพัฒนาแบบการ พัฒนาคุณภาพร้านอาหารให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร โดยการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อรองรับการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหาร และ ใช้เป็นรูปแบบในการพัฒนาการดำเนินด้านสุขาภิบาลอาหารต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนทุนในการวิจัยจากงบประมาณรายได้คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ 2567 จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

References

- Satayavongthip, B., Paosungnoen, A. & Rachuthorn, T. (2017). Developing the Knowledge and Practice about Food Sanitation of Food Peddlers, Sungnoen District, Nakhon Ratchasima Province. *Ratchaphruek Journal*, 15(3), 79-87.
- Bureau Of Food and Water Sanitation Department Of Health Ministry of Public Health. (2021). The Food Sanitation Standard Manual for “Food Establishments”. Bangkok: Kaew Chao Chom Media and Publishing Center Suan Sunandha Rajabhat University.
- Department of Food and Water Sanitation, Department of Health, Ministry of Public Health. (2021). Food Sanitation Curriculum Manual for Business Operators and Food Handlers. Bangkok: Kaew Chao Chom Media and Publishing Center, Suan Sunandha Rajabhat University.
- Bureau Of Epidemiology. (2022). *Hello, Information on Communicable Disease Report from the Pathum Thani Provincial Public Health Office*. Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Retrieved 8, 2023.
- Bureau of Epidemiology. (2022). *Report on Communicable Diseases*, Pathum Thani Provincial Public Health Office. Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Retrieved 8, 2023.
- Bureau Of Epidemiology. (2023). *Report system 506*, Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Retrieved 8, 2023 from <https://appsdoe.moph.go.th/boe/software/download.php>.
- Bureau of Epidemiology. (2023). *506 Reporting System*, Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Retrieved 8, 2023. from <https://appsdoe.moph.go.th/boe/software/download.php>.
- Ngonsamrong, C., & Kokkrathok, N. (2023). Effects of health behavior promotion program among village health volunteers in Thongchai Nuea Subdistrict, Pak Thong Chai District, Nakhon Ratchasima Province. *Journal of Health Research and Development Nakhon Ratchasima Public Health Provincial Office*, 9(1), 115-129.
- Cohen, J. (1998). Statistical power analysis for behavioral sciences. (2nded.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Health Education Division. (2018). Promoting and Evaluating Health Literacy and Behavior. Department of Health Service Support.
- Health Education Division, Department of Health Service Support. (2018). Promoting and Evaluating Health Literacy and Behavior. Department of Health Service Support.
- Pathum Thani Provincial Public Health Office. (2022). Report on Work Supervision According to indicators from the Ministry of Public Health. Meeting room, Pathum Thani Provincial Public Health Office, Pathum Thani Province, 20 October 2022.
- Pathum Thani Provincial Public Health Office. (2022). Supervision Report on Ministry of Public Health Indicators. Meeting Room, Pathum Thani Provincial Public Health Office, Pathum Thani, October 20, 2022.

- Pathum Thani Provincial Public Health Office. (2022). Report on Supervision and Monitoring According to Provincial level indicators, No.1. Meeting room, Samkhok Hospital, December 16, 2022.
- Pathum Thani Provincial Public Health Office. (2022). The 1st Provincial Indicator Monitoring and Supervision Report. Meeting Room, Sam Khok Hospital, Pathum Thani, December 16, 2022.
- Thongprapan, P., & Samruayruen, K. (2022). Effect of Food and Nutrition Literacy Program among Upper Primary School Students at Nong Sanho Sub-district, Sam-Ngam District, Phichit Province, Thailand. *EAU Heritage Journal Science and Technology*, 17(1), 170-182.
- Sasitha, R., Ivanovitch, K. & Boonshuyar, C. (2022). Nutrition Literacy and Eating Behavior of Undergraduate Students of Faculty of Public Health, Thammasat University. *The Public Health Journal of Burapha University*, 17(1), 28-43.
- Samkhok District Office. (2022). Report on Business establishment information in Samkhok District. Meeting room, Samkhok District Office. Pathum Thani Province, 28 October 2022.
- Sam Khok District Office. (2022). Business Establishment Report in Sam Khok District. Meeting Room, Sam Khok District Office, Pathum Thani, October 28, 2022.
- Somsanook, S., Sirisophon, N. and Boonchuaythanasi, K. (2016). Effectiveness of health education program for food sanitation behavior development on food handlers at Don Mueang International Airport. *Journal of Health Science Research*, 10(2), 141-150.
- Aeksanti, T., Maharachpong, N., Rodjarkpai, Y. & Thetkathuek, A. (2023). The effects of health literacy promoting program for pesticides used among rice farmers. *Journal of Public Health Naresuan University*, 5(1), 42-55.
- Singthong, T. (2019) Effects of nutrition literacy promotion program on eating behavior of secondary school students. Master of Public Health. Samut Prakan Province: Health Promotion Management Faculty of Public Health, Thammasat University.
- Youngiam, W. (2021). Food and nutrition literacy: Definitions and applications. *Journal of Public Health Naresuan University*, 3(3), 1-15.

ประสิทธิผลของโปรแกรมฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล
Effectiveness of the Training Program on Rabies' Knowledge among Village
Health Volunteers under the PBRI Model Concept

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: July 7, 2024

Revised: Oct. 30, 2024

Accepted: Nov. 28, 2024

Published Dec. 1, 2024

ฐิติพร แสงรัตน์, นภา ทองกิจ และ ยุทธนา แยกคาย

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Titiphon Sangrat, Napa Tongkit, and Yutthana Yaebkai

Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok,

Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

บทคัดย่อ

กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 คน ซึ่งได้จากการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล ส่วนกลุ่มควบคุมดำเนินการตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ Fisher's exact test และ Mann-Whitney U-test ผลการวิจัย พบว่า ก่อนจัดกิจกรรมตามโปรแกรมฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 แต่ภายหลังจัดกิจกรรมตามโปรแกรมฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าสูงกว่าก่อนจัดกิจกรรมตามโปรแกรมฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล ที่พัฒนาขึ้นสามารถเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ จึงควรนำไปใช้ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้น รวมทั้งนำประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ตามความเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมฝึกอบรม, ความรู้, โรคพิษสุนัขบ้า, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, สบช.โมเดล.

Abstract

This quasi-experimental research with the two-group pretest-posttest design aimed to study the effectiveness of the training program on rabies knowledge among village health volunteers using the PRBR model concept. The study involved 52 village health volunteers, equally assigned to experimental and control groups based on simple random sampling without replacement. The experimental group participated in the training program on rabies knowledge among village health volunteers under the PRBR model concept, whereas the control group was free of the intervention program. Data were collected using a questionnaire and then analyzed using frequency distribution, percentage, Fisher's exact test, and Mann-Whitney U-test. The results revealed that before the training program, the experimental and control group's knowledge of rabies was significantly different at 0.05. However, after the training programs, the experimental group's knowledge of rabies was higher than before the training programs, and the control group was significantly different at 0.05. The findings indicate that the training program on rabies knowledge among village health volunteers under the PRBR model concept could increase the knowledge of rabies. The training programs should be employed to cover all targeted groups and applied in other areas appropriately.

Key words: Training program, Knowledge, Rabies, Village health volunteers, PRBR model

บทนำ

สถาบันพระบรมราชชนก เป็นสถาบันอุดมศึกษาของรัฐที่ผลิตบุคลากรด้านการสาธารณสุข สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดสมรรถนะหลักของสถาบัน โดยใช้แนวคิด สมช.โมเดล คือ การบูรณาการพันธกิจอุดมศึกษาในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมนิเทศงานสาธารณสุขมูลฐานเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนด้วยการคัดกรอง เฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สี จัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน โดยใช้ชุมชนเป็นฐานบนพื้นฐานการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นการใช้ภูมิปัญญาของชุมชน การบูรณาการศาสตร์หลายแขนง การสร้างภาคีเครือข่าย และการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อสุขภาวะชุมชน (Tianthavorn, 2023) นอกจากนี้ยังเป็นหนึ่งในหน่วยงานที่รับผิดชอบการดำเนินงานตามแผนบูรณาการโครงการสัตว์ปลอดโรคคนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานศาสตราจารย์ ดร. สมเด็จพระเจ้าน้องนางเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี ซึ่งมีทิศทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ในปี พ.ศ. 2563-2568 ในยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการป้องกัน และกลยุทธ์ที่ 2 กลยุทธ์การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในคน ประกอบด้วย 1) ประสานความร่วมมือด้านนโยบายและการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครให้สามารถปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า 2) ประสานความร่วมมือด้านการพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรม 3) ส่งเสริมและสนับสนุนให้อาสาสมัครที่ปฏิบัติงานด้านโรคพิษสุนัขบ้า และ 4) ประสานและให้ความร่วมมือด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (Chulabhorn Royal Academy, 2022) ดังนั้น วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งเป็นวิทยาลัยในสังกัดคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ให้บริการทางวิชาการแก่สังคมโดยเน้นความร่วมมือกับชุมชนตามมาตรา 8 (5) แห่งพระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2562 (Praboromarajchanok Institute Act B.E. 2562, 5 April 2019, pp. 40-65) โดยให้ความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าสำหรับสถานศึกษาและชุมชน จัดให้มีกิจกรรมการบูรณาการการเรียนการสอนและการบริการวิชาการแก่สังคมและชุมชนเพื่อสัตว์ปลอดโรคคนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า และการให้ความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าสำหรับประชาชนในชุมชน โดยมุ่งเน้นชุมชนเป้าหมายของวิทยาลัยที่มีปัญหาหรือเป็นพื้นที่เสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการและสนองพระปณิธานศาสตราจารย์ ดร. สมเด็จพระเจ้าน้องนางเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี ในการกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปจากประเทศไทย

จากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นสรุปได้ว่า ความรู้คือสิ่งที่มนุษย์มีความคิดได้จากข้อเท็จจริง ทำศนคติมีรากฐานมาจากความเชื่อที่อาจส่งผลต่อการปฏิบัติในอนาคตได้โดยมีทัศนคติเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงระหว่างความรู้กับการปฏิบัติซึ่งประกอบด้วยการสังเกต การลงมือปฏิบัติ ความถูกต้อง ความต่อเนื่อง และความเป็นธรรมชาติ เมื่อปฏิบัติบ่อยครั้งจนเกิดเป็นทักษะ (Bloom, 1965) ทั้งนี้ การฝึกอบรมเป็นกระบวนการที่จัดขึ้นเพื่อเพิ่มความรู้ ความชำนาญ และความสามารถของบุคคลให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Avakul, 1997) ดังนั้น จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สมช.โมเดล เพื่อใช้เป็นโปรแกรมฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครที่ปฏิบัติงานด้านโรคพิษสุนัขบ้า ภายใต้โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานศาสตราจารย์ ดร. สมเด็จพระเจ้าน้องนางเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นไปตามระเบียบหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และยั่งยืน โดยให้มีอาสาสมัครที่ปฏิบัติงาน

ด้านโรคพิษสุนัขบ้าประจำหมู่บ้านหรือชุมชน อย่างน้อย 1 คน (Department of Livestock Development, Department of Health Service Support, Department of Disease Control & Department of Local Administration, 2023) ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมสามารถนำความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในครอบครัวและชุมชนให้หมดไป

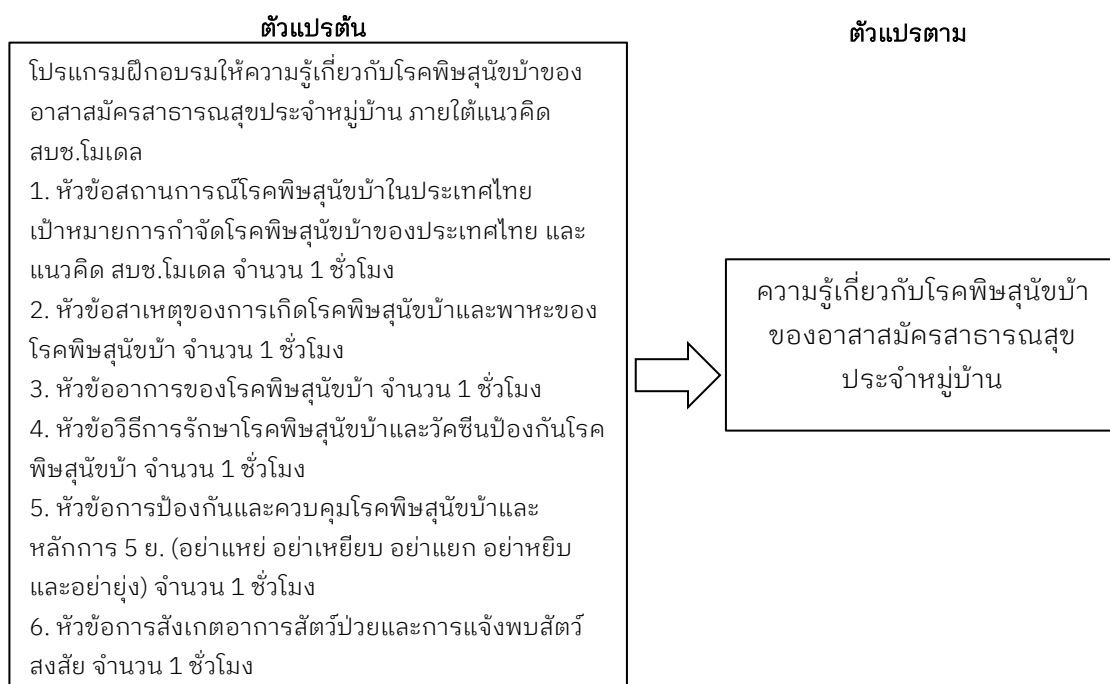
วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล ภายใต้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังจัดกิจกรรมตามโปรแกรมฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังจัดกิจกรรมตามโปรแกรมฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล

สมมติฐาน

1. ภายหลังจัดกิจกรรมตามโปรแกรมฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล กลุ่มทดลองจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าสูงกว่าก่อนจัดกิจกรรมตามโปรแกรมฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล
2. ภายหลังจัดกิจกรรมตามโปรแกรมฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล กลุ่มทดลองจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) ชนิดศึกษาสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The two group, pretest - posttest design) ครั้งนี้แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (Experiment group) และกลุ่มควบคุม (Control group) โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล ที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี Knowledge Attitude Practice (KAP) ของ Bloom (1965) ส่วนกลุ่มควบคุมดำเนินการปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบทดสอบก่อนเรียน (Pre-test) ก่อนการฝึกอบรม จัดกิจกรรมตามโปรแกรมฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล เป็นการฝึกอบรมภาคทฤษฎี จำนวน 1 วัน (6 ชั่วโมง) และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบทดสอบหลังเรียน (Post-test) หลังการฝึกอบรมทันที

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 6, 8, 9, 10, 11 และ 15 ตำบลวังทอง อำเภอมโนรมย์ จังหวัดพิษณุโลก (พื้นที่บันทึกข้อตกลงความร่วมมือ สบช.โมเดล) จำนวน 90 คน ซึ่งคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power version 3.0.10 (Faul et al, 2009) ได้ขนาดตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 26 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 26 คน ในจำนวนที่เท่ากันหรือในอัตราส่วน 1 : 1 เพื่อเพิ่มความแม่นยำของผลลัพธ์หรือประสิทธิภาพของการประมาณค่า (Hennessy et al, 1999) ซึ่งใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนเพื่อแบ่งกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล และกลุ่มควบคุมดำเนินการตามปกติ โดยมีเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีสถานภาพการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาแล้ว 1 ปีขึ้นไป ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่บันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (Memorandum of understanding: MOU) ตามแนวคิด สบช.โมเดล ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก และยินดีให้ข้อมูลสำหรับเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ พันสภาพการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เช่น เสียชีวิต ลาออก มติประชาคมให้ออก และย้ายที่อยู่ไปในพื้นที่อื่น มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง กระทั่งหนัก และไม่สามารถให้ข้อมูลได้ และปฏิเสธหรือถอนตัวจากโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นโปรแกรมฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล ที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี Knowledge Attitude Practice (KAP) ของ Bloom (1965) ประกอบด้วยสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทย เป้าหมายการกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าของประเทศไทย แนวคิด สบช.โมเดล สาเหตุของการเกิดโรคพิษสุนัขบ้า พาหะของโรคพิษสุนัขบ้า อาการของโรคพิษสุนัขบ้า วิธีการรักษาโรคพิษสุนัขบ้า วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า การป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า หลักการ 5 ย. (อย่าแหย่ อย่าเหยียบ อย่าแยก อย่าหยิบ และอย่ายุ่ง) การสังเกตอาการสัตว์ป่วย และการแจ้งพบสัตว์ ทั้งนี้ โปรแกรมฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล เป็นการฝึกอบรมภาคทฤษฎี จำนวน 1 วัน (6 ชั่วโมง) ประกอบด้วย 1) หัวข้อสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทย เป้าหมายการกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าของประเทศไทย และแนวคิด สบช.โมเดล จำนวน 1 ชั่วโมง 2) หัวข้อสาเหตุของการเกิดโรคพิษสุนัขบ้าและพาหะของโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 1 ชั่วโมง

3) หัวข้ออาการของโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 1 ชั่วโมง 4) หัวข้อวิธีการรักษาโรคพิษสุนัขบ้าและวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 1 ชั่วโมง 5) หัวข้อการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าและหลักการ 5 ย. (อย่าแหย่ อย่าเหยียบ อย่าแยก อย่าหยิบ และอย่ายุ่ง) จำนวน 1 ชั่วโมง และ 6) หัวข้อการสังเกตอาการสัตว์ป่วยและการแจ้งพบสัตว์สงสัย จำนวน 1 ชั่วโมง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง และส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี Knowledge Attitude Practice (KAP) ของ Bloom (1965) ลักษณะคำถามเป็นปลายปิดแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกตอบแบบถูก-ผิด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดให้ 0 คะแนน จำนวน 20 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน การแปลความหมายคะแนนระดับความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าแบ่งออกเป็น 3 ระดับ (Bloom, 1975) คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป (16 คะแนนขึ้นไป) ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60 – 79 (13-15 คะแนน) และความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60 (12 คะแนนลงไป)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย จำนวน 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านงานสุขภาพภาคประชาชน จำนวน 1 คน ประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ (Rovinelli & Hambleton, 1977) ได้ค่ารายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประเมินค่าความเที่ยงของแบบทดสอบ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้สูตร KR-21 ของ Kuder & Richardson (1937) ได้ค่าความเที่ยงของแบบทดสอบ เท่ากับ 0.78 ผ่านเกณฑ์ตามการวัดและประเมินผล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขึ้นก่อนการฝึกอบรม ผู้วิจัยส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ถึงประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านศูนย์สุขภาพชุมชนร่วมใจ โรงพยาบาลวังทอง จังหวัดพิษณุโลก เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมและการเก็บรวบรวมข้อมูลในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 6, 8, 9, 10, 11 และ 15 ตำบลวังทอง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับวิธีดำเนินการระยะเวลา การเก็บรวบรวมข้อมูล และแผนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล และผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

2. ขึ้นดำเนินการฝึกอบรม หลังจากได้ดำเนินการตามขั้นเตรียมการเรียบร้อยแล้วนั้น ผู้วิจัยได้อธิบายอย่างละเอียดกับกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบทดสอบก่อนเรียน (Pre-test) ก่อนการฝึกอบรม ผู้วิจัยดำเนินการฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล เป็นการฝึกอบรมภาคทฤษฎี จำนวน 1 วัน (6 ชั่วโมง) โดยมีนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต

สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ชั้นปีที่ 4 เป็นผู้ช่วยนักวิจัยเพื่อร่วมเรียนรู้ระเบียบวิธีวิจัยทางด้านสาธารณสุขศาสตร์ ณ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ตำบลวังทอง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก

3. ขั้นหลังการฝึกอบรม ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบทดสอบหลังเรียน (Post-test) หลังเสร็จสิ้นการฝึกอบรมทันที เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนตามจำนวนที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วน และความถูกต้องของข้อมูล ระบุรหัส บันทึกลงคอมพิวเตอร์แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์ผลการวิจัยในลำดับต่อไป พร้อมทั้งคืนข้อมูลการวิจัยให้ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านศูนย์สุขภาพชุมชนร่วมใจ โรงพยาบาลวังทอง จังหวัดพิษณุโลก และชุมชนที่อยู่ในพื้นที่บันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (Memorandum of understanding: MOU) ตามแนวคิด สบช.โมเดล ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และ Chi-squared test

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าของค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังจัดกิจกรรมตามโปรแกรมฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U-test เนื่องจากตัวแปรทดสอบกระจายไม่เป็นโค้งปกติ และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าส่วนต่างที่เพิ่มขึ้น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังจัดกิจกรรมตามโปรแกรมฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U-test เนื่องจากตัวแปรทดสอบกระจายไม่เป็นโค้งปกติ และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เอกสารรับรองเลขที่ SCPHPL 7/2567.1.1.1

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลองส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.9 มีอายุ 50 – 59 ปี ร้อยละ 53.9 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 69.3 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 30.8 ประกอบอาชีพงานบ้าน/ว่างงาน ร้อยละ 26.9 มีรายได้ต่อเดือน $\leq 5,000$ บาท ร้อยละ 46.2 และ 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 46.2 และมีระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 - 10 ปี ร้อยละ 53.9 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.4 มีอายุ 60 – 69 ปี ร้อยละ 42.3 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 57.8 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 69.3 ประกอบอาชีพงานบ้าน/ว่างงาน ร้อยละ 46.2 มีรายได้ต่อเดือน $\leq 5,000$ บาท ร้อยละ 69.3 และมีระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 11 - 20 ปี ร้อยละ 53.9 ทั้งนี้ เมื่อจัดให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะทางประชากรเหมือนกันหรือให้คล้ายคลึงกันมากที่สุด พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีเพศ อายุ

สถานภาพ อาชีพ และรายได้ต่อเดือนไม่แตกต่างกัน ส่วนการศึกษาและระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร (n = 52)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)		Fisher's exact test	df	p-value
	กลุ่มทดลอง (n = 26)	กลุ่มควบคุม (n = 26)			
เพศ					
ชาย	6 (23.1)	2 (7.6)	2.364	1	0.124
หญิง	20 (76.9)	24 (92.4)			
อายุ (ปี)					
30 – 39 ปี	1 (3.8)	0	3.397	4	0.473
40 – 49 ปี	0	1 (3.8)			
50 – 59 ปี	14 (53.9)	10 (38.5)			
60 – 69 ปี	9 (34.7)	11 (42.3)			
70 – 79 ปี	2 (7.6)	4 (15.4)			
สถานภาพ					
โสด	1 (3.8)	3 (11.5)	1.557	3	0.717
สมรส	18 (69.3)	15 (57.8)			
หย่า/แยกกันอยู่	1 (3.8)	1 (3.8)			
หม้าย/ร้าง	6 (23.1)	7 (26.9)			
การศึกษา					
ประถมศึกษา	8 (30.8)	18 (69.3)	9.518	4	0.046
มัธยมศึกษาตอนต้น	6 (23.1)	3 (11.5)			
มัธยมปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ(ปวช.)	7 (26.9)	4 (15.4)			
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)	1 (3.8)	1 (3.8)			
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	4 (15.4)	0			
อาชีพ					
เกษตรกรรม/เลี้ยงสัตว์	6 (23.1)	3 (11.5)	3.157	3	0.360
รับจ้าง	7 (26.9)	4 (15.4)			
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	6 (23.1)	7 (26.9)			
งานบ้าน/ว่างงาน	7 (26.9)	12 (46.2)			
รายได้ต่อเดือน (บาท)					
≤5,000 บาท	12 (46.2)	18 (69.3)	4.262	2	0.118
5,001 – 10,000 บาท	12 (46.2)	5 (19.2)			
10,001 – 20,000 บาท	2 (7.6)	3 (11.5)			
ระยะเวลาในการเป็น อสม.					
1 – 10 ปี	14 (53.9)	5 (19.2)	8.979	2	0.010
11 – 20 ปี	11 (42.3)	14 (53.9)			
21 – 30 ปี	1 (3.8)	7 (26.9)			

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าของค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนจัดกิจกรรมตามโปรแกรมฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนจัดกิจกรรมตามโปรแกรมฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U-test เนื่องจากตัวแปรทดสอบกระจายไม่เป็นโค้งปกติ พบว่า ก่อนจัดกิจกรรมตามโปรแกรมฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนจัดกิจกรรมตามโปรแกรมฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล (n = 52)

ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า	n	Mean Rank	Z	p-value
กลุ่มทดลอง	26	14.44	-5.979	<0.001
กลุ่มควบคุม	26	38.56		

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าส่วนต่างที่เพิ่มขึ้น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจัดกิจกรรมตามโปรแกรมฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าส่วนต่างที่เพิ่มขึ้น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจัดกิจกรรมตามโปรแกรมฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U-test เนื่องจากตัวแปรทดสอบกระจายไม่เป็นโค้งปกติ พบว่า หลังจัดกิจกรรมตามโปรแกรมฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าส่วนต่างที่เพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าส่วนต่างที่เพิ่มขึ้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจัดกิจกรรมตามโปรแกรมฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล (n = 52)

ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า	n	Mean Rank	Z	p-value
คะแนนส่วนต่างที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มทดลอง ($D_1 = O_2 - O_1$)	26	37.48	5.385	<0.001
คะแนนส่วนต่างที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มควบคุม ($D_2 = O_4 - O_3$)	26	15.52		

อภิปรายผล

ก่อนจัดกิจกรรมตามโปรแกรมฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล ผู้วิจัยได้แบ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 6, 8, 9, 10, 11 และ 15 ตำบลวังทอง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก (พื้นที่บันทึกข้อตกลงความร่วมมือ สบช.โมเดล) จำนวน 90 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 คน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน ทั้งนี้ เมื่อจัดให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะทางประชากรเหมือนกันหรือให้คล้ายคลึงกันมากที่สุด พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีเพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ และรายได้ต่อเดือนไม่แตกต่างกัน ส่วนการศึกษาและระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าของค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนจัดกิจกรรมตามโปรแกรมฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หลังจากนั้น เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบทดสอบก่อนเรียน (Pre-test) ก่อนการฝึกอบรม จัดให้กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล ที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี Knowledge Attitude Practice (KAP) ของ Bloom (1965) ซึ่งเป็นการฝึกอบรมภาคทฤษฎี ระยะเวลา 1 วัน (6 ชั่วโมง) ส่วนกลุ่มควบคุมดำเนินการปกติ และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบทดสอบหลังเรียน (Post-test) หลังการฝึกอบรมทันที

หลังจัดกิจกรรมตามโปรแกรมฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล ผู้วิจัยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าที่เพิ่มขึ้น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าส่วนต่างที่เพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล ที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรนำความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าไปใช้ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในครอบครัวและชุมชนได้ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎี Knowledge Attitude Practice (KAP) ของ Bloom (1965) ที่กล่าวว่า ความรู้คือสิ่งที่มนุษย์มีความคิดได้จากข้อเท็จจริง ทักษะคิดมีรากฐานมาจากความเชื่อที่อาจส่งผลต่อการปฏิบัติในอนาคตได้ โดยมีทัศนคติเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วยการสังเกต การลงมือปฏิบัติ ความถูกต้อง ความต่อเนื่อง และความเป็นธรรมชาติ เมื่อปฏิบัติบ่อยครั้งจนเกิดเป็นทักษะ ทั้งนี้ การฝึกอบรมยังเป็นกระบวนการที่จัดขึ้นเพื่อเพิ่มความรู้ ความชำนาญ และความสามารถของบุคคลให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Avakul, 1997) และเป็นไปตามบันทึกข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครที่ปฏิบัติงานด้านโรคพิษสุนัขบ้า ภายใต้โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธาน ศาสตราจารย์ ดร. สมเด็จพระเจ้าน้องนางเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี (Department of Livestock Development, Department of Health Service Support, Department of Disease Control & Department of Local Administration, 2023) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลการประยุกต์ใช้โปรแกรมประยุกต์ของภูเกิลต่อความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงขึ้นและแตกต่างกับกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีข้อเสนอแนะให้นำโปรแกรมประยุกต์ของภูเกิลไปใช้ในการดำเนินงานควบคุมป้องกัน

โรคพิษสุนัขบ้าในระดับหมู่บ้านได้ ซึ่งควรมีคู่มือประกอบการใช้งานโปรแกรมประยุกต์ของภูเกิลและพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการใช้โปรแกรมประยุกต์ของภูเกิลด้วย (Saenjai & Sontichai, 2022) การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในโรงเรียนพื้นที่หัวสัตว์บก: กรณีศึกษาตำบลเมืองพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังกิจกรรมการเรียนรู้สูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ทั้ง 6 แผนการจัดการเรียนการสอนเรื่องการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Thuybungchim, Prompukdee & Sisod, 2021) และสอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ต้นแบบ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดสุรินทร์ได้ติดตามประเมินผลโดยใช้โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Valaisathien & Unrat, 2022) นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าโดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า รูปแบบการเฝ้าระวังและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าโดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดศรีสะเกษ (5G) ประกอบด้วย 1) การพัฒนาความรู้ การจัดการตนเอง และการทำงานเป็นทีม (Good team) 2) ระบบเฝ้าระวังตรวจจับโรคที่ดี (Good surveillance systems) 3) การประสานงานเครือข่ายที่ดี (Good collaboration) 4) ระบบรายงานโรคที่มีประสิทธิภาพ (Good reporting systems) และ 5) การบริหารจัดการวัคซีนที่ดี (Good vaccine management) และหลังพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าโดยชุมชนมีส่วนร่วม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้ามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ 1.18 คะแนน ทักษะ 2.35 คะแนน และพฤติกรรมการป้องกัน 4.34 คะแนน ซึ่งรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าโดยชุมชนมีส่วนร่วมมีประสิทธิภาพในการพัฒนาด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน ซึ่งจะเป็นกรอบของกระบวนการจัดการและความท้าทายในการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป (Laosetthakij & Pramuan, 2023)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. กรมปศุสัตว์ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมควบคุมโรค กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สถาบันพระบรมราชชนก และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำโปรแกรมฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล ที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้ไปใช้ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้น และประยุกต์ใช้กับอาสาสมัครที่ปฏิบัติงานด้านโรคพิษสุนัขบ้าอื่น ๆ ว่าจะมีประสิทธิภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าได้หรือไม่ อย่างไร รวมทั้งนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ตามความเหมาะสมต่อไป

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) นำโปรแกรมฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล ไปใช้เฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชนให้มีความสามารถดำเนินการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์และสนับสนุนการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรถอดบทเรียนจากการนำโปรแกรมฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล ไปทดลองใช้ในสถานการณ์จริงโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อประเมินผลการนำโปรแกรมฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล ไปทดลองใช้และต่อยอดความสำเร็จที่เกิดขึ้น
2. ควรติดตามความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล ที่เกิดขึ้นว่ายังคงอยู่มากน้อยเพียงใด เช่น ในระยะ 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน หลังการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล ทั้งนี้ เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล ด้านความคงทนของความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าที่เกิดขึ้นจากโปรแกรมฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล
3. ควรพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญโรคพิษสุนัขบ้า โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพหรือเชิงผสมผสาน เพื่อพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานด้านโรคพิษสุนัขบ้าให้สามารถดำเนินการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์และสนับสนุนการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ได้
4. ควรนำแนวความคิดและทฤษฎีอื่น ๆ ไปประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครที่ปฏิบัติงานด้านโรคพิษสุนัขบ้า เพื่อเป็นทางเลือกในการนำไปใช้ให้สอดคล้องกับบริบทแต่ละพื้นที่ต่อไป

References

- Avakul, W. (1997). *Training*. (2nd ed.). Bangkok: Chulalongkorn University Printing House.
- Bloom, B. S. J. (1965). The role of educational science in curriculum development. *International Journal of the Educational Sciences*, 1(1), 5-15.
- Bloom, B. S. J. (1975). *Taxonomy of educational objectives, handbook I: The cognitive domain*. New York, NY: David McKay.
- Cronbach, L. J. (1984). *Essentials of psychology and education*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Chulabhorn Royal Academy. (2022). *Her Royal Highness Princess Chulabhorn Krom Phra Srisavangavadhana presided over the second meeting of the "Rabies-Free Animals, Safe People" project*. Retrieved 20 January 2024, from <https://www.chulabhornchannel.com/media-library/online-news/2022/04>.
- Department of Livestock Development, Department of Health Service Support, Department of Disease Control & Department of Local Administration. (2023). Memorandum of Understanding on the cooperation to develop the potential of volunteers working on rabies under the Disease-Free Animals, People Safe from Rabies project, in accordance with the wishes of Professor Dr. Her Royal Highness Princess Chulabhorn Krom Phra Srisavangavadhana. Bangkok: Department of Livestock Development.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A. & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>.
- Hennessy, S., Bilker, W. B., Berlin, J. A. & Strom, B. L. (1999). Factors influencing the optimal control-to-case ratio in matched case-control studies. *American Journal of Epidemiology*, 149(2), 195-197. doi:10.1093/oxfordjournals.aje.a009786.
- Kuder, G. F. & Richardson, M. W. (1937). The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika*, 2(3), 151-160.
- Laosetthakij, B., & Pramuan, P. (2023). Development of rabies surveillance and prevention model using community participation in Sisaket Province. *KKU Journal for Public Health Research*, 16(1), 90-106.
- Praboromarajchanok Institute Act B.E. 2562. (5 April 2019). *Royal Thai Government Gazette*, 136(43A), pp. 40-65.
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Tijdschrift voor Onderwijsresearch*, 2(2), 49-60.
- Saenjaj, A., & Sontichai, A. (2022). The effects of using Google Application on knowledge, attitudes, and behaviors regarding rabies prevention. *Journal of Nursing and Health Research*, 23(1), 134-144.
- Tianthavorn, V. (2023). *PBRI Model Concept*. Nonthaburi: Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health.
- Thuybungchim, S., Prompukdee, B., & Sisod, K. (2021). Development of Rabies Prevention and Control Model in School located in area of positive rabies test from animal head; Mueang Phon sub district, Phon district, Khon Kaen province. *Journal of the Office of DPC 7 Khon Kaen*, 28(3), 93-108.
- Valaisathien, J., & Unrat, B. (2022). Development of a model for enhancing health literacy to prevent and control rabies in the model area, Srinarong District, Surin Province. *Journal of Office of Disease Prevention and Control 9 Nakhon Ratchasima*, 28(1), 27-37.

การประเมินผลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลห้วยพลู จังหวัดนครปฐม

Assessment of Risk Management Information Systems of Huaiphlu Hospital, Nakhon Pathom Province

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: Nov. 22, 2024

Revised: Mar. 20, 2025

Accepted: April 1, 2025

Published April 5, 2025

ช่อพกา สระทองพูน, วรางคณา จันทร์คง, เอกพล กาละดี
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
Chorphaka Sratongpooon, Warangkana Chankong, Ekaphon Kaladee
School of Health Sciences, Sukhothai Thammathirat Open University

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) เพื่อประเมิน สภาพแวดล้อม ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิตของระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง และ (2) เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลห้วยพลู จังหวัดนครปฐม

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้กำหนดนโยบายของการใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล และผู้ปฏิบัติงานที่ใช้งานระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลจำนวน 145 คน โดยเก็บทุกหน่วยประชากร เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และ มีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.8 โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า (1) ผลการประเมินด้านสภาพแวดล้อม ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิตของระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับความคิดเห็นที่มากที่สุด และผ่านเกณฑ์ในทุกด้าน (2) ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล พบว่า ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญคือ การรายงานความเสี่ยงในระบบสารสนเทศมีความล่าช้า และขาดการติดตามอย่างต่อเนื่อง รวมถึงไม่มีการประเมินระดับความพึงพอใจของระบบการใช้งาน โดยมีข้อเสนอให้จัดกิจกรรมจำลองเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมได้วิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงด้วยตนเอง พร้อมทั้งมอบหมายผู้กำกับติดตามอย่างชัดเจน หลังจากการใช้งานระบบต้องมีการประเมินผลความพึงพอใจทุก 6 เดือน เพื่อวางแผนปรับปรุงและพัฒนาต่อไป

คำสำคัญ: การประเมิน, ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง, ซิปป์โมเดล

Corresponding author: ช่อพกา สระทองพูน E-mail: manow.chor@gmail.com

Abstract

The objectives of this study are 1) to evaluate the environment, input factors, processes, and outputs of the information system for risk management and 2) to study problems, obstacles, and suggestions for solving problems in the information system for hospital risk management of Huaiphlu hospital, Nakhon Pathom Province.

The study population is policy makers of the use of information systems for hospital risk management and staffs who use information systems for hospital risk management, totaling 145 people, by collecting every population unit. The research tools include questionnaires and interviews that have been checked for content validity by experts and have an alpha confidence coefficient of 0.8. The data were analyzed using content analysis and statistics such as percentages, means, and deviations. standard deviation.

The results of the research showed (1) the results of the evaluation of the environment, input factors, processes, and outputs of the information system for risk management were at the highest level of opinion and passed the criteria in all aspects (2) problems, obstacles, and suggestions for solving hospital risk management information system problems found that the important problems and obstacles were including reporting of risks in information systems was delayed, lacking of continuous following up, and there was also no evaluation of the satisfaction level of the system in use. The study suggests demonstrating a simulation activity or various situations so that participants can analyze and evaluate risks by themselves, along with clearly assigning a person in charge to follow up. After using the system, there must be a satisfaction evaluation every six months for plan further improvements and development.

Keywords: Assessment, Information System for Risk Management, CIPP Model

Corresponding author: Chorphaka Sratongpoon E-mail: manow.chor@gmail.com

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานในการขับเคลื่อนงานสาธารณสุข โดยการจัดบริการให้แก่ประชาชนทั่วประเทศ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้รับการทางด้านสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพและได้มาตรฐาน มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยการจัดระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุม ทั้งส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและควบคุมโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพโดยจัดระบบบริการสุขภาพ ออกเป็นหลายระดับได้แก่ บริการระดับปฐมภูมิ (primary care) บริการระดับทุติยภูมิ (secondary care) และบริการระดับตติยภูมิ (tertiary care) โดยมุ่งหวังให้บริการแต่ละระดับมีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันและเชื่อมต่อกันด้วยระบบส่งต่อ (referral system) เพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ (Public Health Administration Division, 2017) และสิ่งที่ทำให้โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานการรับรองคุณภาพในการให้บริการของสถานพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2552 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 คือการที่องค์กรมีระบบการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพและประสานสอดคล้องกันเพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือน (Srinakarin Hospital, 2016)

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลได้มีการพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลมาเป็นลำดับ ปัจจุบันใช้ฉบับที่ 5 ที่มีผลบังคับใช้เพื่อการประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 ทำหน้าที่กำหนดมาตรฐานและการรับรองคุณภาพในการให้บริการของสถานพยาบาล เพื่อเป็นหลักประกันให้ประชาชนได้รับการบริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน และทำหน้าที่ประสานความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อยกระดับมาตรฐานและคุณภาพในการให้บริการของสถานพยาบาลเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการด้านสาธารณสุขที่ดีและมีคุณภาพ (Healthcare Quality Accreditation Institute, 2022) ช่วยในการกำหนดกลยุทธ์ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกับระดับความเสี่ยงที่ยอมรับได้ช่วยให้การตัดสินใจตอบสนองต่อความเสี่ยงได้ดีขึ้น ช่วยลดเหตุการณ์อันไม่คาดคิดและความสูญเสียที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงาน ช่วยเอื้อประโยชน์ต่อการตอบสนองความเสี่ยงให้ดีขึ้น ช่วยเสริมการดำเนินงานเชิงรุกในกรณีที่เกิดเหตุการณ์นั้นๆ และช่วยในการบริหารเงินทุนให้ดีขึ้น การบริหารความเสี่ยงเป็นระบบงานที่สำคัญที่ส่งเสริมความปลอดภัยทั้งชีวิตและทรัพย์สินแก่ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เมื่อเกิดความเสี่ยงขึ้นในระบบบริการ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย ขาดความเชื่อมั่นในการรับบริการในการพัฒนาระบบงานบริหารความเสี่ยงจะต้องอาศัยมาตรฐานต่าง ๆ การประเมินความเสี่ยงจะเป็นการประเมินโอกาสว่ามีโอกาสเกิดขึ้นมากหรือน้อยและผลกระทบของความเสี่ยงว่ามีผลกระทบมากหรือน้อยต่อบุคคลหรือระบบการดำเนินงานสามารถทำได้ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ก่อนและหลังการจัดการความเสี่ยง ระบบบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐานโรงพยาบาล เป็นการรายงานอุบัติการณ์เพื่อนำมาจัดลำดับความสำคัญ โดยเขียนบรรยายสรุปเหตุการณ์ 3 เหตุการณ์ได้แก่ ความผิดพลาดเกิดจากตัวบุคคล และความผิดพลาดที่เกิดจากหน่วยงานอื่น (Sirilak Ritthaisong, 2017) และมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5 ใช้สำหรับการพัฒนาและการประเมินโรงพยาบาลทั้งองค์กร ซึ่งสามารถใช้ได้กับโรงพยาบาลทุกระดับ โดยเนื้อหาในมาตรฐานแบ่งเป็น 4 ตอน ประกอบไปด้วย ตอนที่ 1 ภาพรวมการบริหารองค์กร ตอนที่ 2 ระบบงานที่สำคัญของโรงพยาบาล ตอนที่ 3 กระบวนการดูแลผู้ป่วย และตอนที่ 4 ผลลัพธ์โดยโครงสร้างของมาตรฐานยังคงไว้ซึ่งหลักคิดที่สอดคล้องกับเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (Hospital and health service standards, 2021)

ในปี 2559 โรงพยาบาลห้วยพลู จังหวัดนครปฐม ได้รับการประเมินมาตรฐานการรับรองคุณภาพในการให้บริการของสถานพยาบาล (Healthcare Accreditation) และได้นำผลการรายงานความเสี่ยงที่จัดเก็บ

เป็นเอกสารการรายงานมาพัฒนาโดยจัดทำเป็นระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล เป็นการนำข้อมูลสารสนเทศในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง มาจัดการความเสี่ยงเดิมไม่ให้เกิดซ้ำ หรือเกิดความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดผลกระทบกับหน่วยงาน และผู้มารับบริการ นอกจากนั้นได้มีการจัดอบรมการใช้งานสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงให้กับบุคลากรในโรงพยาบาลห้วยพหลทุกปี เนื่องจากโรงพยาบาลได้มีการนำโปรแกรมในรูปแบบการลงข้อมูลในแบบฟอร์มที่เป็นเอกสาร มาสร้างเป็นระบบสารสนเทศในรูปแบบระบบการบริหารความเสี่ยงเพื่อให้การเก็บข้อมูลถูกบันทึกไว้ในสารสนเทศของโรงพยาบาล และเริ่มเปิดใช้ระบบในปี พ.ศ. 2560 และเพื่อเป็นการสนับสนุนการใช้ระบบ คณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล ได้กำหนดการรายงานความเสี่ยงให้เป็นตัวชี้วัดหนึ่งของบุคลากรในโรงพยาบาล โดยกำหนดให้รายงานผล 3 เรื่อง ต่อ 1 เดือน เพื่อการลดการเกิดความเสี่ยงจากปัญหาเดิม

ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลห้วยพหล เป็นโปรแกรมที่ทำมาเพื่อสนับสนุนการทำงานและให้เกิดความรวดเร็วในการรายงาน รวมถึงจัดเก็บเป็นฐานข้อมูลที่เป็นระบบ และมีการสรุปรายปีงบประมาณว่ามีการรายงานอุบัติการณ์ทั้งหมดกี่เรื่อง แต่ไม่มีการประเมินผลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหาร ความเสี่ยงมาตั้งแต่การปรับเปลี่ยนรูปแบบในการจัดเก็บข้อมูลว่าดีขึ้นกว่าเดิมหรือไม่ ความต้องการในการใช้งาน การวิเคราะห์ผลสรุปการเกิดความเสี่ยงทำมาเพื่อป้องกันความเสี่ยง และลดอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น รวมถึงการควบคุม กำกับ ติดตาม งบประมาณ การประเมินโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ในอนาคต และผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลห้วยพหล ถึงแม้โรงพยาบาลจะกำหนดให้ใช้ระบบสารสนเทศเพื่อบริหารจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล แต่ยังไม่มีการประเมินผลที่ชัดเจน มีเพียงผลลัพธ์ในการรายงานผลว่ามีความเสี่ยงเกิดขึ้นกี่ครั้งต่อเดือน และเกิดที่หน่วยงานใด การประเมินผลจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยเกณฑ์บางประการในการศึกษา ซึ่งได้รับการพัฒนาขึ้นตามจุดมุ่งหมายของการใช้ โดยทำการประเมินผลของสตัพเฟิลบีม และคณะ (Daneil L. Stufflebeam., 1967. อ้างใน Somkid Promjui, 2007, pp. 63) ที่เสนอแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการประเมินที่เป็นการประเมินที่เป็นกระบวนการต่อเนื่อง มีจุดเน้นที่สำคัญ คือ ใช้ควบคู่กับการบริหารโครงการ เพื่อหาข้อมูลประกอบการตัดสินใจ อย่างต่อเนื่องตลอดเวลา วัตถุประสงค์การประเมินผลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านสภาพแวดล้อม (Context Evaluation) ปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) กระบวนการ (Process Evaluation) ด้านผลผลิต (Product Evaluation) และศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการแก้ไขปัญหาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง (Chao Inyai, 2012, pp. 125-129)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้รูปแบบการประเมิน ซิปป์โมเดล (CIPP Model) การประเมินด้านสภาพแวดล้อม (Context Evaluation) เป็นการประเมินให้ได้ข้อมูลสำคัญ เช่น การรายงานอุบัติการณ์ดังกล่าวเกิดความเสี่ยงรุนแรงระดับไหน มีวิธีจัดการความเสี่ยง ที่เกิดต่อไปอย่างไร หรือการรายงานแบบสารสนเทศสนับสนุนการรายงานมากกว่ารูปแบบการเก็บเป็นเอกสาร เป็นการตรวจสอบว่าโครงการที่จะทำสนองปัญหาหรือความต้องการจำเป็นที่แท้จริงหรือไม่ การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) ในเรื่องของการวางแผนในการดำเนินการทั้งทรัพยากรและระยะเวลา การมอบหมายความเสี่ยงให้มีผู้รับผิดชอบ หรือติดตามแก้ไข การสนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ ในการแก้ไข การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) ระหว่างการดำเนินงาน เพื่อหาข้อบกพร่องของการดำเนินการที่จะใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนา แก้ไข ปรับปรุง ให้การดำเนินการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมถึงการประเมินผลผลิต (Product Evaluation) ในการนำผลมาวิเคราะห์หาการป้องกันความเสี่ยงที่ถูกรายงานขึ้นที่ครอบคลุมทุกประเด็น และการนำสารสนเทศไปใช้ประโยชน์ จึงกำหนดให้มีการประเมินผลการใช้งานของระบบสารสนเทศบริหารความเสี่ยงในการประเมินการดำเนินงานของระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล โดยทำการศึกษาในสองกลุ่ม คือ

ผู้กำหนดนโยบาย และผู้ปฏิบัติงาน ผลที่ได้จากการประเมินดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจในการดำเนินงานของการใช้งาน รวมถึงนำการประเมินมาปรับปรุง และพัฒนาเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลของระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล ห้วยพลู จังหวัดนครปฐม

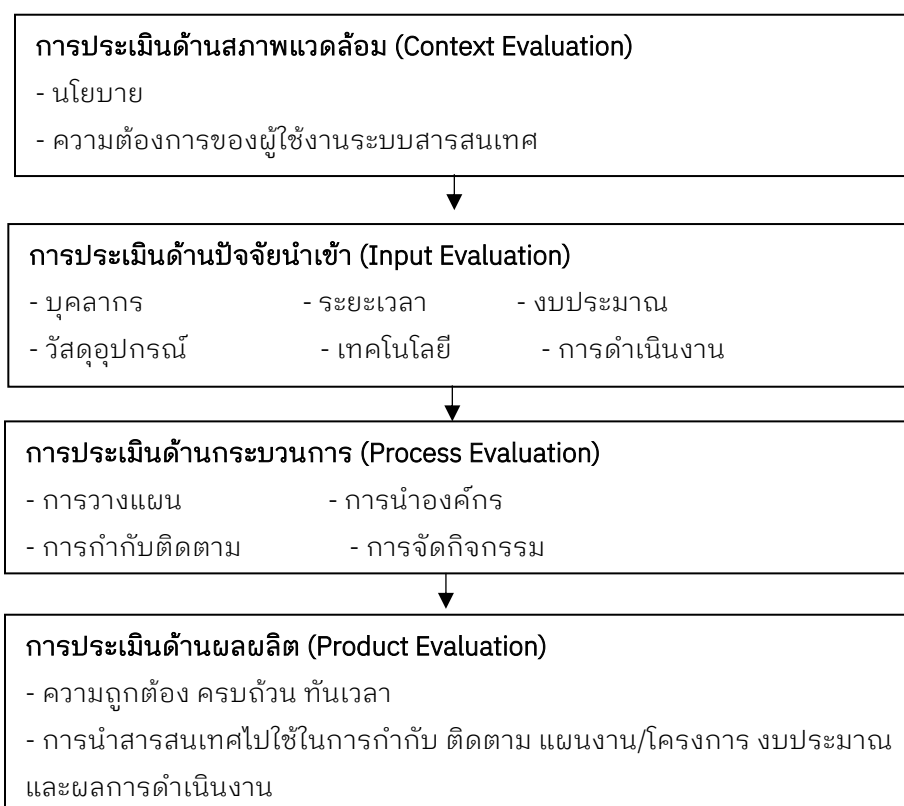
วัตถุประสงค์

1) เพื่อประเมิน สภาพแวดล้อม ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลห้วยพลู จังหวัดนครปฐม

2) เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลห้วยพลู จังหวัดนครปฐม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การประเมินผลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลห้วยพลู จังหวัดนครปฐมโดยใช้แบบจำลองซิปป์ โมเดล (CIPP model) 4 ด้าน ของของสตัฟเฟิลบีม และคณะ (Daneil L. Stufflebeam., 1967. อ้างใน Somkid Promjui, 2007, pp.63) ดังภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการประเมินผลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง การประเมินผลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ห้วยพลู จังหวัดนครปฐม เป็นการวิจัยประเมินผล เพื่อประเมิน สภาพแวดล้อม ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ของระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล ห้วยพลู จังหวัดนครปฐม

ประชากรในการศึกษา

ประชากร (Population) ที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้กำหนดนโยบาย และ ผู้ปฏิบัติงาน โดยเก็บทุก หน่วยประชากรจำนวน 145 คน

- 1) ผู้กำหนดนโยบายของการใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล จำนวน 17 คน
- 2) ผู้ปฏิบัติงานที่ใช้งานระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล จำนวน 128 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ ดังนี้

1. แบบสอบถาม (Questionnaire)

ตอนที่ 1 สอบถามข้อมูลเกี่ยวข้องกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์ในการทำงาน ตำแหน่ง ประเภทบุคลากร หน่วยงาน วุฒิการศึกษา

ตอนที่ 2 สอบถามเกี่ยวกับสถานะแวดล้อม จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 3 สอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำเข้า จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 4 สอบถามเกี่ยวกับด้านกระบวนการ จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 5 สอบถามเกี่ยวกับด้านผลผลิต จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 6 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา

2. แบบสัมภาษณ์ (Interview) สำหรับผู้กำหนดนโยบาย โดยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และสร้างคำถามให้ครอบคลุมตัวแปรที่ทำการศึกษา จำนวน 9 ข้อ โดยมีประเด็นการสัมภาษณ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรง (validity) ของแบบสอบถามตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม หัวหน้าศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ กลุ่มงานดิจิทัลทางการแพทย์ การกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพสถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ และหัวหน้าหน่วยงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ทางโรงพยาบาล กลุ่มงานวิชาการพยาบาล สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์การทดสอบแบบสอบถาม (try out) ในกลุ่มผู้ใช้งานระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง เพื่อหาความสามารถในการใช้ของแบบสอบถาม (useability) และความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) ตามวิธีของ Cronbach ได้ระดับการยอมรับความซรภาพ = 0.

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือราชการจากกองตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข เสนอผู้อำนวยการกองตรวจราชการ เพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลห้วยพลู และทำหนังสือขออนุญาตเพื่อเก็บรวบรวม

ข้อมูล ต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยพลู จังหวัดนครปฐม จัดเก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ นำข้อมูลมาตรวจสอบความสมบูรณ์ บันทึกข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เชิงคุณภาพ โดยการอัดเสียง ถอดเทป จัดกลุ่มข้อมูล ตรวจสอบเนื้อหา กับเอกสาร เช่น แผนงานโครงการ มติที่ประชุมของคณะกรรมการ ตัวชี้วัดของโรงพยาบาล และนำมา วิเคราะห์ด้านเนื้อหา

จริยธรรมวิจัย

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และได้รับการอนุมัติดำเนินการวิจัย หมายเลขรับรองการวิจัย 11/2566 ลงวันที่ 18 เมษายน 2566

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและค่าร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้กำหนดนโยบาย

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	7	41.18
หญิง	10	58.82
2. อายุ		
ไม่เกิน 45 ปี	6	35.30
มากกว่า 45 ปีขึ้นไป	11	64.70
$\mu = 46.65$, $\sigma = 6.79$, min =35 , max = 59		
3. การศึกษา		
ระดับปริญญาตรี	14	82.35
สูงกว่าระดับปริญญาตรี	3	17.65
4. ตำแหน่ง		
แพทย์/ทันตแพทย์	3	17.65
พยาบาล	7	41.18
เภสัชกร/นักวิชาการสาธารณสุข/นักรังสีการแพทย์/		
นักกายภาพบำบัด	6	35.30
นักจัดการงานทั่วไป/เจ้าพนักงานธุรการ/แพทย์แผนไทย	1	5.87
5. ประเภทตำแหน่ง		
ข้าราชการ	17	100.00
6. ประสบการณ์ในการทำงาน		
ต่ำกว่า 10 ปี	5	29.41
มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	12	70.59

จากตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้กำหนดนโยบายของโรงพยาบาลห้วยพลู เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.82 อายุมากกว่า 45 ปีขึ้นไป ร้อยละ 64.70 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 82.35 สูงกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 17.65 ส่วนใหญ่เป็นพยาบาล ร้อยละ 41.18 ประเภทตำแหน่งเป็นข้าราชการ ร้อยละ 100 ประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 70.59

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและค่าร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้ปฏิบัติงาน

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	29	22.66
หญิง	99	77.34
2. อายุ		
ไม่เกิน 35 ปี	34	26.56
36 – 50 ปี	58	45.31
มากกว่า 50 ปีขึ้นไป	36	28.13
$\mu = 42.68$, $\sigma = 9.36$, min =21 , max = 61		
3. การศึกษา		
ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี	8	6.25
ระดับปริญญาตรี	114	89.06
สูงกว่าระดับปริญญาตรี	6	4.69
4. ตำแหน่ง		
แพทย์	8	6.25
พยาบาล	81	63.28
เภสัชกร/เจ้าพนักงานเภสัชกร	7	5.47
นักวิชาการสาธารณสุข	9	7.03
นักวิชาการคอมพิวเตอร์	2	1.56
นักจัดการงานทั่วไป/นักวิชาการสถิติ/เจ้าพนักงานธุรการ	7	5.47
นักวิชาการการเงินและบัญชี/เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี	6	4.69
ทันตแพทย์/เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	8	6.25
ข้าราชการ	103	80.47
พนักงานราชการ	2	1.56
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	18	14.06
5. ประเภทตำแหน่ง		
ลูกจ้างชั่วคราว	5	3.91

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
6. ประสบการณ์ในการทำงาน		
1 – 5 ปี	14	10.94
6 – 10 ปี	39	30.47
11 – 15 ปี	37	28.90
มากกว่า 15 ปีขึ้นไป	38	29.69

จากตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนตัวของผู้ปฏิบัติงานระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลเป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.34 ส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 36 – 50 ปี ร้อยละ 45.31 การศึกษาอยู่ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 89.06 ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 6.25 ตำแหน่งพยาบาล ร้อยละ 63.28 นักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 7.03 ประสบการณ์ในการทำงานอยู่ระหว่าง 6 – 10 ปี ร้อยละ 30.47

ตารางที่ 3 การประเมินด้านสภาพแวดล้อมของระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงของผู้ปฏิบัติงาน

ข้อความ	μ	σ	ระดับ ความคิดเห็น
1. นโยบายของงานคุณภาพ/คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเอื้อต่อการดำเนินงานระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน	4.31	0.74	มากที่สุด
2. นโยบายของงานคุณภาพ/คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง เป็นไปตามมาตรฐานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	4.10	0.85	มาก
3. การตรวจประเมินของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล สอดคล้องกับการใช้งานระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล	4.16	0.80	มาก
4. ผู้บริหารกำหนดตัวชี้วัดรายบุคคลเรื่องการดำเนินงานระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง	4.22	0.78	มากที่สุด
5. ผู้บริหารกำหนดตัวชี้วัดของหน่วยงาน เรื่องการดำเนินงานระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง	4.39	0.63	มากที่สุด
6. การกำหนดให้รายงานความเสี่ยงทุกเดือนในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง ต้องรายงาน 3 เรื่องต่อ 1 คน สามารถทำให้ควบคุมความเสี่ยงของโรงพยาบาลได้	4.26	0.74	มากที่สุด

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อความ	μ	σ	ระดับ ความคิดเห็น
7. ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงโดยรายงาน <u>ตัวบุคคล</u> สามารถทำให้ควบคุมความเสี่ยงได้	4.33	0.70	มากที่สุด
8. ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงโดยรายงานใน <u>หน่วยงานตนเอง</u> หรือระหว่างหน่วยงานอื่น สามารถทำให้ควบคุมความเสี่ยงของหน่วยงานได้เป็นอย่างดี	4.14	0.74	มาก
9. ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลสามารถนำไปใช้ ในการกำกับ ติดตามโครงการ งบประมาณ และผลการดำเนินงานของหน่วยงาน	4.26	0.63	มากที่สุด
10. ท่านมีความต้องการให้ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงดำเนินงานต่อไป	4.29	0.76	มากที่สุด
ภาพรวม	4.25	0.25	มากที่สุด

จากตารางที่ 3 ผลการประเมินด้านสภาพแวดล้อม พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุดมีคะแนนเฉลี่ย 4.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.25 และเมื่อวิเคราะห์เชิงเนื้อหา มีความเห็นว่า มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5 ใช้สำหรับการพัฒนาและการประเมินโรงพยาบาลทั้งองค์กร โดยโครงสร้างของมาตรฐานยังคงไว้ซึ่งหลักคิดที่สอดคล้องกับเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ ซึ่งโรงพยาบาลได้มีการกำหนดแนวทางในการชี้แจงและดำเนินการเมื่อพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาล และสามารถเพื่อให้มั่นใจว่ารายงานอุบัติการณ์ หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นทุกเหตุการณ์ได้รับการบริหารจัดการอย่างถูกต้องภายในระยะเวลาที่เหมาะสม จึงได้กำหนดให้มีการนำมีการรายงานความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน หรือผู้รับบริการ เพื่อเป็นการค้นหาความเสี่ยง การทบทวนเวชระเบียน รายงานอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้อง เรียนรู้จากความผิดพลาดของโรงพยาบาลอื่น เพื่อการค้นหาความเสี่ยงในแต่ละเดือนเสี่ยง โดยต้องมีการรายงาน 3 เรื่องต่อ 1 คน สามารถทำให้ควบคุมความเสี่ยงของโรงพยาบาลได้จากเดิมเคยใช้การรายงานเป็นเอกสารและส่งให้กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศรวบรวมและวิเคราะห์เพื่อประเมินความเสี่ยงที่เกิดขึ้น แต่จากนโยบายมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) ทำให้มีการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลขึ้น เพื่อสามารถรายงานความเสี่ยงหรืออุบัติการณ์ได้ทันเวลา และไม่ต้องจัดเก็บในรูปแบบเอกสารทำให้ไม่เกิดการสูญหาย แต่รายละเอียดข้อย่อยในโปรแกรมยังไม่ครอบคลุมกับบริบทของโรงพยาบาล จึงอาจทำให้ผู้ใช้งานมีความสับสนในการลงข้อมูล ซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการได้ในรูปแบบของการรายงานผ่านระบบที่สะดวก รวดเร็ว สามารถเข้าถึงได้ทุกหน่วยงาน

ตารางที่ 4 การประเมินด้านปัจจัยนำเข้าของระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงของผู้ปฏิบัติงาน

ข้อความ	μ	σ	ระดับ ความคิดเห็น
1. บุคลากรของหน่วยงานเพียงพอต่อการดำเนินการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล	4.12	0.71	มาก
2. การมอบหมายงาน และกำหนดบุคคลที่รับผิดชอบเรื่องระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล มีความเหมาะสม	4.10	0.72	มาก
3. ระยะเวลาในการปรับปรุงหรือแก้ไข ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลมีระยะเวลาในการแก้ไขไม่เกิน 1 วัน	4.28	0.69	มากที่สุด
4. มีการประสานงานจากผู้ดูแลระบบ เมื่อมีการปรับปรุงหรือแก้ไขระบบ และแก้ไขเสร็จสิ้นภายในเวลาที่กำหนด	4.27	0.79	มากที่สุด
5. งบประมาณที่สนับสนุนการอบรมระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลมีความเพียงพอ	4.44	0.66	มากที่สุด
6. วัสดุ อุปกรณ์ ของหน่วยงานต่อการดำเนินงานระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลเพียงพอ	4.39	0.64	มากที่สุด
7. วัสดุ อุปกรณ์ ที่ใช้งานกับระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพต่อการใช้งาน	4.17	0.75	มาก
8. การนำเทคโนโลยีในรูปแบบโปรแกรมในคอมพิวเตอร์ ดีกว่าการเก็บข้อมูลในรูปแบบเอกสาร	4.38	0.59	มากที่สุด
9. งานคุณภาพ/คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง นำเทคโนโลยีมีรับใช้การดำเนินงานระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลได้อย่างดี	4.34	0.62	มากที่สุด
10. ข้อมูลที่บันทึกในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลเหมาะกับการกำกับ ติดตาม ผลการดำเนินงานของหน่วยงาน	4.35	0.66	มากที่สุด
ภาพรวม	4.28	0.24	มากที่สุด

จากตารางที่ 4 ผลการประเมินด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ย 4.28 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.24 และเมื่อวิเคราะห์เชิงเนื้อหา มีความเห็นว่า หน่วยงานส่วนใหญ่มีการกำหนดบุคลากรที่ต้องรับผิดชอบงานด้านความเสี่ยง เช่น ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน มีเพียงลูกจ้างรายวันที่ไม่ต้องรายงานข้อมูลความเสี่ยงในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล การรายงานความเสี่ยงในระบบมีจำนวนน้อยกว่าที่กำหนดให้แต่ละบุคคลรายงาน ความเสี่ยงที่ถูกรายงานในระบบจะเป็นความเสี่ยงเรื่องเดิมที่เคยเกิดขึ้นแล้ว

ตั้งแต่มีการนำระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล ทำให้มีการรายงานผลเกิดขึ้นทุกเดือน เพราะง่ายต่อการรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น จากเดิมกำหนดให้ดาวน์โหลดเอกสารในเว็บไซต์ของโรงพยาบาลและรายงานโดยส่งให้กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศรวบรวม และส่งต่อให้งานคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้การรายงานมีความล่าช้า ไม่ครบถ้วน อีกทั้งผู้รายงานความเสี่ยงกลัวการเปิดเผยข้อมูลในการรายงาน จึงทำให้ข้อมูลการรายงานมีน้อยกว่าอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นจริง แต่เมื่อได้นำโปรแกรมการรายงานความเสี่ยงมาใช้ การรายงานง่ายขึ้น และมีคู่มือปฏิบัติให้ได้ทำความเข้าใจก่อนการใช้งาน อีกทั้งการรายงานของบุคคลมีรหัสของแต่ละบุคคลในการรายงาน ซึ่งไม่เปิดเผยข้อมูลแก่บุคคลอื่น รวมถึงการรายงานส่งผลและประมวลผลไปแค่ที่ผู้ดูแลระบบเท่านั้น การประมวลผลรายเดือนหรือรายไตรมาส มีความรวดเร็วและครบถ้วน การจัดทำแผนแต่ละปีมีการนำข้อมูลความเสี่ยงมาจัดลำดับความสำคัญเพื่อวางแผนการดำเนินงานในปีต่อไป

ตารางที่ 5 การประเมินด้านกระบวนการของระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงของผู้ปฏิบัติงาน

ข้อความ	μ	σ	ระดับ ความคิดเห็น
1. ผู้บริหารมีการกำหนดแนวทาง/กระบวนการดำเนินงานระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลอย่างชัดเจน	4.37	0.73	มากที่สุด
2. การปฏิบัติ อบรม ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลตรงตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ ที่โรงพยาบาลกำหนด	4.39	0.71	มากที่สุด
3. มีคู่มือหรือเอกสาร เกี่ยวกับขั้นตอนการดำเนินงานระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล ตรงตามมาตรฐานและเข้าใจง่าย	4.34	0.67	มากที่สุด
4. ผู้บริหารผลักดันให้ใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล เพื่อรายงานความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน	4.30	0.68	มากที่สุด
5. ผู้บริหารผลักดันให้ใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล เพื่อรายงานความเสี่ยงที่เกิดขึ้นระหว่างหน่วยงาน	4.37	0.64	มากที่สุด
6. ผู้บริหารผลักดันให้ใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล เพื่อรายงานความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ	4.40	0.63	มากที่สุด
7. การกำกับ ติดตาม ของผู้บริหาร ในเรื่องการดำเนินงานระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลมีความต่อเนื่อง	4.31	0.67	มากที่สุด
8. การปฏิบัติงานระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง มีผลการดำเนินงานไปในทิศทางที่สอดคล้องกับแผนงานโรงพยาบาล	4.27	0.86	มากที่สุด
9. ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง เป็นระบบที่ต้องมีความสม่ำเสมอของการรายงานผล เพื่อไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ซ้ำ	4.25	0.76	มากที่สุด
10. การรายงานข้อมูลในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงตรงเวลาทำให้ลดการเกิดอุบัติการณ์ในโรงพยาบาล	4.26	0.92	มากที่สุด
ภาพรวม	4.33	0.24	มากที่สุด

จากตารางที่ 5 ผลการประเมินด้าน พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ย 4.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.24 หากพิจารณารายข้อ และเมื่อวิเคราะห์เชิงเนื้อหา มีความเห็นว่า ตั้งแต่แผนว่าด้วยยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ซึ่งเป็นแผนที่ผู้บริหารกำหนดทิศทางและแนวทางในการดำเนินการไปสู่เป้าหมาย แต่แผนระดับสูงนี้ก็ยังต้องการการถ่ายทอดลงสู่การปฏิบัติ หรือสิ่งที่ต้องลงมือทำเพื่อให้องค์กรสามารถขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลได้นำข้อมูลจากรายการความเสี่ยงด้านคลินิกมาวิเคราะห์ในเรื่องของความถี่และความรุนแรงของการเกิดความเสี่ยงเพื่อนำมาจัดลำดับความสำคัญในการจัดการกับความเสี่ยงนั้น ๆ และวางแนวทางสร้างกลยุทธ์ 5 ปี ผู้บริหารโรงพยาบาลให้ความสำคัญกับการรายงานความเสี่ยง เนื่องจากทำให้สามารถนำข้อมูลบริหารจัดการและลดความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อหน่วยงาน และผู้รับบริการ จึงมีการวางแผนให้บุคลากรทุกคนได้อบรมความการใช้งานระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการความเสี่ยง แต่ความเสี่ยงบางอย่างถูกรายงานทุกเดือนแต่ยังไม่ได้รับแผนงานที่จำเป็นมาแก้ไขความเสี่ยงดังกล่าว มีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล (Risk Management) ในระดับโรงพยาบาล หน่วยงาน และมีหัวหน้ากลุ่มงานเป็นผู้กำกับติดตาม แก้ไขความเสี่ยงที่เกิดขึ้น หากความเสี่ยงรุนแรงเกิดขึ้นกับหลายหน่วยงาน จะมีการทบทวนในระดับคณะกรรมการความเสี่ยงและคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล โดยจะมีการกำหนดระยะเวลาติดตามทุก 1 เดือน รวมถึงมีผู้กำกับติดตามในโปรแกรมชัดเจน มีการวิเคราะห์ และส่งข้อมูลได้อย่างครบถ้วน ทันเวลา

ตารางที่ 6 การประเมินด้านผลผลิตของระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงของผู้ปฏิบัติงาน

ข้อความ	μ	σ	ระดับ ความคิดเห็น
1. ระบบสารสนเทศเพื่อบริหารความเสี่ยง มีความถูกต้อง เชื่อถือได้	4.32	0.64	มากที่สุด
2. ระบบสารสนเทศเพื่อบริหารความเสี่ยง มีความครบถ้วน สมบูรณ์ของข้อมูล	4.40	0.68	มากที่สุด
3. คุณภาพของข้อมูลในระบบสารสนเทศเพื่อบริหารความเสี่ยง ตรงกับความต้องการในการบริหารจัดการในหน่วยงานของท่าน	4.39	0.64	มากที่สุด
4. ระบบสารสนเทศเพื่อบริหารความเสี่ยง เป็นฐานข้อมูลที่จัดเก็บและแยกหมวดหมู่ของอุบัติการณ์อย่างชัดเจน	3.90	1.06	มาก
5. ระบบสารสนเทศเพื่อบริหารความเสี่ยง เป็นฐานข้อมูลที่จัดเก็บและแยกระดับความรุนแรงอย่างชัดเจน	4.09	0.95	มาก
6. สารสนเทศจากระบบการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลมีประโยชน์ในการบริหาร <u>แผนงาน/โครงการ</u> ตามแผนของโรงพยาบาล	3.75	0.92	มาก
7. สารสนเทศจากระบบการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล มีประโยชน์ในการบริหาร <u>งบประมาณ</u> ตามแผนของโรงพยาบาล	3.70	0.93	มาก

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ข้อความ	μ	σ	ระดับ ความคิดเห็น
8. สารสนเทศจากระบบการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล มีประโยชน์ในการบริหาร <u>ผลการดำเนินงาน</u> ตามแผนของโรงพยาบาล	3.86	1.09	มาก
9. ประโยชน์จากข้อมูลระบบการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล ช่วยป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำใน <u>หน่วยงาน</u> ของท่าน	3.91	0.91	มาก
10. ประโยชน์จากข้อมูลระบบการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล ช่วยป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำกับ <u>ผู้รับบริการ</u>	3.73	1.02	มาก
ภาพรวม	4.01	0.29	มาก

จากตารางที่ 6 ผลการประเมินด้านผลผลิต พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย 4.01 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.29 และเมื่อวิเคราะห์เชิงเนื้อหา มีความเห็นว่า การกำหนดทิศทางนโยบายการบริหารงานที่เชื่อมโยงสอดคล้องจากการประเมินของสถาบันพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ทำให้บุคลากรที่นำนโยบายไปปฏิบัติสามารถบริหารความเสี่ยงได้อย่างตรงเป้าหมายและเกิดประสิทธิผลที่ดี รวมถึงการนำผลการวิเคราะห์ หรือการรายงานในโปรแกรมความเสี่ยงมาวางแผนงานในปีถัดไป ระบบสารสนเทศเพื่อบริหารความเสี่ยง เป็นฐานข้อมูลที่จัดเก็บและแยกหมวดหมู่ของอุบัติการณ์อย่างชัดเจน แยกระดับความรุนแรงและความถี่ของอุบัติการณ์ ดังนั้นควรมีการจัดกิจกรรมการดำเนินงานที่นำความเสี่ยงในทั้งปีงบประมาณหรือย้อนหลัง 3 ปี นำมาหาจุดแข็งจุดอ่อน เพื่อทำกลยุทธ์ในการดำเนินงานป้องกันความเสี่ยงที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง อุตการณ์บางอย่างเกิดบ่อยครั้งแต่ไม่มีการนำมาจัดการความเสี่ยง คณะกรรมการความเสี่ยงอาจจะต้องเขียนแผนงานในการควบคุม กำกับติดตามความเสี่ยงดังกล่าว เพราะบางความเสี่ยงอาจมองว่าไม่สำคัญ แต่เมื่อรวบรวมฐานข้อมูลการรักษาในโรงพยาบาลอาจส่งผลกระทบต่อตัวชี้วัดของหน่วยงาน ในกรณีที่ความเสี่ยงเกิดจากระบบงานที่ไม่มีประสิทธิภาพ พบว่าแนวทางในการจัดการความเสี่ยงสามารถลดความเสี่ยงได้บรรลุตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ แต่ในกรณีความเสี่ยงที่เกิดจากความผิดพลาดของบุคคล (Human Error) พบว่ามีบางตัวชี้วัดไม่สามารถบรรลุตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ได้

สรุปปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา

1. ปัญหา อุปสรรค และ ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาด้านสภาพแวดล้อม ในส่วนของการกำหนดนโยบายมีคู่มือที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงได้กำหนดแนวทางให้เป็นการปฏิบัติร่วมกัน และกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดรายบุคคล ดังนั้นเพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติเล็งเห็นความสำคัญของระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง ควรมีการนำเสนอผลการดำเนินงาน สรุปความเสี่ยงออกมาตามลำดับ และวางแผนจัดการลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในปีงบประมาณถัดไป

2. ปัญหา อุปสรรค และ ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาด้านปัจจัยนำเข้า ผู้ใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขปัญหา ในประเด็นความรู้ความเข้าใจของผู้เกี่ยวข้อง มีการวางแผนจัดโครงการโดยเชิญวิทยากรจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง รวมถึงการอบรมให้ความรู้การใช้งานระบบสารสนเทศ การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง และบุคลากรบางกลุ่มเช่น ลูกจ้างรายวัน ลูกจ้างรายคาบ ไม่ได้อยู่ในเกณฑ์ที่ต้องใช้ระบบสารสนเทศเพื่อบริหารความเสี่ยง อาจทำให้ข้อมูลบางอย่างไม่ครบถ้วน เพราะบุคลากรส่วนนี้มีความใกล้ชิดกับผู้รับบริการ เนื่องจากงบประมาณในการอบรมการใช้งานระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง มีงบประมาณตามแผนงานของโรงพยาบาลอยู่แล้ว แต่ผู้กำหนดนโยบายได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีงบประมาณในส่วนของการกำกับติดตามงาน การสัณเฑาะหรือกิจกรรมกลุ่มเพื่อสนับสนุนการใช้งาน การนำข้อมูลที่ได้ตรวจสอบและแก้ไขให้ถูกต้องแล้วมาทำการประมวลผลด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น จัดกลุ่ม จัดเรียงตามตัวอักษร และเปรียบเทียบความเสี่ยงกันในแต่ละเดือน ว่าควรนำความเสี่ยงใดมาแก้ปัญหาย่างเร่งด่วน

3. ปัญหา อุปสรรค และ ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาด้านกระบวนการ ควรกำหนดขั้นตอนการดำเนินงานระบบบริหารความเสี่ยง โดยกำหนดระยะเวลาดำเนินการ ระยะเวลาในการกำกับ ติดตาม ให้ชัดเจน และมีการประชุมรายไตรมาสเพื่อกำหนดแนวทางให้ชัดเจน รวมถึงทบทวน ปัญหา อุปสรรค แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงาน จัดทำเข้มมุ่งในการบริหารความเสี่ยงและประกาศเป็นนโยบายให้บุคลากรทุกระดับรับทราบและปฏิบัติรวมทั้งมีการติดตามผลทุกระยะ ผลักดันให้ใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล การทบทวนความเสี่ยงที่เกิดบ่อยครั้งและจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อแก้ไขปัญหามาให้เกิดซ้ำ หรือการถ่ายทอดลงสู่ผู้ปฏิบัติให้มีความชัดเจน ข้อเสนอแนะการจัดกิจกรรมโครงการที่มีความแตกต่างจากเดิม เช่น การศึกษาดูงานระบบสารสนเทศในรูปแบบที่คล้ายกัน การจัดกิจกรรม workshop จำลองเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ต่างๆ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมได้วิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงด้วยตนเอง และดำเนินการคีย์ข้อมูลลงระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง และประมวลผลออกมาเพื่อดำเนินการวางแผนต่อไป

4. ปัญหา อุปสรรค และ ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาด้านผลผลิต ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงฐานข้อมูล เพิ่มเหตุการณ์ความเสี่ยงที่พบเจอและไม่ได้อยู่ในรายการ รวมถึงควรมีการกำหนดผู้ตรวจสอบข้อมูลว่าความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ของข้อมูลหรือไม่ และถ้าไม่ถูกต้องมีแนวทางแก้ไขที่จะชี้แจงกับหน่วยงานอย่างไร หากข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา ในทุกด้าน ทำให้วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้บริหาร กำหนดจุดแข็ง จุดอ่อน และทำแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลได้

อภิปรายผล

โรงพยาบาลห้วยพลู จังหวัดนครปฐม ได้มีการพัฒนาการรายงานความเสี่ยงแบบเอกสาร มาเป็นการรายงานผ่านระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล ออกแบบเป็นโปรแกรมที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย และมีฐานข้อมูลที่ครบถ้วน การรายงานเป็นไปตามมาตรฐานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และเพื่อเป็นการสนับสนุนการใช้โปรแกรม คณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล ได้กำหนดการรายงานความเสี่ยงให้เป็นตัวชี้วัดหนึ่งของบุคลากรในโรงพยาบาล เพื่อให้ในการบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยมุ่งการประเมิน 4 ด้านคือ การประเมินสภาพแวดล้อม (Context Evaluation) การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) และการ

ประเมินผลผลิต (Product Evaluation) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย เรื่อง การประเมินผลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลห้วยพลู จังหวัดนครปฐม

1. ด้านสภาพแวดล้อม จากการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลได้มีการกำหนดแนวทางในการชี้แจงชี้ และดำเนินการเมื่อพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาล และสามารถเพื่อให้มั่นใจว่ารายงาน อุบัติการณ์ หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นทุกเหตุการณ์ได้รับการบริหารจัดการอย่างถูกต้อง ภายในระยะเวลาที่เหมาะสม โรงพยาบาลประกาศนโยบายเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงและมีการสื่อสาร ถ่ายทอดให้บุคลากรทุกระดับทราบผ่านการประชุมในระดับต่าง ๆ นั้นเป็นจุดเริ่มต้น และให้ดำเนินการ รายงานความเสี่ยงผ่านระบบสารสนเทศในรูปแบบโปรแกรม รวมถึงกำหนดตัวชี้วัดทิศทางในการดำเนินงาน ให้กับบุคลากร มีการตอบสนองต่อนโยบายดังกล่าว โดยได้นำกระบวนการบริหารความเสี่ยงมาใช้ในการ ปฏิบัติงาน สอดคล้องกับ Sirilak Ritthaisong (2017) ได้ศึกษาการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ใน บริบทของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ในการกำหนดกรอบการบริหารความเสี่ยงขององค์กร จะประกอบด้วยหลาย ปัจจัย เช่น วัฒนธรรมองค์กร นโยบายของผู้บริหาร แนวทางการปฏิบัติของบุคลากร กระบวนการทำงาน ระบบสารสนเทศ ซึ่งสภาพแวดล้อมจะเป็นองค์ประกอบสำคัญในการกำหนดทิศทางของกรอบการบริหาร ความเสี่ยงขององค์กร ทุกหน่วยงานมีความต้องการในการใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง ที่เป็นรูปแบบโปรแกรม เพราะเป็นโปรแกรมที่เข้าถึงได้ง่าย มีขั้นตอนการรายงานไม่ซับซ้อน รวมถึงการ ประหยัดเวลาในเรื่องของการวิเคราะห์ข้อมูล สารสนเทศและการสื่อสาร องค์กรจะต้องมีระบบสารสนเทศ และการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพราะเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะนำไปพิจารณาดำเนินการบริหารความ เสี่ยงให้เป็นไปตามกรอบ สอดคล้องกับ Piyanan Senaho (2020) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการ บริหารการของศูนย์เทคโนโลยีดิจิทัล ได้พัฒนาการทำงานบนระบบเครือข่าย ที่สามารถใช้งานได้ทุกที่ ช่วยอำนวยความสะดวก ช่วยปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการในแต่ละบริการระบบจะมีการ กำหนด KPI ในการวัดประสิทธิภาพของการให้บริการ มีการแจ้งเตือนการขอรับบริการผ่านอีเมล และทาง แอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งเป็นระบบที่ทำขึ้นมาเพื่อสนับสนุนการทำงานให้รวดเร็วขึ้น

2. ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า ทรัพยากรทางการบริหารทุก ๆ ด้าน ได้แก่ บุคลากร (Man) งบประมาณ (Money) วัสดุ อุปกรณ์ (Materials) การบริหารจัดการ (Management) และ แรงจูงใจ (Motivations) เป็น ปัจจัยนำเข้าที่ทำให้การดำเนินงานระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลประสบ ผลสำเร็จ ในด้านบุคลากรมีการมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละบุคคล แต่การรายงานความ เสี่ยงในระบบมีจำนวนน้อยกว่าที่กำหนดให้แต่ละบุคคลรายงาน ความเสี่ยงที่ถูกรายงานในระบบจะเป็นความ เสี่ยงเรื่องเดิมที่เคยเกิดขึ้นแล้ว ความเพียงพอของผู้รายงานความเสี่ยงในระบบมีจำนวนมาก แต่ผู้ที่บริหาร จัดการ ดูแลระบบสารสนเทศไม่เพียงพอต่อการบริหารจัดการ รวมถึงส่วนใหญ่อายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป ทำให้การเรียนรู้อาจต้องใช้เวลาพอสมควร ดังนั้นจึงต้องมีการโครงการอบรมผู้ใช้งานระบบ สารสนเทศเพื่อความเสี่ยง และทำแบบสอบถามเกี่ยวกับความต้องการของระบบ หรือข้อเสนอในการเพิ่ม หรือปรับปรุงระบบ เพื่อให้เหมาะสมกับการใช้งาน สอดคล้องกับ Sasichan Panjatawee (2017) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับการใช้ระบบสารสนเทศกรณีศึกษา สถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตเชียงใหม่ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับการใช้ระบบสารสนเทศของบุคลากร คือ ปัจจัยการได้รับการสนับสนุน การใช้ระบบสารสนเทศจากผู้บังคับบัญชา ปัจจัยความคาดหวังจากประสิทธิภาพของเทคโนโลยีสารสนเทศ และปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของเทคโนโลยีสารสนเทศ ในส่วนของงบประมาณในการอบรมการใช้ระบบ สารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง มีงบประมาณตามแผนงานของโรงพยาบาลเพียงพอ มีวัสดุอุปกรณ์ คอมพิวเตอร์ที่เพียงพอทุกหน่วยงาน แต่ในเรื่องของสัญญาณและความเสถียรทำให้ระบบเกิดความล่าช้า

3. ด้านกระบวนการ พบว่า สิ่งที่ต้องลงมือทำเพื่อให้องค์กรสามารถขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลได้นำข้อมูลจากรายการความเสี่ยงด้านคลินิกมาวิเคราะห์ในเรื่องของความเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดความเสี่ยงเพื่อนำมาจัดลำดับความสำคัญในการจัดการกับความเสี่ยงนั้น ๆ และวางแนวทางสร้างกลยุทธ์ 5 ปี ของโรงพยาบาล มีการนำรายการความเสี่ยงด้านคลินิกมาวิเคราะห์ในเรื่องของความเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดความเสี่ยงมาจัดลำดับความสำคัญ เพื่อกำหนดมาตรการป้องกันในกรณีที่เป็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้ว รวมถึงการวางแผนการดำเนินงานต่าง ๆ ได้รับการผลักดันจากผู้บริหารของโรงพยาบาล เทคโนโลยีเพื่อการบริหารจัดการองค์กรที่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงผลักดันให้ใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล เพื่อรายงานความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน และผู้รับบริการ ให้เป็นเครื่องมือช่วยเพิ่มทั้งศักยภาพและประสิทธิภาพขององค์กรในการที่จะนำพาองค์กรก้าวเดินไปข้างหน้าได้อย่างสมดุล มั่นคงและยั่งยืน สอดคล้องกับ Supaporn Buaphat (2017) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จในการบริหารความเสี่ยงของกองกิจการนิสิต ผู้บริหารได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงอย่างถูกต้องและทันเวลา รวมถึงคู่มือ หรือกรอบการดำเนินงาน หรือนโยบายการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานกระบวนการของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและควบคุมภายในของหน่วยงานมีการชี้แจงให้ผู้บริหารและบุคลากรทุกคนทราบถึงการเปลี่ยนแปลงและผลที่หน่วยงานจะได้รับจากการเปลี่ยนแปลง และหน่วยงานยังมีการประยุกต์ใช้เกณฑ์การประเมินผลการดำเนินงานที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงได้ตามที่กำหนด การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูงในด้านต่าง ๆ ทำให้ทิศทางการดำเนินงานระบบบริหารความเสี่ยงประสบความสำเร็จ และการจัดกิจกรรมโครงการที่มีความแตกต่างจากเดิม เช่น การศึกษาดูงานระบบสารสนเทศในรูปแบบที่คล้ายกัน การจัดกิจกรรม work shop จำลองเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ต่างๆ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมได้วิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงด้วยตนเอง และดำเนินการคีย์ข้อมูลลงระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง และประมวลผลออกมาเพื่อดำเนินการวางแผนต่อไป สอดคล้องกับ Montree Denduang (2002) ได้ให้ข้อเสนอแนะผลการวิจัยว่า ควรมีการปรับปรุงการพัฒนาศักยภาพให้ได้มาตรฐานยิ่งขึ้น เช่น การจัดสัมมนา อบรมแก่บุคลากร และสิ่งสำคัญคือการกำกับติดตาม ควรมีการติดตามดำเนินการและรายงานผลเป็นระยะเพื่อสามารถปรับปรุงแนวทางต่าง ๆ ที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละบริบท ซึ่งจะทำให้สามารถค้นหาประเมินและจัดการความเสี่ยงนั้น ๆ ได้อย่างเหมาะสม

4. ด้านผลผลิต สารสนเทศจากระบบการบริหารความเสี่ยงมีประโยชน์ในการนำมาวางแผนงานและลดอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน และผู้รับบริการ ปรับปรุงการทำงานให้มีคุณภาพ แต่การจะทำให้ได้ผลลัพธ์และให้ข้อมูลเกิดประโยชน์การรายงานข้อมูลตรงเวลา ความสม่ำเสมอของการรายงานผล ปัญหาที่เกิดขึ้นคือการติดตามงานที่ไม่มีความต่อเนื่อง ไม่มีการทบทวนอุบัติเหตุที่ถูกรายงานในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง และตั้งแต่การดำเนินงานด้านความเสี่ยงมา ยังไม่มีการจัดทำแบบประเมินความพึงพอใจในด้านของการใช้งานของสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง สอดคล้องกับ Phongsak Rattanaphong (2021) ศึกษาการประเมินและปรับปรุงประสิทธิภาพเว็บแอปพลิเคชันขายสินค้าออนไลน์ ได้ดำเนินการปรับปรุงระบบใหม่ ประเมินประสิทธิภาพระบบใหม่ เปรียบเทียบผลของระบบเดิมและระบบใหม่ และวิเคราะห์ข้อมูล รวมถึงวัดระดับความพึงพอใจ โดยประเมินในขั้นตอนของการรวบรวมความต้องการของระบบ ผู้วิจัยไม่ได้รวบรวมความต้องการของระบบมากเพียงพอ ด้านคุณภาพสารสนเทศ คุณภาพระบบสารสนเทศ และหากข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา ในทุกด้าน ทำให้วิเคราะห์ข้อมูล เพื่อประกอบการการตัดสินใจของผู้บริหาร

การนำผลการวิจัยไปใช้

1) ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนปรับปรุงพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ในเรื่องของการบริหารความเสี่ยงเชิงรุก การเพิ่มหัวข้อความเสี่ยงอื่น ๆ ที่เกิดขึ้น และยังมีในระบบ ควรมีการพัฒนากระบวนการบริหารความเสี่ยงด้านอื่น ๆ ควบคู่กันไปด้วย โดยในแต่ละบริบทของการบริหารความเสี่ยงควรมีมาตรฐานในการกำกับดูแลที่สามารถปฏิบัติได้ตามแนวทางที่กำหนดไว้

- ปรับปรุงฐานข้อมูล โดยเพิ่มเหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใหม่ ๆ ให้มีในระบบ
- พัฒนาระบบสารสนเทศในรูปแบบ Application

2) การสำรวจความพึงพอใจเพื่อประเมินในขั้นตอนของการรวบรวมความต้องการของระบบ สิ่งที่ใช้ใช้งานต้องการให้เกิดขึ้น เพื่อนำผลความพึงพอใจมาใช้ปรับปรุงการพัฒนางานความเสี่ยง

3) แนวทางในการกำกับ ติดตาม และมีการประเมินผลรายไตรมาส การมอบหมายบุคลากรให้หน่วยงานให้มีการกำกับ ติดตาม ในแต่ละเดือน หรือการแจ้งเตือนหน่วยงานให้มีการรายงานทุกเดือน เพื่อให้ข้อมูลขาดความต่อเนื่อง และเป็นปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ศึกษาความเสี่ยง อุบัติการณ์ ที่เกิดขึ้นมากที่สุดที่โรงพยาบาล เพื่อหาแนวทางป้องกันความเสี่ยง รวมถึงจัดกิจกรรมแนวทางการลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้นบ่อย และประเมินผลก่อนหลังการทำการกิจกรรม

2) เนื่องจากบุคลากรในโรงพยาบาลมีตำแหน่งพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ จึงควรศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ประสบการณ์ เจตคติการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ

3) ศึกษาการใช้งานสารสนเทศแต่ละช่วงอายุ เพื่อดูความเหมาะสม หรือพัฒนารูปแบบการทำงานด้านสารสนเทศให้เหมาะสมแก่ช่วงอายุที่มีความหลากหลาย

References

- Alkin, Marvin C. (1966). *Evaluation Theory Development*. Los Angeles: U.S.A.
- Chao Inyai. (2012). *Program Evaluation* (2nd edition). Bangkok: Chulalongkorn University Press.
- Hakan Tuna, & Melek Başdal. (2021). Curriculum evaluation of tourism undergraduate programs in Turkey: A CIPP model-based framework. *Journal of Hospitality, Leisure, Sport & Tourism Education*, 29(November), 100324.
- Healthcare Quality Accreditation Institute (Public Organization). (2018). *New HA Standards: Risk management through risk register*. Nonthaburi: Healthcare Quality Assurance Institute.
- Healthcare Quality Accreditation Institute (Public Organization). (2021). *Hospital and Health Service Standards, Edition 5*. Nonthaburi: Institute for Accreditation of Healthcare Facilities. (Public Organization).
- Mokhtazadegan, M., Amini, M., Takmil, F., Adamiat, M., & Sarveravan, P. (2015). Inservice trainings for Shiraz University of Medical Sciences employees: effectiveness assessment by using the CIPP model. *Journal of Advances in Medical Education & Professionalism*, 3(2), 77-83.
- Nooshin Mohebbi, Faezeh Akhlaghib, Mohammad Hossein Yarmohammadian, & Masumeh Khoshgam. (2011). Application of CIPP model for evaluating the medical records education course at master of science level at Iranian medical sciences universities. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 15(2), 3286-3290.
- Public Health Administration Division Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health Ministry of Public Health. (2017). *Health service system development plan (Service Plan) 2018-2022*. Nonthaburi: Public Health Administration Office. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health.
- Piyanan Senaho. (2020). *Development of information systems for services according to the ITIL process of the Digital Technology Center*. Phetchaburi Rajabhat University. Phetchaburi: Phetchaburi Rajabhat University.
- Phisanu Fongsri. (2007). *Educational assessment: concepts into practice*. (4th printing). Bangkok: Property Print.
- Phongsak Rattanaphong. (2021). *Evaluating and improving the efficiency of online sales web applications*. Case study: 2S Metal Public Company Limited. (Master of Science Thesis) not published). Prince of Songkla University, Songkhla.
- Rattana Buasan. (2013). *Qualitative research in education*. Bangkok: Chulalongkorn University Press.
- Risk Management Committee (2018). *Guidelines for risk management and complaints*. Nakhon Pathom: Huai Phlu Hospital Nakhon Chai Si District Nakhon Pathom Province.
- Risk Management Committee (2018). *Program for using the risk management information system at Huai Phlu Hospital*. Nakhon Pathom: Huai Phlu Hospital Nakhon Chai Si District Nakhon Pathom Province.

- Srinakarin Hospital (2016). *Srinakarin Hospital Quality Manual, revised edition*. Khon Kaen: Srinakarin Hospital Faculty of Medicine Khon Kaen University.
- Sasichan Panjatawee. (2017). *Factors affecting the acceptance of information system use, case study. Institute of Physical Education Chiang Mai Campus*. (Independent research, Master of Business Administration degree not published). Graduate School Chiang Mai Rajabhat University, Chiang Mai.
- Sirilak Ritthaisong. (2017). Hospital risk management. In the context of professional nursing. *Journal of Health and Public Health Law*, 3(1), (January-April), 79-86.
- Siriporn Rojanakoson, Prajat Chaisiri, Thanakorn Kannika, and Wuttichart Sawaengphon. (2021). Development of an information system to assess performance performance for the Faculty of Information and Communication Technology. *Journal of Technology Management Maha Sarakham Rajabhat University*, 8(1), 21-23.
- Somkid Promjui. (2007). *Project evaluation techniques*. (5th printing). Bangkok: Chatuporn Design.
- Supaporn Buaphat. (2017). *Guidelines for increasing the potential of student activity management organizations in organizing extra-curricular activities using Design Thinking (Design Thinking)*. Empowering Organization of Student Affairs by Using Design Thinking (research report). Phayao: Student Affairs Division University of Phayao.
- Supamas Angsuchot. (2006). Evaluation of policy, program and project in the subject compendium. Evaluation of policies, plans and projects (Unit 6, pp. 31-34). Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University.
- Stufflebeam, D.L. (2004). *The 21 st century CIPP model*. In Alkin, M.C. (Ed.), *Evaluation roots : Tracing theorists' views and influences* (pp.276-291). London: SAGE.
- Surendran Sankaran & Norazlinda Saad. (2564). *Evaluating the Bachelor of Education Program Based on the Context, Input, Process, and Product Model*. Retrieved from <https://doi.org/10.3389/feduc.2022.924374>.
- Tassawich Khamcharoen. (2018). *Evaluation of the strategic health management system of agencies under the Songkhla Provincial Public Health Office*. (Master of Public Health Thesis not published). Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi.
- Vaughan, E. J. (1997). *Risk management*. New York: New Baskervi.

การประเมินความพร้อมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก ในผู้สูงอายุไทย Assessment of Readiness to Use Digital Technology for Oral Health Care in Thai Elderly

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: Aug. 29, 2024

Revised: Jan. 1, 2025

Accepted: Mar. 5, 2025

Published April 5, 2025

ณัฐมนันท์ ศรีทอง, สุรัตน์ มงคลชัยอรุณญา
สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
Nutmanussanun Srithong, Surat Mongkonchai
Dental Health Bureau, Department of Health, Ministry of public health

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาความพร้อมของผู้สูงอายุต่อการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลสุขภาพช่องปาก 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลผู้สูงอายุ ทักษะการใช้เทคโนโลยีสุขภาพช่องปากกับการใช้อุปกรณ์สื่อสารที่เข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัล การรับรู้ประโยชน์เทคโนโลยีดิจิทัลของผู้สูงอายุ และ 3) ศึกษาความต้องการใช้เทคโนโลยีสุขภาพช่องปากกับทัศนคติในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและการรับรู้ประโยชน์ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางใช้วางแผนจัดการส่งเสริมพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปากได้อย่างเหมาะสม กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุอายุ 60-79 ปี จำนวน 3,520 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามโดยสุ่มตัวอย่างแบบลำดับขั้น เริ่มจากสุ่มเลือก 8 จังหวัดจาก 4 ภูมิภาค แล้วสุ่มตำบลในเขตและนอกเขตเทศบาลอย่างละ 2 ตำบล จากนั้นสุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 6 เดือน อ่านออกเขียนได้ และไม่มีภาวะพึ่งพิง (ADL ไม่รวมติดบ้าน ติดเตียง) ที่สามารถตอบแบบสอบถามได้ตลอดการสัมภาษณ์โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประสานงานในพื้นที่ สถิติที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบหาความแตกต่างค่าที และค่าสถิติไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 66-79 ปี การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่เคยเรียนหรือประถมศึกษา ครอบครัวส่วนใหญ่มีลักษณะอยู่ร่วมกับหลายคนหลายวัย การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ผู้สูงอายุ ร้อยละ 58.3 มีอุปกรณ์สื่อสารที่เข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัล การใช้เทคโนโลยีด้วยตนเองมีความเกี่ยวข้องกับอายุ การศึกษา และลักษณะครอบครัว โปรแกรมยอดนิยมที่ใช้บ่อย ได้แก่ Line, YouTube, และ Facebook โปรแกรมที่ใช้น้อย ได้แก่ แอปธนาคาร, Google และ Netflix การรับรู้ประโยชน์จากเทคโนโลยี ผู้สูงอายุรับรู้ประโยชน์ในระดับสูง โดยเฉพาะการติดต่อกับครอบครัวและการใช้เพื่อความบันเทิง ทักษะการใช้เทคโนโลยีสุขภาพอยู่ในระดับสูง เช่น การใช้แอปพลิเคชันสุขภาพเพื่อปรึกษาและดูแลสุขภาพ ความต้องการใช้เทคโนโลยีสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุ ร้อยละ 52.4 ต้องการใช้อุปกรณ์ดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น การจองคิวนัดหมายและปรึกษาปัญหาช่องปากผ่านสมาร์ทโฟน

คำสำคัญ : เทคโนโลยีดิจิทัล, ผู้สูงอายุ, สุขภาพช่องปาก

Corresponding author: ณัฐมนันท์ ศรีทอง Email: nutdentalhealth@gmail.com

Abstract

This research aimed to: (1) study the readiness of older adults to use digital technology in oral health care, (2) examine the relationship between the demographic information of older adults, attitudes toward oral health technology, access to digital communication devices, and their perceived benefits of digital technology, and (3) explore the demand for oral health technology, attitudes toward digital technology, and perceived benefits of digital technology in oral health care for older adults. The findings aim to serve as a guideline for planning and promoting the development of appropriate digital technology for oral health care. The sample consisted of 3,520 older adults aged 60-79 years. Data were collected through questionnaires using stratified random sampling. Eight provinces from four regions were selected, followed by the random selection of two sub-districts from both municipal and non-municipal areas. Participants were older adults residing in the area for no less than six months, literate, independent (ADL scores excluded those who were homebound or bedridden), and able to complete the questionnaires throughout the interview process, facilitated by local health officials. Statistical analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, t-test, and chi-square.

The findings revealed that the majority of older adults were female, aged 66-79 years, with an education level of no formal education or primary school. Most families were multigenerational households. Regarding the use of digital technology, 58.3% of older adults owned digital communication devices. Self-use of technology was associated with age, education level, and family structure. Popular applications included Line, YouTube, and Facebook, while less-used applications were banking apps, Google, and Netflix. Perceived benefits of technology were rated highly, particularly in maintaining family connections and providing entertainment. Attitude toward health technology was also rated highly, such as using health applications for consultations and health management. In terms of demand for oral health technology, 52.4% of older adults expressed interest in using oral health applications, such as scheduling appointments and consulting oral health issues via smartphones.

Keywords : Digital Technology, Elderly, Oral Health

Corresponding author: Nutmanussanun Srithong Email: nutdentalhealth@gmail.com

บทนำ

ปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุเป็นประเด็นสำคัญที่หลายประเทศ รวมถึงประเทศไทย ให้ความสนใจเป็นอย่างมาก แม้ว่าจะมีการพัฒนาในหลายด้าน แต่ยังคงมีปัญหาคือความต้องการการแก้ไขเร่งด่วน จากการสำรวจสุขภาพช่องปากแห่งชาติของประเทศไทยครั้งที่ 8 และ 9 พบว่าสถานการณ์บางด้านดีขึ้น เช่น จำนวนฟันดียวที่ใช้งานได้เพิ่มขึ้น แต่ยังมีปัญหาสำคัญ เช่น การอักเสบของปริทันต์และการบดเคี้ยวที่ไม่สมบูรณ์ ซึ่งส่งผลต่อการได้รับสารอาหารเพียงพอ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง สถานการณ์ในประเทศไทยมีความคล้ายคลึงกับประเทศญี่ปุ่น ซึ่งแม้จะมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและจำนวนทันตแพทย์เพียงพอ แต่ยังคงพบความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการรักษาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ (SDG MOVE.com, 2564) ปัญหาเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความท้าทายของระบบสุขภาพที่ยังไม่ครอบคลุมความต้องการของกลุ่มเป้าหมายอย่างแท้จริง ปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุสมบูรณ์ตั้งแต่ปี 2564 และมีการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผ่านแผนงานต่างๆ เช่น การดูแลสุขภาพช่องปากส่วนบุคคล และกิจกรรมจากชมรมผู้สูงอายุ (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2566) อย่างไรก็ตาม การระบาดของ COVID-19 ในปี 2563-2564 ทำให้ผู้สูงอายุขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากจากข้อจำกัดด้านการเว้นระยะห่างและการห้ามรวมกลุ่ม

สถานการณ์ปัจจุบันทำให้การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลกลายเป็นทางเลือกสำคัญสำหรับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ แม้อยู่ในบ้าน การพัฒนาสื่อดิจิทัลสำหรับผู้สูงอายุจึงเป็นประเด็นเร่งด่วน โดยเฉพาะการจัดทำสื่อออนไลน์ที่เหมาะสม เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแล สถานการณ์นี้สะท้อนถึงความจำเป็นในการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในยุคสังคมดิจิทัลและวิถีชีวิตใหม่ (New Normal) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยก่อนหน้านี้พบข้อจำกัดด้านการเข้าถึงและความพร้อมของผู้สูงอายุในการใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อดูแลสุขภาพช่องปาก อีกทั้งยังขาดการศึกษาสถานการณ์ความพร้อมของผู้สูงอายุในประเทศไทยอย่างละเอียด งานวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นการสำรวจความพร้อมของผู้สูงอายุในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล โดยเฉพาะในช่วงที่การเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากถูกจำกัดจากสถานการณ์โรคระบาด (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2564)

การศึกษานี้ใช้ ทฤษฎีการยอมรับเทคโนโลยี (Technology Acceptance Model: TAM) เป็นเครื่องมือสำคัญในการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับเทคโนโลยีดิจิทัลของผู้สูงอายุ ทฤษฎี TAM ชี้ว่า ความสะดวกในการใช้งาน (Perceived Ease of Use) และความเป็นประโยชน์ (Perceived Usefulness) เป็นปัจจัยหลักที่มีผลต่อการยอมรับเทคโนโลยี ผู้สูงอายุที่เข้าใจและเห็นประโยชน์จากเทคโนโลยีจะมีความเต็มใจยอมรับและใช้งานมากขึ้น (Davis, 1989) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องระบุว่า แม้เทคโนโลยีดิจิทัลจะมีศักยภาพในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพ แต่ข้อจำกัดด้านความสามารถในการใช้งานและการเข้าถึงยังเป็นอุปสรรคสำคัญ (Venkatesh & Bala, 2008) ดังนั้น งานวิจัยนี้จะสำรวจปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับเทคโนโลยีดิจิทัลของผู้สูงอายุไทย พร้อมทั้งเสนอแนวทางพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนและครอบคลุมมากขึ้น การศึกษาครั้งนี้จะทำการสำรวจในประเทศไทย โดยเน้นกลุ่มผู้สูงอายุในภาคกลางและภาคเหนือ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลสุขภาพช่องปากค่อนข้างน้อย

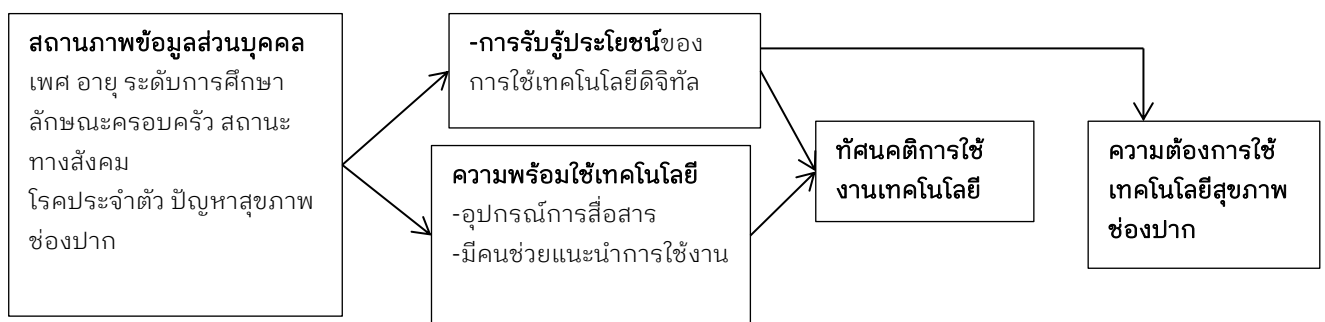
การศึกษานี้จะประเมินความพร้อมของผู้สูงอายุในการใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัลดังกล่าว เพื่อพัฒนาสื่อดิจิทัลที่เหมาะสมและตอบโจทย์ความต้องการในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในประเทศไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ กรมอนามัยได้มีนโยบายในการนำสื่อดิจิทัลนี้ไปใช้ทั่วประเทศ และมีแผนในการพัฒนาให้เป็นแพลตฟอร์มกลางที่สามารถเชื่อมต่อกับข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอนาคต การศึกษาในครั้งนี้จึงมีความสำคัญในการประเมินความพร้อมของผู้สูงอายุในการใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพช่องปาก ซึ่งจะนำผลการศึกษาไปใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาสื่อดิจิทัลช่องทางการสื่อสาร และแอปพลิเคชันต่างๆ เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงาน

บริการสาธารณสุข เพื่อเตรียมความพร้อมในการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความพร้อมของผู้สูงอายุ (อายุ 60-79 ปี) ต่อการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลสุขภาพช่องปาก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลผู้สูงอายุ ทักษะการใช้เทคโนโลยีสุขภาพช่องปากกับการใช้อุปกรณ์สื่อสารที่เข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัล การรับรู้ประโยชน์เทคโนโลยีดิจิทัลของผู้สูงอายุ
3. เพื่อศึกษาความต้องการใช้เทคโนโลยีสุขภาพช่องปากกับทัศนคติในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและการรับรู้ประโยชน์ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study) ดำเนินการสำรวจใน 8 จังหวัด คือ สุพรรณบุรี สระแก้ว น่าน สุโขทัย เลย ยโสธร สงขลาและระนอง เก็บข้อมูลในระหว่างเดือนกันยายน 2566 – กุมภาพันธ์ 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้มีอายุ 60-79 ปีมีสัญชาติไทยและมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 3,520 คน

กำหนดวิธีการสุ่มตัวอย่างเป็นลำดับขั้น เริ่มจากสุ่มเลือกจังหวัดตัวแทนแต่ละภูมิภาคด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลากภูมิภาคละ 2 จังหวัด ได้จำนวน 8 จังหวัด เมื่อได้จังหวัดแล้วสุ่ม Random Sampling ตำบลในเขต/นอกเขตอย่างละ 2 ตำบล กำหนดเป็นพื้นที่เก็บข้อมูลในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล สุ่มตัวอย่างจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่จริง ในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 6 เดือน อ่านออกเขียนได้ ไม่มีภาวะพึ่งพิง (ADL ไม่รวมติดบ้าน ติดเตียง) สามารถอยู่ตอบแบบสอบถามได้ตลอดการสัมภาษณ์โดยมีผู้ประสานงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างและการเก็บข้อมูลในแต่ละพื้นที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยนี้คือ แบบสอบถาม ซึ่งพัฒนาขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสอบถามได้รับการออกแบบให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการวิจัยและวัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อใช้ในการวัดตัวแปรสำคัญต่าง ๆ ตามที่กำหนดไว้ แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 การ

ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ส่วนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์จากการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ส่วนที่ 4 ทศนคติต่อการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพ ส่วนที่ 5 ความต้องการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสุขภาพช่องปาก การจัดโครงสร้างแบบสอบถามในลักษณะนี้ช่วยให้สามารถเก็บข้อมูลที่ครอบคลุมและสอดคล้องกับเป้าหมายของการวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้เสนอทดสอบแบบสอบถามต่อผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา การวิจัยทางสังคมศาสตร์ และสถิติประยุกต์ เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Item Objective Congruency: IOC) โดยค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามในแต่ละข้ออยู่ในช่วง 0.85-0.95 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ จากนั้นได้ปรับปรุงแบบสอบถามตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ สำหรับการหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองสอบถามกับผู้สูงอายุจำนวน 30 คนในชุมชนหนองจอกและชุมชนบางแก้ว จังหวัดเพชรบุรี แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตร Cronbach's Alpha พบว่าค่าความเชื่อมั่นของตัวแปรด้านสังคม = 0.80 และตัวแปรด้านเศรษฐกิจ = 0.83 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ตามมาตรฐานทางสถิติ (≥ 0.70)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลในครั้งนี้ถูกปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุที่อาจมีข้อจำกัดด้านการอ่านหรือการกรอกแบบสอบถามเอง เริ่มจากการประชุมชี้แจงโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ คุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง วิธีการเก็บข้อมูล และการใช้เครื่องมือ จากนั้นพนักงานเก็บข้อมูลจะลงพื้นที่เพื่อดำเนินการตามความเหมาะสมสำหรับผู้ที่สามารถกรอกแบบสอบถามได้เอง จะมอบแบบสอบถามให้กรอก ส่วนผู้ที่ไม่สะดวกหรือไม่สามารถกรอกเอง พนักงานจะใช้วิธีสัมภาษณ์และบันทึกคำตอบแทน วิธีการนี้ช่วยลดข้อจำกัดของกลุ่มเป้าหมายและเพิ่มความถูกต้อง ครบถ้วน และคุณภาพของข้อมูลที่ได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่รวบรวมได้จากแบบสอบถามจะนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายคุณลักษณะทั่วไปโดยอธิบายด้วยค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด สถิติเชิงอนุมาน สำหรับสถิติทดสอบหาความแตกต่างค่าที (t-test) สถิติทดสอบความสัมพันธ์ ด้วยค่าสถิติไคว์สแควร์ (Chi-square test)

จริยธรรมวิจัย

โครงการประเมินความพร้อมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุไทย ได้ผ่านการตรวจสอบจริยธรรมการวิจัยในคน โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เลขที่โครงการ 541 วันที่รับรอง 25 กันยายน 2566

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 3,520 คน สามารถอธิบายผลได้ดังนี้ เพศหญิง ร้อยละ 66.7 เพศชาย ร้อยละ 33.3 อายุระหว่าง 66-79 ปี ร้อยละ 55.3 และอายุระหว่าง 60-65 ปี ร้อยละ 44.7 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่เคยเรียน/ประถมศึกษา ร้อยละ 78.4 มีมัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป ร้อยละ 21.6 ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับหลายคนหลายวัย ร้อยละ 65.7 อยู่คนเดียว/ร่วมกับคู่สมรส ร้อยละ 34.3 สถานะทางสังคมส่วนใหญ่เป็นประชาชนทั่วไป ร้อยละ 82.6 มีตำแหน่งทางสังคม ร้อยละ 17.4 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 60.9 ไม่เคยตรวจ/ไม่มี ร้อยละ 39.1 ปัญหาสุขภาพช่องปาก

มีปัญหา ร้อยละ 56.7 ไม่มีร้อยละ 43.3 การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของกลุ่มตัวอย่าง (N=3520) มีอุปกรณ์สื่อสารเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัล 2053 คน ร้อยละ 58.3 ไม่มีร้อยละ 41.7

ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับการใช้อุปกรณ์สื่อสารที่เข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัล พบว่า เพศ อายุ โรคประจำตัวและปัญหาในช่องปากไม่มีความสัมพันธ์ต่อการมี/ไม่มีใช้อุปกรณ์สื่อสารที่เข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และระดับการศึกษาสูงสุด ลักษณะครอบครัว และสถานะทางสังคมมีความสัมพันธ์ต่อการมี/ไม่มีใช้อุปกรณ์สื่อสารที่เข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัล ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การมี/ไม่มีอุปกรณ์สื่อสารที่เข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=3520)

ข้อมูลทั่วไป	ไม่มีอุปกรณ์		มีอุปกรณ์สื่อสาร		รวม	χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ							
ชาย	496	14.1	676	19.2	1172(33.3)	0.300	0.584
หญิง	971	27.6	1377	39.1	2348(66.7)		
อายุ							
60-65 ปี	654	18.6	921	26.1	1575(44.7)	0.027	0.869
66-79 ปี	813	23.1	1132	32.2	1945(55.3)		
ระดับการศึกษาสูงสุด							
ไม่เคยเรียน/ประถมศึกษา	1219	34.6	1541	43.8	2760(78.4)	32.620	0.000*
มัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป	248	7.1	512	14.5	760(21.6)		
ลักษณะครอบครัว							
อยู่คนเดียว/อยู่ร่วมกับคู่สมรส	606	17.2	601	17.1	1207(34.3)	54.997	0.000*
อยู่ร่วมกันหลายคนหลายวัย	861	24.5	1452	41.2	2313(65.7)		
สถานะทางสังคม							
ประชาชนทั่วไป	1312	37.3	1595	45.3	2907(82.6)	82.038	0.000*
มีตำแหน่งทางสังคม	155	4.4	458	13.0	613(17.4)		
โรคประจำตัว							
ไม่เคยตรวจ/ไม่มี	553	15.7	825	23.4	1378(39.1)	2.225	0.136
มี	914	26.0	1228	34.9	2142(60.9)		
ปัญหาสุขภาพช่องปาก							
ไม่มี	657	18.6	868	24.7	1525(43.3)	2.188	0.139
มี	810	23.0	1185	33.7	1995(56.7)		

(* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 2,053 คน สามารถอธิบายผลได้ดังนี้ เพศหญิง ร้อยละ 67.1 เพศชาย ร้อยละ 32.9 อายุระหว่าง 66-79 ปี ร้อยละ 55.1 และอายุระหว่าง 60-65 ปี ร้อยละ 44.9 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่เคยเรียน/ประถมศึกษา ร้อยละ 75.1 มัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป ร้อยละ 24.9 ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับหลายคนหลายวัย ร้อยละ 70.7 อยู่คนเดียว/ร่วมกับคู่สมรส ร้อยละ 29.3 สถานะทางสังคมส่วนใหญ่เป็นประชาชนทั่วไป ร้อยละ 77.7 มีตำแหน่งทางสังคม ร้อยละ 22.3 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 59.8 ไม่เคยตรวจ/ไม่มี ร้อยละ 40.2 ปัญหาสุขภาพช่องปาก มีปัญหา ร้อยละ 57.8 ไม่มีร้อยละ 42.2 การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลโดยมีอุปกรณ์สื่อสารเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัล 2053 คน ใช้ได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 49.7 ใช้ไม่ได้ด้วยตนเองร้อยละ 50.3

ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับการใช้อุปกรณ์สื่อสารที่เข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัล (N=2053) พบว่า เพศ สถานะทางสังคม โรคประจำตัว ปัญหาสุขภาพช่องปาก ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้/ไม่ใช้ด้วยตนเอง อุปกรณ์สื่อสารที่เข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัล ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และอายุ ระดับการศึกษา สูงสุด และลักษณะครอบครัว มีความสัมพันธ์ต่อการใช้/ไม่ใช้ด้วยตนเอง อุปกรณ์สื่อสารที่เข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัล ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การใช้/ไม่ใช้ด้วยตนเองอุปกรณ์สื่อสารที่เข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=2053)

ข้อมูลทั่วไป	ใช้ได้ด้วยตนเอง		ใช้ไม่ได้ด้วยตนเอง		รวม	χ^2	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ							
ชาย	355	17.3	321	15.6	676(32.9)	3.122	0.077
หญิง	666	32.5	711	34.6	1377(67.1)		
อายุ							
60-65 ปี	493	24.0	428	20.9	921(44.9)	9.631	0.002*
66-79 ปี	528	25.7	604	29.4	1132(55.1)		
ระดับการศึกษาสูงสุด							
ไม่เคยเรียน-ประถมศึกษา	714	34.8	827	40.3	1541(75.1)	28.548	0.000*
มัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป	307	14.9	205	10.0	512(24.9)		
ลักษณะครอบครัว							
อยู่คนเดียว/ร่วมกับคู่สมรส	331	16.1	270	13.2	601(29.3)	9.703	0.002*
อยู่ร่วมกับหลายคนหลายวัย	690	33.6	762	37.1	1452(70.7)		
สถานะทางสังคม							
ประชาชนทั่วไป	796	38.8	799	38.9	1595(77.7)	0.086	0.769
มีตำแหน่งทางสังคม	225	10.9	233	11.4	458(22.3)		
โรคประจำตัว							
ไม่เคยตรวจ/ไม่มี	419	20.4	406	19.8	825(40.2)	0.615	0.433
มี	602	29.3	626	30.5	1228(59.8)		
ปัญหาสุขภาพช่องปาก							
ไม่มีปัญหา	434	21.1	434	21.1	868(42.2)	0.043	0.835
มีปัญหา	587	28.6	598	29.2	1185(57.8)		

(* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001)

ความถี่ในการใช้โปรแกรม เว็บไซต์ แอปพลิเคชันแต่ละวันของกลุ่มตัวอย่าง (N=2053) ระดับความถี่ในการใช้โปรแกรม เว็บไซต์ แอปพลิเคชันแต่ละวันโดยภาพรวม นานๆครั้ง/แทบจะไม่ใช้ ($\bar{x}$ =1.45) เมื่อแยกพิจารณาตามโปรแกรม เว็บไซต์ แอปพลิเคชัน ใช้บ่อยครั้ง ได้แก่ ไลน์ (Line) ($\bar{x}$ =1.98) ยูทูบ (Youtube) ($\bar{x}$ =1.92) เฟซบุ๊ก (Facebook) ($\bar{x}$ =1.70) และติ๊กต็อก (Tiktok) ($\bar{x}$ =1.52) ส่วนโปรแกรม เว็บไซต์ แอปพลิเคชัน ใช้นานๆครั้ง/แทบจะไม่ใช้ ได้แก่ แอปพลิเคชันอสม. ($\bar{x}$ =1.44) แอปพลิเคชันธนาคาร ($\bar{x}$ =1.41) เว็บไซต์ต่างๆ (google) ($\bar{x}$ =1.41) แอปพลิเคชันหมอฟร้อม ($\bar{x}$ =1.40) แอปพลิเคชัน Netflix ดูหนัง ฟังเพลง ($\bar{x}$ =1.40) แอปพลิเคชันเป่าตังค์ ($\bar{x}$ =1.31) แอปพลิเคชันแผนที่นำทาง ($\bar{x}$ =1.22) แอปพลิเคชันโรงพยาบาล/สร. ($\bar{x}$ =1.20) แอปพลิเคชัน Lineman Grab Shopee Lazada ($\bar{x}$ =1.19) และแอปพลิเคชัน Bluebook ($\bar{x}$ =1.15) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความถี่ในการใช้โปรแกรม เว็บไซต์ แอปพลิเคชันแต่ละวัน (N=2053)

รายการ	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
เว็บไซต์ต่างๆ (google)	1.41	0.702	นานๆครั้ง/แทบจะไม่ใช้
แอปพลิเคชัน เป่าตังค์	1.31	0.591	นานๆครั้ง/แทบจะไม่ใช้
แอปพลิเคชัน ธนาคาร	1.41	0.745	นานๆครั้ง/แทบจะไม่ใช้
แอปพลิเคชัน โรงพยาบาล / สร.	1.20	0.527	นานๆครั้ง/แทบจะไม่ใช้
แอปพลิเคชัน Bluebook	1.15	0.483	นานๆครั้ง/แทบจะไม่ใช้
แอปพลิเคชัน อสม.	1.44	0.860	นานๆครั้ง/แทบจะไม่ใช้
แอปพลิเคชัน หมอพร้อม	1.40	0.672	นานๆครั้ง/แทบจะไม่ใช้
แอปพลิเคชัน Lineman Grab Shopee Lazada	1.19	0.480	นานๆครั้ง/แทบจะไม่ใช้
แอปพลิเคชัน Netflix ดูหนัง ฟังเพลง	1.40	0.668	นานๆครั้ง/แทบจะไม่ใช้
แอปพลิเคชัน แผนที่นำทาง	1.22	0.549	นานๆครั้ง/แทบจะไม่ใช้
เฟซบุ๊ก (Facebook)	1.70	0.901	บ่อยครั้ง
ยูทูป (Youtube)	1.92	0.936	บ่อยครั้ง
ไลน์ (Line)	1.98	1.004	บ่อยครั้ง
ติ๊กต็อก (Tiktok)	1.52	0.828	บ่อยครั้ง
รวม	1.45	0.4589	นานๆครั้ง/แทบจะไม่ใช้

การรับรู้ประโยชน์จากการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของกลุ่มตัวอย่าง (N=3520) ระดับการรับรู้ประโยชน์จากการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลโดยภาพรวม ระดับมาก ($\bar{x}=3.59$) เมื่อพิจารณาตามการรับรู้ประโยชน์จากการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลระดับมาก รายข้อได้แก่ เพื่อความบันเทิงเริงใจ/พักผ่อนหย่อนใจ ($\bar{x}=3.77$) ใช้ติดต่อสื่อสารกับครอบครัว ลูกหลาน ญาติพี่น้อง ($\bar{x}=3.72$) แลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้ในสิ่งที่สนใจร่วมกันได้ ($\bar{x}=3.67$) ใช้ชีวิตเพื่อเข้าสังคม ($\bar{x}=3.64$) สะดวก รวดเร็วในการติดต่อสื่อสารในเรื่องต่าง ๆ ($\bar{x}=3.62$) รับทราบข่าวสารความเป็นไปของสังคม ($\bar{x}=3.56$) และใช้เป็นช่องทางหารายได้ ($\bar{x}=3.55$) การรับรู้ประโยชน์จากการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลระดับปานกลาง รายข้อได้แก่ สร้างความสัมพันธ์ ติดต่อกับเพื่อนๆ ($\bar{x}=3.51$) เข้าร่วมทำกิจกรรม จิตอาสา อาสาสมัครต่างๆ ($\bar{x}=3.50$) และค้นหาข้อมูลความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ($\bar{x}=3.59$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์จากการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (N=3520)

รายการ	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
1. ค้นหาข้อมูลความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง	3.39	.88599	ปานกลาง
2. เพื่อความบันเทิงเริงใจ/พักผ่อนหย่อนใจ	3.77	.84189	มาก
3. ใช้ชีวิตเพื่อเข้าสังคม	3.64	.81697	มาก
4. รับทราบข่าวสารความเป็นไปของสังคม	3.56	.87565	มาก
5. สร้างความสัมพันธ์ ติดต่อกับเพื่อนๆ	3.51	.91021	ปานกลาง
6. เข้าร่วมทำกิจกรรม จิตอาสา อาสาสมัครต่างๆ	3.50	.91217	ปานกลาง
7. ใช้ติดต่อสื่อสารกับครอบครัว ลูกหลาน ญาติพี่น้อง	3.72	.82186	มาก
8. สะดวก รวดเร็วในการติดต่อสื่อสารในเรื่องต่างๆ	3.62	.77893	มาก

ตารางที่ 4 (ต่อ)

รายการ	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
9. ใช้เป็นช่องทางหารายได้	3.55	.76211	มาก
10. แลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้ในสิ่งที่สนใจร่วมกันได้	3.67	.80541	มาก
รวม	3.59	.56503	มาก

ทัศนคติการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (N=3520) ทัศนคติการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=2.36$) เมื่อพิจารณาตามทัศนคติการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพระดับสูง รายข้อได้แก่ แอปพลิเคชันสุขภาพเป็นสิ่งที่มีความประโยชน์ ($\bar{x}=2.61$) สามารถปรึกษาปัญหาสุขภาพได้สะดวก นัดหมายรับบริการสุขภาพสะดวกขึ้น และ แอปพลิเคชันสุขภาพทำให้รู้วิธีการดูแลสุขภาพ ($\bar{x}=2.55$) ค้นหาวิธีการดูแลสุขภาพได้ ($\bar{x}=2.51$) แอปพลิเคชันสุขภาพทำให้การรักษาเป็นเรื่องง่าย ($\bar{x}=2.45$) แอปพลิเคชันสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องมีติดตัวไว้ ($\bar{x}=2.44$) แอปพลิเคชันสุขภาพทำให้รับการรักษาที่ไหนก็ได้ ($\bar{x}=2.41$) ทัศนคติการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพระดับปานกลางรายข้อได้แก่ แอปพลิเคชันสุขภาพจำเป็นกับผู้สูงอายุ ($\bar{x}=1.84$) และแอปพลิเคชันสุขภาพใช้งานได้สะดวก ($\bar{x}=1.68$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับทัศนคติการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพ (N=3520)

รายการ	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
1. ค้นหาวิธีการดูแลสุขภาพได้	2.51	0.6593	สูง
2. สามารถปรึกษาปัญหาสุขภาพได้สะดวก	2.55	0.64277	สูง
3. นัดหมายรับบริการสุขภาพสะดวกขึ้น	2.55	0.64807	สูง
4. แอปพลิเคชันสุขภาพเป็นสิ่งที่มีความประโยชน์	2.61	0.61959	สูง
5. แอปพลิเคชันสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องมีติดตัวไว้	2.44	0.66886	สูง
6. แอปพลิเคชันสุขภาพจำเป็นกับผู้สูงอายุ	1.84	0.75989	ปานกลาง
7. แอปพลิเคชันสุขภาพใช้งานได้สะดวก	1.68	0.67781	ปานกลาง
8. แอปพลิเคชันสุขภาพทำให้รู้วิธีการดูแลสุขภาพ	2.55	0.63295	สูง
9. แอปพลิเคชันสุขภาพทำให้รับการรักษาที่ไหนก็ได้	2.41	0.63977	สูง
10. แอปพลิเคชันสุขภาพทำให้การรักษาเป็นเรื่องง่าย	2.45	0.64581	สูง
รวม	2.36	0.3838	สูง

จำนวนและร้อยละความต้องการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง (N=3520) มีความต้องการใช้แอปพลิเคชันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ต้องการ ร้อยละ 52.4 ไม่ต้องการ ร้อยละ 47.6 ต้องการทราบสุขภาพช่องปากหรือคนในครอบครัวผ่านสมาร์ตโฟน ต้องการ ร้อยละ 51.9 ไม่ต้องการ ร้อยละ 48.1 ต้องการสอบถาม/ปรึกษาปัญหาสุขภาพช่องปากด้วยการพิมพ์ ต้องการ ร้อยละ 47.9 ไม่ต้องการ ร้อยละ 52.1 ต้องการสอบถาม/ปรึกษาปัญหาสุขภาพช่องปาก เห็นหน้าหมอแบบทางไกล (ผ่านสมาร์ตโฟน) เพื่อรับรู้/ปรึกษาก่อนเข้ารับบริการสุขภาพช่องปาก ต้องการ ร้อยละ 50.2 ไม่ต้องการ ร้อยละ 49.8 ต้องการจองวันนัดหมายรับบริการสุขภาพช่องปากผ่านสมาร์ตโฟน ต้องการ ร้อยละ 50.8 ไม่ต้องการ ร้อยละ 49.2 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละความต้องการใช้แอปพลิเคชันเกี่ยวกับการดูแลช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง (N=3520)

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต้องการใช้แอปพลิเคชันเกี่ยวกับการดูแลช่องปาก		
ต้องการ	1843	52.4
ไม่ต้องการ	1677	47.6
ต้องการทราบสุขภาพช่องปากหรือคนในครอบครัวผ่านสมาร์ทโฟน		
ต้องการ	1828	51.9
ไม่ต้องการ	1692	48.1
ต้องการสอบถาม/ปรึกษาปัญหาสุขภาพช่องปากด้วยการพิมพ์ข้อความถามตอบผ่านสมาร์ทโฟน		
ต้องการ	1685	47.9
ไม่ต้องการ	1835	52.1
ต้องการสอบถาม/ปรึกษาปัญหาสุขภาพช่องปาก เห็นหน้าหมอแบบทางไกล (ผ่านสมาร์ทโฟน)		
ต้องการ	1768	50.2
ไม่ต้องการ	1752	49.8
ต้องการจองนัดหมายรับบริการสุขภาพช่องปากผ่านสมาร์ทโฟน		
ต้องการ	1788	50.8
ไม่ต้องการ	1732	49.2

ผู้สูงอายุที่มีเพศ อายุ ลักษณะครอบครัว สถานะทางสังคม มี/ไม่มีโรคประจำตัว มี/ไม่มีปัญหาสุขภาพช่องปากต่างกัันมีการรับรู้ประโยชน์เทคโนโลยีดิจิทัล โดยรวม ไม่แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 แต่ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงสุดและผู้สูงอายุที่มี/ไม่มีอุปกรณ์สื่อสารที่เข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลต่างกัันการรับรู้ประโยชน์เทคโนโลยีดิจิทัล โดยรวม แตกต่างกััน

ผู้สูงอายุที่มีเพศ ลักษณะครอบครัว มี/ไม่มีปัญหาสุขภาพช่องปากต่างกัันมีการทัศนคติการใช้เทคโนโลยีสุขภาพ โดยรวม ไม่แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 แต่ผู้สูงอายุที่มีอายุ ระดับการศึกษา สถานะทางสังคม มี/ไม่มีโรคประจำตัว มี/ไม่มีอุปกรณ์สื่อสารที่เข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลต่างกัันมีทัศนคติการใช้เทคโนโลยีสุขภาพโดยรวม แตกต่างกััน (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์เทคโนโลยีดิจิทัลระหว่างข้อมูลทั่วไป และการมีอุปกรณ์สื่อสารของผู้สูงอายุ (N=3520)

รายการ	การรับรู้ประโยชน์เทคโนโลยีดิจิทัล				ทัศนคติการใช้เทคโนโลยีสุขภาพ			
	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value
เพศ								
ชาย	3.5715	.55745	-1.683	0.093	2.3755	0.38150	1.701	0.089
หญิง	3.6055	.56856			2.3522	0.38482		
อายุ								
อายุ 60-65 ปี	3.6076	.54319	1.264	0.206	2.4092	0.35905	6.973	0.000*
อายุ 66-79 ปี	3.5833	.58203			2.3201	0.39841		

ตารางที่ 7 (ต่อ)

รายการ	การรับรู้ประโยชน์เทคโนโลยีดิจิทัล				ทัศนคติการใช้เทคโนโลยีสุขภาพ			
	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value
ระดับการศึกษา								
สูงสุด								
ไม่เคยเรียน/ ประถมศึกษา	2.9017	0.7968 0	3.376	0.000 *	2.3283	0.38979	- 10.227	0.000*
มัธยมศึกษา ตอนต้นขึ้นไป	2.7941	0.8685 0			2.4747	0.33750		
ลักษณะครอบครัว								
อยู่คนเดียว/คู่ สมรส	3.6120	.56507	1.353	0.176	2.3650	0.37982	0.569	0.570
อยู่หลากหลายวัย	3.5849	.56491			2.3573	0.38594		
สถานะทางสังคม								
ประชาชนทั่วไป	3.5905	.57698	-0.907	0.365	2.3439	0.39019	-5.436	0.000*
มีสถานะทาง สังคม	3.6114	.50462			2.4362	0.34218		
โรคประจำตัว								
ไม่มีโรคประจำตัว	3.5880	.56223	-0.524	0.600	2.3786	0.36137	2.361	0.018*
มีโรคประจำตัว	3.5982	.56692			2.3479	0.39721		
ปัญหาสุขภาพช่อง ปาก								
ไม่มีปัญหาช่อง ปาก	3.5955	.57954	0.119	0.905	2.3458	0.38141	-1.916	0.055
มีปัญหาช่องปาก	3.5932	.55383			2.3708	0.38539		
อุปกรณ์สื่อสาร								
มีอุปกรณ์สื่อสาร	.39245	.01025	-9.168	0.000 *	2.2899	0.39245	-9.260	0.000*
ไม่มีอุปกรณ์ สื่อสาร	.36958	.00816			2.4100	0.36958		

(* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001)

จากตารางที่ 7 พบว่า ความถี่การรับรู้ประโยชน์จากการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมีความสัมพันธ์กับทัศนคติการใช้เทคโนโลยีสุขภาพในภาพรวมอย่างมีนัยสำคัญ ($r=0.075$) โดยเป็นความสัมพันธ์ทางบวก กล่าวคือผู้สูงอายุ ที่มีความถี่การรับรู้ประโยชน์จากการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมาก จะมีทัศนคติการใช้เทคโนโลยีสุขภาพในภาพรวมมาก ทั้งนี้ ความสัมพันธ์ดังกล่าวอยู่ในระดับมากด้วย

ตารางที่ 8 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์จากการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและทัศนคติการใช้เทคโนโลยีสุขภาพของผู้สูงอายุ (N=3520)

รายการ	การรับรู้ประโยชน์จากการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล	
	r	Sig.
ทัศนคติการใช้เทคโนโลยีสุขภาพ	.075*	.000

(* Sig <0.001 เป็นที่น่าสังเกตว่าในประเด็นต่างๆ มีค่าใกล้เคียงกับระดับปานกลาง)

ผู้สูงอายุมีความต้องการใช้แอปพลิเคชันเกี่ยวกับการดูแลช่องปาก การทราบสุขภาพช่องปากของตนเองหรือคนในครอบครัวผ่านสมาร์ทโฟน การสอบถาม/ปรึกษาปัญหาสุขภาพช่องปากด้วยการถามตอบผ่านสมาร์ทโฟน การบริการทันตกรรมทางไกล(ผ่านสมาร์ทโฟน)เพื่อรับรู้/ปรึกษา ก่อนเข้ารับบริการ และการจองคิวนัดหมายรับบริการสุขภาพช่องปากผ่านสมาร์ทโฟน ต่างกัน มีการรับรู้ประโยชน์เทคโนโลยีดิจิทัล โดยรวมไม่แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.001 ซึ่งตรงกันข้ามกับ ทัศนคติการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพ คือผู้สูงอายุมีความต้องการใช้แอปพลิเคชันเกี่ยวกับการดูแลช่องปาก การทราบสุขภาพช่องปากของตนเองหรือคนในครอบครัวผ่านสมาร์ทโฟน การสอบถาม/ปรึกษาปัญหาสุขภาพช่องปากด้วยการถามตอบผ่านสมาร์ทโฟนการบริการทันตกรรมทางไกล(ผ่านสมาร์ทโฟน)เพื่อรับรู้/ปรึกษา ก่อนเข้ารับบริการ และการจองคิวนัดหมายรับบริการสุขภาพช่องปากผ่านสมาร์ทโฟน ต่างกัน ทัศนคติการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพ โดยรวม แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.001 (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์เทคโนโลยีดิจิทัลระหว่างความต้องการใช้แอปพลิเคชันเกี่ยวกับการดูแลช่องปากของผู้สูงอายุและทัศนคติการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพระหว่างความต้องการใช้แอปพลิเคชันเกี่ยวกับการดูแลช่องปากของผู้สูงอายุ (N=3520)

รายการ	การรับรู้ประโยชน์จากการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล			ทัศนคติการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพ		
	$\bar{x}$	S.D.	t (Sig.)	$\bar{x}$	S.D.	t (Sig.)
การใช้แอปพลิเคชันเกี่ยวกับการดูแลช่องปากของผู้สูงอายุ						
ต้องการ	3.5875	.61685	-0.659	2.1929	.40264	-26.677
ไม่ต้องการ	3.6002	.51345	(0.510)	2.5119	.29226	(0.000)*
การทราบสุขภาพช่องปากของตนเองหรือคนในครอบครัวผ่านสมาร์ทโฟน						
ต้องการ	3.5895	.61120	-0.465	2.1894	.39896	-27.718
ไม่ต้องการ	3.5985	.51877	(0.642)	2.5178	.29081	(0.000)*
การสอบถาม/ปรึกษาปัญหาสุขภาพช่องปากด้วยการถามตอบผ่านสมาร์ทโฟน						
ต้องการ	3.5944	.60889	0.023	2.2076	.39644	-27.342
ไม่ต้องการ	3.5939	.51320	(0.981)	2.5258	.28961	(0.000)*
การบริการทันตกรรมทางไกล(ผ่านสมาร์ทโฟน)เพื่อรับรู้/ปรึกษา ก่อนเข้ารับบริการ						
ต้องการ	3.5991	.60525	0.513	2.2067	.40129	-25.664
ไม่ต้องการ	3.5893	.52225	(0.608)	2.5118	.29570	(0.000)*
การจองคิวนัดหมายรับบริการสุขภาพช่องปากผ่านสมาร์ทโฟน						
ต้องการ	3.5984	.61368	0.439	2.2074	.40159	-25.101
ไม่ต้องการ	3.5900	.51366	(0.660)	2.5077	.29913	(0.000)*

(* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001)

อภิปรายผล

การสำรวจการมี การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ.2566 การใช้ อุปกรณ์ดิจิทัลของผู้สูงอายุใช้งาน ร้อยละ 64.0 การเข้ามามีบทบาทของอินเทอร์เน็ตและโทรศัพท์มือถือ ส่งผลให้คนทุกคนล้วนแต่ต้องปรับตัวเพื่อก้าวทันยุคที่พัฒนาอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยี ซึ่งการเรียนรู้ ทักษะทางด้านดิจิทัล (Digital Skill) เป็นสิ่งสำคัญกับมนุษย์ทุกคนรวมถึงผู้สูงอายุด้วย ในขณะที่ ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไประหว่างการใช้ อุปกรณ์สื่อสารที่เข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัล พบว่า เพศ อายุ โรค ประจำตัวและปัญหาในช่องปากไม่มีความสัมพันธ์ต่อการมี/ไม่มีใช้อุปกรณ์สื่อสารที่เข้าถึงเทคโนโลยี ดิจิทัล แต่ระดับการศึกษาสูงสุด ลักษณะครอบครัว และสถานะทางสังคมมีความสัมพันธ์ต่อการมี/ไม่มี ใช้อุปกรณ์สื่อสารที่เข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัล ปัจจุบันเทคโนโลยีดิจิทัลได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตร ประจำวันต่างๆ ทั้งในเรื่องการใช้อินเทอร์เน็ต ผู้สูงอายุใช้ติดตามข้อมูลข่าวสาร ความบันเทิง ซื้อสินค้า ออนไลน์ ทำธุรกรรมทางการเงิน และเพื่อติดต่อสื่อสารกับเพื่อนหรือลูกหลานที่อยู่ห่างไกลกันด้วย ระดับ การศึกษาสูงสุด ลักษณะครอบครัวที่อยู่ร่วมกันหลายวัยจึงทำให้ผู้สูงอายุได้รับการเรียนรู้การใช้งานมี คนคอยชี้แนะการใช้งาน ในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น ๆ โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว เครือญาติ ลูกหลาน หรือบุคคลใกล้ชิดที่อยู่ห่างไกลกัน และสถานะทางสังคม การที่มีงานมีกิจกรรมร่วมกันในสังคม ทำให้ผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ดังนั้นสื่อสังคมออนไลน์จึงเป็นกลไก สำคัญอย่างหนึ่งสำหรับผู้สูงอายุในการปรับตัว รวมทั้งเป็นช่องทางการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น ๆ ได้ อย่างรวดเร็วและยังช่วยในการเรียนรู้ทักษะต่าง ๆ เพิ่มเติมหรือการค้นหาลองที่ชื่นชอบหรือสนใจ เช่น ค้นหา เรื่องสุขภาพ อนามัยได้ ผลการศึกษา สมาน ลอยฟ้า (2554) ผู้สูงอายุสามารถใช้ช่องทางในการแสวงหา ความรู้ผ่านคอมพิวเตอร์ทั้งจากที่บ้าน บ้านเพื่อน บ้านญาติ ที่ทำงาน สถานศึกษา ร้านอินเทอร์เน็ต และ ศูนย์บริการสารสนเทศเพื่อชุมชน ICT ทำให้การดำเนินวิถีชีวิตของผู้สูงอายุมีคุณภาพที่ดี

ความถี่ในการใช้โปรแกรม เว็บไซต์ แอปพลิเคชันแต่ละวันโดยภาพรวม นานๆครั้ง/แทบจะไม่ใช้ เมื่อแยกพิจารณาตามโปรแกรม เว็บไซต์ แอปพลิเคชัน ใช้บ่อยครั้ง ได้แก่ ไลน์ (Line) ยูทูบ (Youtube) เฟซบุ๊ก (Facebook) และติดต่อกับ สอดคล้องกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจการมี การใช้ เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ.2566 พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะใช้โปรแกรม ไลน์ เฟซบุ๊ก และยูทูบมากที่สุด ผู้สูงอายุยุคใหม่เปิดรับเทคโนโลยีมากขึ้น เราจะเห็นผู้สูงอายุจำนวนมากใช้ งานสมาร์ทโฟน เล่นโซเชียลมีเดีย วิดีโอคอลกับลูกหลาน รวมถึงใช้แอปพลิเคชันต่างๆ ที่อำนวยความสะดวก สะดวกในชีวิตประจำวัน การใช้ LINE ของผู้สูงอายุไทย ได้ทำให้เกิดปรากฏการณ์ที่น่าสนใจ เช่น การส่ง ภาพสวัสดีตอนเช้าเป็นรูปดอกไม้หรือสีประจำวัน การสื่อสาร จากโทรศัพท์บ้าน จดหมาย หรือการพบปะ เปลี่ยนมาเป็นการใช้ LINE, Facebook, วิดีโอคอล เพื่อติดต่อกับครอบครัว เพื่อน หรือญาติ สอดคล้อง กับ นิชกุล เสนาวงษ์ (2564) ศึกษาพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของคนเจนเนอเรชั่นแซดในยุค New Normal ในกรุงเทพมหานคร พบว่าส่วนใหญ่เข้าใช้บริการสื่อสังคมออนไลน์จาก YouTube มากที่สุด รองลงมา คือ Facebook, Instagram, Line, Twitter และ เว็บไซต์

การรับรู้ประโยชน์จากการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของผู้สูงอายุ ระดับการรับรู้ประโยชน์จากการใช้ เทคโนโลยีดิจิทัลโดยภาพรวม ระดับมาก เมื่อพิจารณาตามการรับรู้ประโยชน์จากการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ระดับมาก 3 ลำดับแรก ได้แก่เพื่อความบันเทิง/พักผ่อนหย่อนใจ ผู้สูงอายุยังคงต้องการสื่อที่มี ประโยชน์ที่เกิดจากการสร้างเพื่อความบันเทิง การสื่อสารและการมีส่วนร่วมในสังคมในรูปแบบของสื่อ ดิจิทัล สอดคล้องกับ จิตรา วรรณสอน (2562) ที่ได้พบว่ากลุ่มคนเจนเนอเรชั่นแซดมักมีการใช้สื่อสังคม ออนไลน์ในเนื้อหาที่ให้ความสนุกสนาน สร้างอารมณ์ขันและความบันเทิง อันดับ 2 ใช้ติดต่อสื่อสารกับ ครอบครัว ลูกหลาน ญาติพี่น้อง ผู้สูงอายุต้องการมีส่วนร่วมต้องการมีเพื่อนและทำกิจกรรมร่วมกับคน วัยเดียวกันครอบครัวและสังคม สอดคล้องกับ งามม วงศ์สรรครกร และคณะ (2566) ศึกษาการรับรู้ ประโยชน์ ทักษะการใช้สื่อออนไลน์ของผู้สูงอายุ พบว่าการรับรู้ประโยชน์โดยรวมอยู่ใน

ระดับมากที่สุด เป็นสร้างความสัมพันธ์ที่ดีจากเพื่อนสู่เพื่อน รองลงมาคือ ทำให้ติดต่อกันที่ห่างไกลหรือไม่ได้ติดต่อกันนาน อันดับ 3 แลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้ในสิ่งที่สนใจร่วมกันได้ มองว่าผู้สูงอายุเชื่อมั่นในข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวกับสุขภาพและการแพทย์ที่เผยแพร่ในสื่อโทรทัศน์ และถ้าผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะในการใช้สื่อออนไลน์จะเป็นการลดช่องว่างในการสื่อสารข้อมูลของคนในยุคปัจจุบัน และสามารถเลือกรับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตามที่สนใจ

ทัศนคติการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณา รายข้อ 3 อันดับแรก แอปพลิเคชันสุขภาพเป็นสิ่งที่มีความประโยชน์ สามารถปรึกษาปัญหาสุขภาพได้สะดวก และนัดหมายรับบริการสุขภาพสะดวกขึ้น ปัจจุบันมีแอปพลิเคชันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ถูกพัฒนาออกมาอย่างมากมายหลายรูปแบบ เรียกได้ว่าครอบคลุมทุกเรื่องจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุเลยทีเดียวที่ได้ ที่สำคัญการใช้งานก็ไม่ยุ่งยากหรือซับซ้อน เพียงแต่ผู้สูงอายุอาจจะต้องเรียนรู้และใช้งานบ่อยๆ เพื่อให้เกิดความคุ้นชิน และจดจำวิธีการใช้งานให้ได้ ฤกษ์ณาพร ทิพย์กาญจนธนา และคณะ (2560) พฤติกรรมการแสวงหาข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์และสื่อสังคมของผู้สูงอายุตามระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุแสวงหาผ่านสื่อออนไลน์และสื่อสังคมมากที่สุด ใน 3 ประเด็นแรกได้แก่แบบแผนการใช้ชีวิตเพื่อการมีสุขภาพดีการรักษาโรคและข้อมูลการใช้ยา กันตพล บันทัดทอง (2558) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์และความพึงพอใจของกลุ่มคนผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์/สื่อสังคมที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาการใช้ยารักษาโรค รูปแบบการดำเนินชีวิตอย่าง มีสุขภาพสมบูรณ์ค้นหาทรัพยากรสารสนเทศเกี่ยวกับสุขภาพที่เป็นประโยชน์จากอินเทอร์เน็ตเชื่อมั่นในข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับสุขภาพและการแพทย์ที่เผยแพร่ในสื่อโทรทัศน์ และเชื่อมั่นอยู่บ้างว่าสามารถได้รับคำแนะนำหรือสารสนเทศเกี่ยวกับสุขภาพหรือข้อมูล

ความต้องการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ มีความต้องการใช้แอปพลิเคชันเกี่ยวกับการดูแลช่องปาก ร้อยละ 52.4 ต้องการทราบสุขภาพช่องปากหรือคนในครอบครัวผ่านสมาร์ตโฟน ร้อยละ 51.9 ต้องการสอบถาม/ปรึกษาปัญหาสุขภาพช่องปากด้วยการพิมพ์ ร้อยละ 47.9 ต้องการสอบถาม/ปรึกษาปัญหาสุขภาพช่องปาก เห็นหน้าหมอแบบทางไกล (ผ่านสมาร์ตโฟน) เพื่อรับรู้/ปรึกษาก่อนเข้ารับบริการสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 50.2 ต้องการจองคิวนัดหมายรับบริการสุขภาพช่องปากผ่านสมาร์ตโฟน ร้อยละ 50.8 ผู้สูงอายุที่มีเพศ อายุ ลักษณะครอบครัว สถานะทางสังคม โรคประจำตัวและปัญหาสุขภาพช่องปากแตกต่างกัน ผลการรับรู้ประโยชน์เทคโนโลยีดิจิทัลไม่แตกต่างกัน แต่ทัศนคติการใช้เทคโนโลยีสุขภาพแตกต่างกันในเรื่องของความต้องการใช้เทคโนโลยีสุขภาพช่องปาก ซึ่งสอดคล้องกับ อธิชา วุฒิรังสี (2564) วิจัยเรื่อง กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ เพศ และระดับการศึกษาที่แตกต่างกันส่งผลให้รู้เท่าทันสื่อดิจิทัลโดยรวม และแต่ละด้าน ซึ่งประกอบไปด้วย ด้านความสามารถในการเข้าถึงสื่อดิจิทัล ด้านความสามารถในการทำความเข้าใจเนื้อหาสื่อดิจิทัล ด้านความสามารถในการวิเคราะห์และประเมิน และด้านการมีปฏิสัมพันธ์อย่างปลอดภัยต่อเนื้อหา แตกต่างกันไป ด้วยผู้สูงอายุยังต้องการมีส่วนร่วม ต้องการมีเพื่อนและทำกิจกรรมร่วมกับคนวัยเดียวกันครอบครัวและสังคม การตระหนักถึงการดูแลสุขภาพของตนเอง การเรียนรู้ที่จะใช้เทคโนโลยีความสามารถในการใช้สื่อออนไลน์พัฒนาตนเอง และเพื่อความบันเทิง

ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับการใช้อุปกรณ์สื่อสารที่เข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัล พบว่า ระดับการศึกษาสูงสุด ลักษณะครอบครัว และสถานะทางสังคมมีความสัมพันธ์ต่อการมี/ไม่มีใช้อุปกรณ์สื่อสารที่เข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัล มาจากการที่มีลักษณะครอบครัวที่อยู่รวมกันหลายวัยช่วยให้ผู้สูงอายุได้ช่วยแนะนำการใช้อุปกรณ์สื่อสารและการที่มีสถานะทางสังคมในการติดต่อสื่อสาร พบปะพูดคุย นัดหมายติดตามข่าวสาร เครือข่ายสังคมออนไลน์ การใช้อุปกรณ์สื่อสารที่เข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลพลวัตเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ อารี ศรีแจ่ม และธัญพัทธ์ ไคร์วานิช (2562) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการเข้าร่วมและให้ความร่วมมือกับกิจกรรมชุมชนอย่างเต็มใจและสม่ำเสมอโดยเชื่อว่าการได้

มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุได้ติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและยังรู้สึกว่ามีคุณค่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เติบโตมาพร้อมเทคโนโลยีเหล่านี้ แต่เพื่อความอยู่รอดในสังคมโลกและการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่า จึงจำเป็นที่จะต้องรู้จักและเข้าถึงการสื่อสารผ่านสื่อดิจิทัลหรือสื่อออนไลน์มากขึ้น อย่างไรก็ตามการที่เรารวบรวมกันว่าสื่อออนไลน์สำคัญต่อการใช้ชีวิตอย่างไรในสมัยนี้ ผู้สูงอายุก็เป็นหนึ่งในช่วงวัยที่บริโภคสื่อออนไลน์มากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสถิติการใช้สื่อออนไลน์ในกลุ่มผู้ใช้ที่เป็นผู้สูงอายุในแต่ละปีมีเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ตามสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของโลก ธีรวัฒน์ เศรษฐศิริวุฒิ และ สุรมน จันทร์เจริญ (2565) วิจัยรูปแบบการเพิ่มความสามารถในการใช้เทคโนโลยีเพื่อการสื่อสารสำหรับผู้สูงอายุในยุคความปกติใหม่ กล่าวว่า ทักษะเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีเพื่อการสื่อสารจึงเป็นความรู้ที่ทั้งด้านบวกและด้านลบของบุคคลที่เกิดจากประสบการณ์เพื่อตอบสนองการใช้เทคโนโลยีเพื่อการสื่อสารทั้งการปฏิบัติงานและการใช้ชีวิตประจำวัน ทักษะเป็นสภาวะความพร้อมทางจิตที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความรู้สึก และแนวโน้มของพฤติกรรมที่มีต่อบุคคล สิ่งของ สถานการณ์ไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง และสภาวะความพร้อมทางจิตนี้ต้องอยู่เป็นเวลานานพอสมควร ซึ่งสอดคล้องกับ เณิมพงษ์ ลิลา (2558) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลือกใช้แอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนและแท็บเล็ตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ที่พบว่าส่วนใหญ่รู้จักแอปพลิเคชันที่ใช้จากคนในครอบครัว และ วัชรชัย ชัยช่วย (2560) ซึ่งศึกษาการใช้LINEของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุเรียนรู้การใช้งาน LINE ด้วยตนเองและจากการแนะนำของเพื่อนหรือลูกหลาน

ผู้สูงอายุที่มีอายุ ระดับการศึกษา สถานะทางสังคม มี/ไม่มีโรคประจำตัว มี/ไม่มีอุปกรณ์สื่อสารที่เข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลต่างกันมีทัศนคติการใช้เทคโนโลยีสุขภาพโดยรวม แตกต่างกัน การดูแลและรักษาสุขภาพ การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การออกแบบนโยบายที่ตอบสนองความแตกต่างของผู้สูงอายุในพื้นที่หรือบริบทที่ต่างกัน มองในด้านสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมของการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กันกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพ และยังมีความต้องการคำแนะนำ ความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเอง การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ดูแลสุขภาพตนเองในมิติของการส่งเสริมสุขภาพ การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในผู้สูงอายุช่วยลดภาวะแยกตัวจากสังคม (Social Isolation) บุญทิพย์ สิริธรงค์ และ ชุตติวัฒน์ สุวดีพงษ์ (2566) การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในผู้สูงอายุ พบว่ามีผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบ โดยผลกระทบทางบวกที่สำคัญคือ ทำให้เกิดองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรค รวมทั้งเกิดการเรียนรู้การใช้ชีวิตในฐานวิถีใหม่

การรับรู้ประโยชน์จากการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมีความสัมพันธ์กับทัศนคติการใช้เทคโนโลยีสุขภาพโดยเป็นความสัมพันธ์ทางบวก ผู้สูงอายุที่มีความรู้การรับรู้ประโยชน์จากการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมาก จะมีทัศนคติการใช้เทคโนโลยีสุขภาพในภาพรวมมาก ทัศนคติการใช้เทคโนโลยีสุขภาพส่งผลต่อการรับรู้ประโยชน์จากการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล การรับรู้ถึงความง่าย นำมาดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ เทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามามีบทบาทกับผู้สูงอายุ มีอุปกรณ์สื่อสารเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลได้ ร้อยละ 58.3 เข้าใช้งานบ่อยครั้ง ได้แก่ ไลน์ (Line) ยูทูบ (Youtube) เฟซบุ๊ก (Facebook) และติ๊กต็อก (Tiktok) การรับรู้ประโยชน์จากการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ อารีย์ มัยยงและเกื้อกุล (2561) ระดับปัจจัยด้านการยอมรับเทคโนโลยีของผู้สูงอายุ ประเด็นที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 5 ด้าน ผู้สูงอายุใช้หาข้อมูลได้สะดวก รวดเร็ว ประหยัดเวลา ช่วยให้พบเรื่องราวใหม่ๆ ทันเหตุการณ์ รู้กว้างได้ความบันเทิง ควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุใช้ค้นหาข้อมูลสุขภาพเพื่อความสะดวก ได้ประโยชน์จากข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ และควรออกแบบให้เหมาะสมกับการใช้งานของผู้สูงอายุ ดังที่ รุจา รอดเข็ม และสุภารัตน์ ไชยประสิทธิ์ (2562) วิจัยสังคมสูงวัย: เทคโนโลยีกับผู้สูงอายุ ได้กล่าวว่า เทคโนโลยีช่วยในการติดต่อสื่อสารและการเรียนรู้ ผู้สูงอายุสามารถติดต่อสื่อสารกับครอบครัว ชุมชน และสังคม มีเครือข่ายหรือกลุ่มไลน์ที่เป็นการรวมกลุ่มเพื่อนวัยเดียวกัน หมูญาติและมิตรสหาย รับรู้ข่าวสารที่ทันเวลาและกว้างขวางทั้งในและต่างประเทศ เข้าถึง

แหล่งข้อมูลต่างๆ ทั้งสาระความรู้และความบันเทิง และที่สำคัญผู้สูงอายุได้มีการเรียนรู้เป็นการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องโดยใช้เทคโนโลยีการสื่อสารที่หลากหลาย และวีรณัฐ โรจประภา (2560) วิจัยเรื่องพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีที่มีผลต่อระดับความสุขของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครพบว่า ระยะเวลาในการใช้เทคโนโลยีมีความสัมพันธ์กับระดับความสุขของผู้สูงอายุโดยการใช้ 2-4 ชั่วโมงต่อวันมีผลต่อระดับความสุขของผู้สูงอายุมากที่สุด

ผู้สูงอายุมีความต้องการใช้แอปพลิเคชันเกี่ยวกับการดูแลช่องปาก การทราบสุขภาพช่องปากของตนเองหรือคนในครอบครัวผ่านสมาร์ทโฟน การสอบถาม/ปรึกษาปัญหาสุขภาพช่องปากด้วยการถามตอบผ่านสมาร์ทโฟน การบริการทันตกรรมทางไกล (ผ่านสมาร์ทโฟน) เพื่อรับรู้/ปรึกษาก่อนเข้ารับบริการ และการจองคิวนัดหมายรับบริการสุขภาพช่องปากผ่านสมาร์ทโฟน ต่างกัน มีการรับรู้ประโยชน์เทคโนโลยีดิจิทัล โดยรวมไม่แตกต่างกัน ซึ่งตรงกันข้ามกับ ทศนคติการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพ คือ ผู้สูงอายุมีความต้องการใช้แอปพลิเคชันเกี่ยวกับการดูแลช่องปาก การทราบสุขภาพช่องปากของตนเองหรือคนในครอบครัวผ่านสมาร์ทโฟน การสอบถาม/ปรึกษาปัญหาสุขภาพช่องปากด้วยการถามตอบผ่านสมาร์ทโฟน การบริการทันตกรรมทางไกล (ผ่านสมาร์ทโฟน) เพื่อรับรู้/ปรึกษาก่อนเข้ารับบริการ และการจองคิวนัดหมายรับบริการสุขภาพช่องปากผ่านสมาร์ทโฟน ต่างกัน ทศนคติการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพ โดยรวม แตกต่างกัน การศึกษา สารัช สุธาทิพย์กุล และพิทักษ์ ศิริวงศ์ (2560) ศึกษาสภาพปัญหาและการเรียนรู้การใช้เทคโนโลยีของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่หันมาเลือกใช้งานเทคโนโลยีสมาร์ทโฟน ล้วนมีความต้องการที่จะค้นหาวิธีที่จะสร้างความสะดวกสบายให้กับการใช้ชีวิตประจำวันได้ และสามารถตอบสนองความต้องการต่างๆ เช่น ด้านการติดต่อสื่อสาร ด้านการรับรู้หรือค้นหาข้อมูลข่าวสารหรือสิ่งอื่น ๆ ตามความสนใจ ทั้งยังช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถติดต่อสื่อสารรับคำปรึกษาจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความเกี่ยวข้องกับการรักษาและปัญหาสุขภาพที่มีอยู่เดิมเพื่อลดรอยต่อของการรับบริการและในทางอ้อม คือ ผู้สูงอายุไม่รู้สึกโดดเดี่ยวในการกระตุ้นตนเองและดูแลสุขภาพ รวมทั้งระบบ Online Support Services ประเภทอื่น ๆ ที่เป็นการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลยังช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการรับรู้ข้อมูลข่าวสารการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์ สำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจดิจิทัล (2563) การพัฒนาระบบการรักษาทางไกลให้ผู้สูงอายุสามารถปรึกษาแพทย์ได้ผ่านวิดีโอคอล ช่วยลดปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ตลอดจนปัญหาในการเดินทางคนเดียว ในกรณีที่ผู้ดูแลไม่สามารถไปเป็นเพื่อนได้ รวมถึงปัญหาความไม่ต้องการไปโรงพยาบาลที่พบได้บ่อยครั้งในผู้สูงอายุอีกด้วย ลดความแออัดในสถานพยาบาลที่ต้องรองรับและให้บริการผู้สูงอายุเป็นจำนวนมาก แต่ความต้องการใช้แอปพลิเคชันเกี่ยวกับการดูแลอยู่เกินครึ่งหนึ่ง อาจมาจากการเทคโนโลยีดิจิทัลบางอย่างที่มีซับซ้อนและความยุ่งยากจากเทคโนโลยี ปัญหาสายตา ความจำการลืมนำ และปัญหาตัวอักษร ทำให้เป็นอุปสรรคและความยากลำบากในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่นเดียวกับ พนม คลีฉายา (2564) วิจัยเรื่องการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของผู้สูงอายุและข้อเสนอเพื่อการเสริมสร้างภาวะพลัมพลังและผลิตภาพของผู้สูงอายุไทย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การส่งเสริมการเรียนรู้และการเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลสำหรับผู้สูงอายุ ควรจัดโครงการฝึกอบรมหรือกิจกรรมที่มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะการใช้เทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีหลายวัย ซึ่งสมาชิกสามารถช่วยสอนและสนับสนุนการใช้งานได้ การออกแบบแอปพลิเคชันและอุปกรณ์ดิจิทัล ควรคำนึงถึงความง่ายในการใช้งาน เช่น การปรับตัวอักษรให้ใหญ่ขึ้น ใช้คำอธิบายที่ชัดเจน และลดความซับซ้อนของเมนู การเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการทางการแพทย์ ส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การจองคิว การปรึกษาทันตแพทย์ทางไกล และการรับรู้ข้อมูลสุขภาพช่องปากของครอบครัวผ่านสมาร์ทโฟน สนับสนุนโครงการ

“สุขภาพดิจิทัล” ในชุมชน เช่น การสร้างศูนย์เรียนรู้เทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพดิจิทัล การสร้างแรงจูงใจและทัศนคติที่ดีต่อการใช้เทคโนโลยี ควรให้ความรู้ถึงประโยชน์ของการใช้เทคโนโลยี เช่น การติดต่อสื่อสารกับครอบครัว การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และความบันเทิงที่ตอบสนองความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมร่วมกันในชุมชนที่ส่งเสริมการใช้งานเทคโนโลยี เช่น กิจกรรมที่ใช้แอปพลิเคชันเพื่อติดตามสุขภาพ หรือการเข้าร่วมกลุ่มออนไลน์เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ การสนับสนุนจากภาครัฐและองค์กรที่เกี่ยวข้อง ภาครัฐควรออกนโยบายสนับสนุนการพัฒนาแอปพลิเคชันสุขภาพที่ใช้งานง่ายสำหรับผู้สูงอายุ รวมถึงการกระจายอุปกรณ์ดิจิทัลในพื้นที่ชนบทหรือพื้นที่ที่เข้าถึงเทคโนโลยีได้ยาก ส่งเสริมความร่วมมือกับภาคเอกชนและองค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น การจัดโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางการแพทย์ผ่านระบบออนไลน์ หรือการสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดำรงชีวิตประจำวัน การวิจัยและพัฒนาต่อเนื่อง ควรมีการศึกษาต่อเนื่องเกี่ยวกับความต้องการ ความพึงพอใจ และอุปสรรคในการใช้เทคโนโลยีของผู้สูงอายุ เพื่อปรับปรุงและพัฒนาโครงการให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย การพัฒนาเทคโนโลยีที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้สูงอายุ เช่น โปรแกรมที่ช่วยในการจำ การแจ้งเตือนการนัดหมาย หรือการใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มความสุขในชีวิต การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นสิ่งจำเป็นในยุคปัจจุบัน เพื่อลดช่องว่างทางสังคมและเพิ่มคุณภาพชีวิต การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าถึงและใช้งานเทคโนโลยีได้อย่างเต็มที่ควรมุ่งเน้นการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับวัย ความสะดวกในการใช้งาน และการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และภาครัฐ เพื่อให้เทคโนโลยีเป็นเครื่องมือที่สร้างความสุขและสุขภาพที่ดีในชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริง

References

- เฉลิมพงษ์ ลินลา. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันในสมาร์ทโฟนและแท็บเล็ตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.
- กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา, ศิริธร ยิ่งแรงเรง, จันทิมา เขียวแก้ว, กันยารัตน์ อุบลวรรณ, เนติยา แจ่มทิม และวนาถ พรหมสาร. (2560). พฤติกรรมการแสวงหาข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์และสื่อสังคมของผู้สูงอายุตามระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์*, 11 (ฉบับพิเศษ), 12-22.
- กันตพล บรรทัดทอง. (2558). พฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์และความพึงพอใจของกลุ่มคนผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- จิตรา วรรณสอน. (2562). รูปแบบการทำตลาดแบบเนื้อหาบนสื่อสังคมออนไลน์เพื่อกลุ่มเจนเนอเรชันซี (Z). ใน รายงานการประชุมการประชุมวิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 14. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีปทุม.
- ณิซกุล เสนาวงษ์. (2564). การศึกษาพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของคนเจนเนอเรชันแซด ในยุค New Normal ในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสยาม.
- ธัญรัตน์ เศรษฐสิริภูมิ และ สุรมน จันทร์เจริญ. (2565). รูปแบบการเพิ่มความสามารถในการใช้เทคโนโลยีเพื่อการสื่อสารสำหรับผู้สูงอายุ ในยุคความปกติใหม่. *วารสารสมาคมนักวิจัย*, 27(4), 39-67.
- ธามม วงศ์สรครกร, ชาญเดช เจริญวิริยะกุล และอัครมณี สมใจ. (2566). การรับรู้ประโยชน์ทัศนคติและพฤติกรรมการใช้สื่อออนไลน์ของผู้สูงอายุ. *วารสารรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา*, 6 (1), 168-179.
- บุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี และชุตติวัฒน์ สุวัฑฒัง. (2566). ผู้สูงอายุในยุคดิจิทัล: ความท้าทายทางสุขภาพ. *วารสารสุขภาพและอาหารเชิงสร้างสรรค์*, 1(1), 51-63.
- พนม คลี่ฉายา. (2564). การเพิ่มความสามารถในความรอบรู้ทางดิจิทัลและการรู้เท่าทันที่มีต่อความผูกพันและความเสี่ยงจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของประชาชน. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุจา รอดเข็ม และสุดารัตน์ ไชยประสิทธิ์. (2562). สังคมสูงวัย: เทคโนโลยีกับผู้สูงอายุ. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 13 (2), 36-45.
- วิศปัติย์ ชัยช่วย. (2560). การใช้LINEของผู้สูงอายุ: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*, 10(1), 905-918.
- วีรณัฐ ใจประภา. (2560). พฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีที่มีผลต่อระดับความสุขของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยศรีปทุม.
- สมาน ลอยฟ้า. (2554). ผู้สูงอายุกับเทคโนโลยีสารสนเทศ. *วารสารสารสนเทศศาสตร์*, 29(2), 53-64.
- สารัช สุทธิพิทยกุล และพิทักษ์ ศิริวงศ์. (2560). สภาพปัญหา และการเรียนรู้การใช้เทคโนโลยีของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา ผู้สูงอายุที่ใช้สมาร์ทโฟนในพื้นที่บริเวณโดยรอบพระปิ่นเกล้า เขตบางกอกน้อย จังหวัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจดิจิทัล. (2563). โอกาสในเศรษฐกิจเงินสี่เงิน. สืบค้นเมื่อ สิงหาคม 2021 จาก <https://www.depa.or.th/th/article-view/article5-2563>.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2566). รายงานสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดี้ดีไซน์.

- อริชา วุฒิรังสี. (2564). การรู้เท่าทันสื่อดิจิทัลของผู้สูงอายุ. *วารสารสหศาสตร์*, 21(1), 90-106.
- อารี ศรีแจ่ม และธัญพัทธ์ ไคร์วานิช. (2562). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงเทคโนโลยีของผู้สูงอายุในยุคดิจิทัล. วิทยานิพนธ์เศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยรังสิต.
- Davis, F. D. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Quarterly*, 13(3), 319-340.
- SDG MOVE.com, People who are poorer - study less in Japan. Access to treatment and prevention services for oral and dental diseases is slower. Retrieved 10 July 2021. From <https://www.sdgmove.com/2021/07/01/lower-income-and-education-linked-to-inequality-dental-care-in-japan>
- Venkatesh, V., & Bala, H. (2008). Technology Acceptance Model 3 and a research agenda on interventions. *Decision Sciences*, 39(2), 273-315.

ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินและความคาดหวังของประชาชน
อำเภอปะทิว จังหวัดชุมพร
Factors Affecting the Use of Emergency Medical Services and
the Expectations of People in Pathio District, Chumphon

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: Apr. 10, 2024

Revised: Jan. 1, 2025

Accepted: Mar. 5, 2025

Published April 25, 2025

อรสา กิจธารา¹, วิษณุ อนิลบล²

¹ โรงพยาบาลปะทิว จังหวัดชุมพร ² โรงพยาบาลละแม จังหวัดชุมพร

Orasa Kiittara¹, Witsanu Aninlabon²

¹Pathio Hospital, Chumphon, ²Lamae Hospital, Chumphon

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคาดหวังของประชาชนและปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในอำเภอปะทิว จังหวัดชุมพร ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ดำเนินการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ในเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึง ธันวาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานการถดถอยเชิงพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 20 – 29 ปี มากที่สุด ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด ประชาชนมีการรับรู้ต่อระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินในระดับมาก ($\bar{x}=4.05$, S.D.=0.95) และมีความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับมาก ($\bar{x}=4.31$, S.D.=0.80) ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ การมีโรคประจำตัว ช่วงอายุ และปัจจัยเสริมเรื่องการทราบว่ามีหน่วยการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน ความคาดหวังของการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ส่วนใหญ่ประชาชนต้องการให้มีการรักษาอย่างรวดเร็วและความปลอดภัยมากที่สุด แพทย์ฉุกเฉินจะสามารถช่วยชีวิตได้เบื้องต้น เชื่อว่าผู้ป่วยจะปลอดภัยได้ไฉน ปฏิบัติต่อผู้ป่วยทุกคนเช่นอย่างเท่าเทียม มีบริการที่ดี ใส่ใจประชาชน ให้คำแนะนำได้ดีและให้คำอธิบายผู้ป่วยเข้าใจง่าย ติดต่อกันง่าย มีเครื่องมือที่พร้อมใช้

คำสำคัญ : การแพทย์ฉุกเฉิน, ความคาดหวัง, ปัจจัยนำ, ปัจจัยเอื้อ, ปัจจัยเสริม

Corresponding author : อรสา กิจธารา; E-mail: orasakittara@gmail.com

Abstract

This descriptive study aimed to study public expectations and factors affecting the use of emergency medical services in Pathio District, Chumphon with a sample of 400 people. Simple random sampling was conducted and data were collected using questionnaires from November 2023 to December 2023. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics by multiple regression.

The study results showed that a majority most of the sample group were female, aged between 20 and 29 years, and most had no underlying diseases. They mostly used universal health insurance. The samples participants had a high level of awareness of the emergency medical service system ($\bar{x}=4.05$, S.D.=0.95) and had high expectations for the emergency medical service system ($\bar{x}=4.31$, S.D.=0.80). Factors affecting the use of emergency medical services with statistical significance (p -value < 0.05) included having congenital diseases, age, and the additional factor of knowing that there is an emergency medical unit in the community. For expectations of emergency medical services it was found that most people want treatment to be as quick and safe as possible. Emergency doctors will be able to provide basic lifesaving assistance. It is believed that patients will be safe and treated quickly. All classes of patients will be treated equally. The health personnels provide good service, care about people, give good advice and give patients explanations that are easy to understand, easy to contact, and have tools that are ready to use.

Keywords: Emergency Medical Service, Predisposing Factors, Expectation, Reinforcing Factors, Enabling Factors, Self-Care Behavior

Corresponding author: Orasa Kiittara; E-mail: orasakittara@gmail.com

บทนำ

แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นแผนกที่ต้องดูแลรักษาบุคคลที่ได้รับอุบัติเหตุ การบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต และหากไม่ได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนทันที่ที่แล้ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว (National Library of Medicine, 2021) การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นส่วนสำคัญของระบบสุขภาพและหน่วยให้บริการฉุกเฉินทำหน้าที่เป็นจุดติดต่ออันดับแรกสำหรับผู้คนจำนวนมากทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย การช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไม่ทันการณ์และไม่เหมาะสมตามหลักวิชาการทำให้มีผู้เสียชีวิตและพิการมากขึ้นเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตความพิการและความทุกข์ทรมานอันไม่สมควร ที่อาจจะเกิดจากกระบวนการรักษาพยาบาลที่ล่าช้า ระบบการนำส่งโรงพยาบาลที่ไม่เหมาะสม การบริหารจัดการของหน่วยบริการที่ขาดประสิทธิภาพ และเกิดความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์ที่ไม่จำเป็น (Wangsri, 2013) กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Services; EMS) ขึ้นในปี 2548 โดยศูนย์เรนทร โรงพยาบาลราชวิถี ได้จัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครอบคลุม 76 จังหวัดทั่วประเทศ รวมถึงหน่วยงานของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นสนับสนุนให้เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล จัดตั้งทีมกู้ชีพในเขตปกครอง เพื่อให้บริการประชาชนในพื้นที่ที่องค์การปกครองท้องถิ่นดูแลโดยการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อลดอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตรวมถึงลดความพิการจากการเจ็บป่วยด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายบริการการแพทย์ฉุกเฉินประกอบด้วยระบบการแจ้งเหตุการรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุการลำเลียงขนย้ายผู้ป่วย การให้ความรู้และความร่วมมือจากประชาชน ในด้านการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและความสนใจในการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้นโดยประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ (Taradej, Mongkolsomlit & Suriyawongpaisarn, 2014) การเจ็บป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพในเพศชายรองลงมาจาก ความผิดปกติในช่องปาก ซึ่งมาจากการบาดเจ็บทางถนน และการพลัดตกหรือล้มโดยเฉพาะในเพศชายอายุ 15-59 ปี มีการสูญเสียปีสุขภาวะเนื่องจากภาวะบกพร่องที่มีสาเหตุจากการบาดเจ็บทางถนนมากที่สุด (International health policy program, 2023).

จังหวัดชุมพร มีการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หรือระบบบริการ 1669 เพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและลดความพิการ โดยมีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเป็นหน่วยงานรับผิดชอบให้มีคุณภาพมาตรฐาน ทั้งถึง และเท่าเทียม จากผลการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในจังหวัดชุมพร ได้ออกปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน ในปีงบประมาณ 2563, 2564 และ 2565 จำนวน 14,675, 16,075 และ 17,117 ครั้ง ตามลำดับ ส่วนในอำเภอปะทิว จังหวัดชุมพร มีการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในปีงบประมาณ 2563, 2564 และ 2565 จำนวน 1,262, 1,334 และ 2,610 ครั้ง ตามลำดับ โดยเป็นผู้ป่วยอุบัติเหตุ ร้อยละ 45.24, 43.63 และ 22.84 ในปีงบประมาณ 2563, 2564 และ 2565 ตามลำดับ (National Institute for Emergency Medicine, 2023) โรงพยาบาลปะทิว เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 47 เตียง ที่มีผู้ป่วยเข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยเฉลี่ยประมาณ 50 คนต่อวัน โดยแบ่งออกเป็น ผู้ป่วยฉุกเฉิน, ผู้ป่วยตรวจโรค, ผู้ป่วยอุบัติเหตุ, ผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจร, ผู้ป่วยรับบริการอื่นๆ โดยโรคที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ กลุ่มอาการเวียนศีรษะ (Dizziness), โรคกระเพาะและลำไส้อักเสบ (Gastroenteritis), การบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head injury), โรคหอบหืดกำเริบ (Asthma) และโรคถุงลมโป่งพอง (COPD)

จากการศึกษาของ นคราญ ใจเพียร (Chaipian, 2021) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินและฉุกเฉินเร่งด่วนในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ระดับนัยสำคัญ .05 ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ทักษะการรับรู้ และความคาดหวัง 2) ปัจจัยเสริม ได้แก่ ระยะทางการมีหน่วยการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน การรู้จัก 1669 และประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

3) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีรถยนต์ การมีโทรศัพท์ และการมีผู้ช่วยเหลือมาส่งโรงพยาบาล และจากการศึกษาของ วิชญา จันจะนะ และแสงจันทร์ เชียงทา (Chanchana & Chiengta, 2023) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ อำเภอวังเจ้า จังหวัดตาก พบว่า ปัญหาของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เครือข่ายอำเภอ ยังขาดความรู้ความเข้าใจในการประเมินผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ศูนย์สั่งการประเมินอาการห้ส CBD ไม่ถูกต้อง ทำให้ส่งการชุดปฏิบัติการไม่เหมาะสมและประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่ คิดว่ารถบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้บริการล่าช้า ทำให้ไม่อยากเสียเวลาในการรอรถ จึงนำส่งโรงพยาบาลเอง ดังนั้นหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลปะทิว ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาประสิทธิภาพการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉิน เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินและความคาดหวังของประชาชน อำเภอปะทิว จังหวัดชุมพร เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกคนเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพ ลดการเสียชีวิตและความพิการจากการเจ็บป่วยและตอบสนองต่อแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในอำเภอปะทิว จังหวัดชุมพร
2. เพื่อศึกษาความคาดหวังของประชาชน ในอำเภอปะทิว จังหวัดชุมพร

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง โดยการใช้การสำรวจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ ได้แก่ ประชาชนที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ในอำเภอปะทิว จังหวัดชุมพร จำนวน 31,949 คน (The Bureau of Registration Administration, 2024) กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ เครจซีและมอร์แกน (Bureau of Medical Studies, 2018; Marrelli, Tondara & Hoge, 2005)
$$n = \frac{\chi^2 N p (1-p)}{e^2 (N-1)} + \chi^2 p (1-p)$$
 โดยประชากรที่ใช้ในการวิจัยมีจำนวน 39,957 คน ยอมรับให้เกิดความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง (e) ได้ 5% และสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (p) เท่ากับ 0.5 ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ($\chi^2=3.841$) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 380 คน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อทดแทนข้อมูลที่อาจจะมีการสูญหาย (missing data) ร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 400 คน

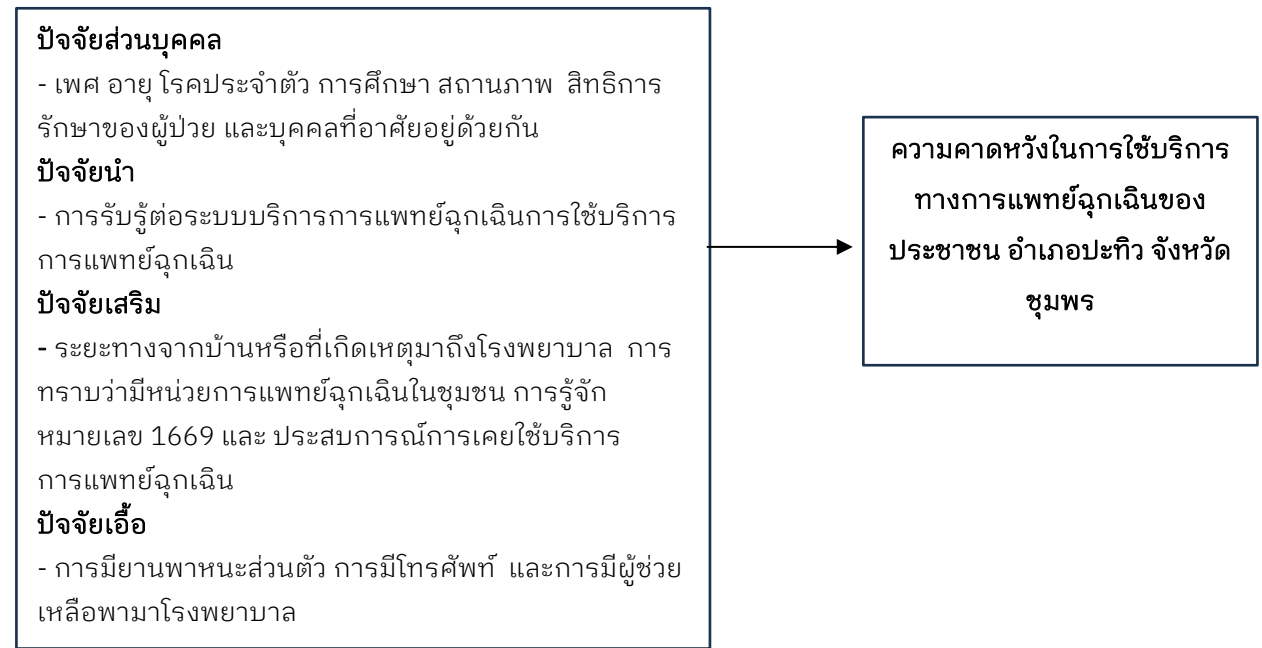
เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria) ได้แก่ (1) สัญชาติไทย (2) เป็นประชาชน ในอำเภอปะทิว จังหวัดชุมพร ที่มีบ้านหรือที่พักอาศัยในอำเภอปะทิว (3) อายุ 18 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป และ (4) ให้ความร่วมมือและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

การคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (Exclusion criteria)

1. ผู้ที่ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยหลังจากถูกเชิญเข้าร่วมวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ใช้แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED model ที่พัฒนาขึ้นมาโดย Lawrence Green และ Marshall (Krueter, Benson & Paul, 2018) เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์พฤติกรรมแบบสหปัจจัยคือพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากทั้งปัจจัยภายในและภายนอกบุคคล ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและพฤติกรรมของประชาชน สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 3 กลุ่มปัจจัยด้วยกัน คือ ปัจจัยนำ (Predisposing factor) ปัจจัยเสริม (Reinforcing factor) และปัจจัยเอื้อให้เกิดพฤติกรรม (Enabling factor)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบสำรวจรายการ (check list) และการเติมข้อมูลจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว การศึกษา สถานภาพ สิทธิการรักษาของผู้ป่วย และบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยกัน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้และความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยเสริม ได้แก่ ระยะทางจากบ้านหรือที่เกิดเหตุมาถึงโรงพยาบาล การทราบว่ามีหน่วยการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน การรู้จักหมายเลข 1669 และประสบการณ์การเคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นแบบสำรวจรายการ โดยมีข้อคำตอบ ใช่หรือไม่ใช่มีทั้งหมด 4 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมียานพาหนะส่วนตัว การมีโทรศัพท์ และการมีผู้ช่วยเหลือพามาโรงพยาบาล เป็นแบบสำรวจรายการ โดยมีข้อคำตอบ มีหรือไม่มีมีทั้งหมด 3 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การทดสอบเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ของแบบบันทึกข้อมูลส่วนที่ 1-4 โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อหาค่า IOC โดยข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50-1.00 มีความเที่ยงตรงใช้ได้ โดยแบบสอบถามนี้ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.7 หลังจากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ แล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มประชากร จำนวน 30 คน ณ โรงพยาบาลละแม จังหวัดชุมพร แล้วมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ ได้ค่า reliability ของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการหลังจากโครงร่างได้รับการอนุมัติ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ หลังจากนั้นผู้วิจัยลงเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างหลังจากได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2566 ถึงธันวาคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิง ได้แก่ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) และการถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple Linear Regression Analysis Stepwise Method)

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ เมื่อวันที่ 9 มกราคม พ.ศ. 2567 ลำดับที่ 006/25

ผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 59.50) มีอายุระหว่าง 20 – 29 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 21.75) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 71.25) มีสมรส/มีคู่ มากที่สุด (ร้อยละ 49.25) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ร้อยละ 42.75) ใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) มากที่สุด ร้อยละ 79.75 รองลงมา ได้แก่ ประกันสังคม และข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 11.00 และ 6.00 ตามลำดับ มีบุคคลที่อยู่อาศัยด้วย ร้อยละ 95.00 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่วิจัยในครั้งนี้ (n = 420 คน)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	162	40.50
	หญิง	238	59.50
อายุ (ปี)	น้อยกว่า 20	54	13.50
	20 – 29	87	21.75
	30 – 39	56	14.00
	40 – 49	62	15.50
	50 – 59	73	18.25
	มากกว่า 60	68	17.00
	($\bar{x}$ = 41.05, S.D. = 17.98, min = 14, max = 86)		
อาชีพ	เกษตรกร/ประมง	48	12.00
	รับจ้าง	119	29.75
	ค้าขาย	23	5.75
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	25	6.25
	พนักงานบริษัท	20	5.00
	นักเรียน/นักศึกษา	81	20.25
	เจ้าของกิจการ	9	2.20
	อื่นๆ	70	16.80
สถานภาพ	สมรส	197	49.25
	โสด	174	43.50
	หย่าร้าง/หม้าย	29	7.25

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่วิจัยในครั้งนี้ (n = 400 คน) (ต่อ)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียน	14	3.50
	สูงสุด		
	ประถมศึกษา	69	17.25
	มัธยมศึกษาตอนต้น	56	14.00
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	171	42.75
	อนุปริญญา/ปวส.	20	5.00
	ปริญญาตรี	67	16.75
	ปริญญาตรีขึ้นไป	3	0.75
โรคประจำตัว	มี	115	28.75
	ไม่มี	285	71.25
บุคคลที่อยู่ด้วย	มี	380	95.00
	ไม่มี	20	5.00
สิทธิการรักษาของผู้ป่วย	ประกันสุขภาพถ้วนหน้า		
	(บัตรทอง)	319	79.75
	ประกันสังคม	44	11.00
	ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	24	6.00
	ชำระเงินเอง	13	3.25

โรคประจำตัวที่เป็นมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 42.95, 20.13 และ 11.41 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่วิจัยในครั้งนี้ กรณีมีโรคประจำตัว (n = 149 คน)*

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคประจำตัว	- โรคความดันโลหิตสูง	64	42.95
	- โรคเบาหวาน	30	20.13
	- โรคไขมันในเลือดสูง	17	11.41
	- โรคอ้วน	1	0.67
	- โรคหลอดเลือดสมอง	1	0.67
	- โรคไตเสื่อม	1	0.67
	- โรคต่อมลูกหมาก	1	0.67
	- โรคภูมิแพ้	9	6.04
	- โรคหอบหืด	7	4.70
	- โรคหัวใจ	6	4.03
	- โรคซึมเศร้า	1	0.67
	- โรคเก๊าท์	1	0.67
	- ไม่ได้ระบุโรค	10	6.71

* กลุ่มตัวอย่างบางคนมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค

ด้านปัจจัยนำ ในด้านการรับรู้ต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินพบว่า ประชาชนมีการรับรู้ต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับมาก ($\bar{x}=4.05$, S.D.=0.95) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ประชาชนจะรับรู้ว่าจะได้รับการดูแลเบื้องต้นขณะนำส่งโรงพยาบาลในระดับมาก และ ถ้าจะใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินรู้ว่า ต้องโทรศัพท์ไปที่หมายเลขใดในระดับมาก มากที่สุด ($\bar{x}=4.36$, S.D.=0.82) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยนำด้านการรับรู้ต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (n = 400)

การรับรู้ต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
1. ถ้าจะใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ท่านรู้เป็นอย่างดีว่าต้องโทรศัพท์ไปที่หมายเลขใด	4.36	0.82	มาก
2. เมื่อแจ้งขอใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินแล้วรถพยาบาลจะมาถึงภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว	4.15	0.87	มาก
3. ผู้ที่ไม่มีสิทธิการรักษา ไม่สามารถใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้	3.11	1.48	ปานกลาง
4. ผู้ที่มีอาการเหงื่อแตก ตัวเย็น หน้ามืด แขนขาอ่อนแรง ควรเรียกรถพยาบาลด้วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	4.27	0.83	มาก
5. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ท่านจะได้รับการดูแลเบื้องต้นขณะนำส่งโรงพยาบาล	4.36	0.74	มาก
รวม	4.05	0.95	มาก

ปัจจัยนำ ด้านความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ประชาชนมีความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับมาก ($\bar{x}=4.31$, S.D.=0.80) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ประชาชนมีความคาดหวัง มากที่สุดในเรื่อง คาดหวังว่าเมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน การเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จะปลอดภัย ไม่เสียชีวิต และไม่เกิดความพิการ ($\bar{x}=4.45$, S.D. =0.68) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ปัจจัยนำด้านความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (n = 400)

ความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
1. ท่านคาดหวังว่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสะดวก	4.38	0.74	มาก
2. ท่านคาดหวังว่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินโทรศัพท์จะติดต่อได้อย่างรวดเร็ว	4.28	0.85	มาก
3. ท่านคาดหวังว่าบริการ การแพทย์ฉุกเฉินรถพยาบาลจะไปถึงอย่างรวดเร็วภายในเวลา 20 นาที	4.14	0.94	มาก
4. ท่านคาดหวังว่าบริการ การแพทย์ฉุกเฉินสามารถช่วยชีวิตหรือให้การรักษเบื้องต้นได้ขณะนำส่ง	4.31	0.79	มาก
5. ท่านคาดหวังว่าเมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน การเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จะปลอดภัย ไม่เสียชีวิต และไม่เกิดความพิการ	4.45	0.68	มาก
รวม	4.31	0.80	มาก

ด้านปัจจัยเอื้อ พบว่า ส่วนใหญ่ประชาชนมียานพาหนะส่วนตัว ร้อยละ 92.25 ส่วนใหญ่มีโทรศัพท์หรืออุปกรณ์สื่อสารประจำตัว ร้อยละ 96.00 และส่วนใหญ่มีผู้ช่วยเหลือพามาโรงพยาบาลหากฉุกเฉินหรือเจ็บป่วย ร้อยละ 92.00 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ปัจจัยเอื้อ (n = 400)

คำถาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ท่านมียานพาหนะส่วนตัว		
มี	369	92.25
ไม่มี	31	7.75
ท่านมีโทรศัพท์หรืออุปกรณ์สื่อสารประจำตัว		
มี	384	96.00
ไม่มี	16	4.00
ท่านมีผู้ช่วยเหลือพามาโรงพยาบาลหากฉุกเฉินหรือเจ็บป่วย		
มี	368	92.00
ไม่มี	32	8.00

ด้านปัจจัยเสริม พบว่า ส่วนใหญ่ประชาชนทราบว่า มีหน่วยการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน ร้อยละ 93.75 และ รู้จักหมายเลข 1669 และทราบว่าต้องโทรเวลาใด ร้อยละ 93.75 มีประชาชน ร้อยละ 36.50 ที่เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ปัจจัยเสริม (n = 400)

ข้อคำถาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ท่านรู้จักหมายเลข 1669 และทราบว่าต้องโทรเวลาใด		
ใช่	375	93.75
ไม่ใช่	14	3.50
ท่านทราบว่า มีหน่วยการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนของท่าน		
ใช่	375	93.75
ไม่ใช่	25	6.25
ท่านเคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน		
ใช่	146	36.50
ไม่ใช่	254	63.50

การทดสอบปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน อำเภอปะทิว จังหวัดชุมพร

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านการมีโรคประจำตัว ช่วงอายุ ปัจจัยเสริมเรื่องการทราบว่า มีหน่วยการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน มีผลต่อการใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) โดยปัจจัยด้านโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์เชิงบวก กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว จะมีการใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (2.10 เท่า) ปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์เชิงลบ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี จะมีการใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินน้อยกว่ากลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.15 เท่า) และปัจจัยเสริมด้านการทราบว่า มีหน่วยการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนมีความสัมพันธ์เชิงบวก กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่ทราบว่า มีหน่วย

การแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนจะมีการใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่ากลุ่มที่ไม่ทราบว่ามีหน่วยการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนอย่างน้อยมีนัยสำคัญทางสถิติ (4.70 เท่า) ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน อำเภอปะทิว จังหวัดชุมพร (n = 400)

ปัจจัย	n	β	S.E.	Wald	p-value	Exp(B)	95% CI
โรคประจำตัว							
ไม่มี	285	0.742	0.352	4.440	0.035*	2.101	1.053 - 4.190
มี	115						
อายุ (ปี)							
น้อยกว่า 20	54	-1.911	0.818	5.459	0.019*	0.148	0.030 - 0.735
20 - 29	87	-1.147	0.625	3.367	0.067	0.318	0.093 - 1.081
30 - 39	56	-1.168	0.610	3.661	0.056	0.311	0.094 - 1.029
40 - 49	62	-0.867	0.556	2.438	0.118	0.420	0.141 - 1.248
50 - 59	73	-0.671	0.491	1.868	0.172	0.511	0.195 - 1.338
มากกว่า 60	68						
ปัจจัยเสริม : การทราบว่า มีหน่วยการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน							
ไม่ใช่	25	1.548	0.587	6.943	0.008*	4.700	1.487 - 14.860
ใช่	375						

อภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินและความคาดหวังของประชาชน อำเภอปะทิว จังหวัดชุมพรนี้ เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 59.50) สอดคล้องกับการศึกษาของ เจริญ ปรานปรี (Prabpree, 2020) ทิพย์ดี ฐิติพันธ์ (Wootthipan, 2022) บุญญา ทรงพร (Songporn, 2023) และ สุรภา ขุนทองแก้ว (Khuntongkaew, 2019) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 20 - 29 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 21.75) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 71.25) มีสมรส/มีคู่ มากที่สุด (ร้อยละ 49.25) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ร้อยละ 42.75) ใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) มากที่สุด ร้อยละ 79.75 รองลงมา ได้แก่ ประกันสังคม และข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 11.00 และ 6.00 ตามลำดับ มีบุคคลที่อยู่อาศัยด้วย ร้อยละ 95.00 และโรคประจำตัวที่เป็นมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 42.95, 20.13 และ 11.41 ตามลำดับ

ด้านปัจจัยนำ ในด้านการรับรู้ต่อระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินการใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินพบว่า ประชาชนมีการรับรู้ต่อระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ เจริญ ปรานปรี (Prabpree, 2020) และสุรภา ขุนทองแก้ว (Khuntongkaew, 2019) ที่พบว่าการรับรู้ต่อระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ประชาชนจะรับรู้ว่าจะได้รับการดูแลเบื้องต้นขณะนำส่งโรงพยาบาลในระดับมาก และ ถ้าจะใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินรู้ว่า ต้องโทรศัพท์ไปที่หมายเลขใดในระดับมาก มากที่สุด ($X = 4.36$, $S.D. = 0.82$) ส่วนปัจจัยนำด้านความคาดหวังต่อระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ประชาชนมีความคาดหวังต่อระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินในระดับมาก แตกต่างกับผลการศึกษาเจริญ ปรานปรี (Prabpree, 2020) และสุรภา ขุนทองแก้ว (Khuntongkaew, 2019) ที่พบว่า การคาดหวังต่อบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ประชาชนมีความคาดหวัง มากที่สุดในเรื่อง คาดหวังว่าเมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน การเรียกใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน จะปลอดภัย ไม่เสียชีวิต และไม่เกิดความพิการ ด้านปัจจัยเอื้อ พบว่า ส่วนใหญ่

ประชาชนมียานพาหนะส่วนตัว ร้อยละ 92.25 ส่วนใหญ่มีโทรศัพท์หรืออุปกรณ์สื่อสารประจำตัว ร้อยละ 96.00 และส่วนใหญ่มีผู้ช่วยเหลือพามาโรงพยาบาลหากฉุกเฉินหรือเจ็บป่วย ร้อยละ 92.00 ซึ่งแสดงถึงการที่กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยเอื้อต่อการเดินทางและมีการติดต่อสื่อสารที่สะดวก ที่จะสามารถมาโรงพยาบาลได้เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน และมีโทรศัพท์ที่จะโทรหาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือญาติพี่น้องได้ ส่วนด้านปัจจัยเสริม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบว่ามีการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน ร้อยละ 93.75 และ รู้จักหมายเลข 1669 และทราบว่าต้องโทรเวลาใด ร้อยละ 93.75 แสดงถึงความครอบคลุมของบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ที่ประชาชนสามารถติดต่อได้สะดวก

จากผลการทดสอบปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน อำเภอปะทิว จังหวัดชุมพร พบว่า ปัจจัยด้านการมีโรคประจำตัว ช่วงอายุ ปัจจัยเสริมเรื่องการทราบว่ามีการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน มีผลต่อการใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยปัจจัยด้านการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์เชิงบวก กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว จะมีการใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (2.101 เท่า) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรภา ขุนทองแก้ว (Khuntongkaew, 2019) ที่พบว่า การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่แตกต่างกับผลการศึกษาของ เจริญ พรบปรีย์⁸ ที่พบว่า การมีโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งนี้เป็นเพราะการมีโรคประจำตัวมีโอกาสเจ็บป่วยฉุกเฉินขึ้นได้ จึงมักเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติพงศ์ พลเสน และคณะ (Ponsen, Sirisamutr, Wachiradilok & Kumnuanreuk, 2016) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวโดยเฉพาะโรคถุงลมโป่งพองฉุกเฉินเรื้อรังและหอบหืดมีโอกาสใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าผู้ที่ไม่มียโรคประจำตัว

ปัจจัยด้านอายุมีผลเชิงลบต่อการใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี จะมีการใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินน้อยกว่ากลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.148 เท่า) สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญญา ทรงพร (Songporn, 2023) ที่พบว่าอายุ มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้ว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัวหรือเจ็บป่วยไม่สบายได้ง่าย จึงมีแนวโน้มที่จะใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่า ส่วนในด้านปัจจัยเสริม ด้านการทราบว่ามีการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนมีความสัมพันธ์เชิงบวก กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่ทราบว่ามีการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนจะมีการใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่ากลุ่มที่ไม่ทราบว่ามีการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (4.70 เท่า)

ความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ไม่มีผลต่อการใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ($p = 0.325$) ซึ่งอาจจะเนื่องจากความคาดหวังเป็นอาจจะเกี่ยวข้องกับความเข้าใจและทัศนคติเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และจากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่ไม่ได้เลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีประสบการณ์ต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จึงทำให้ความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่มีต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรภา ขุนทองแก้ว (Khuntongkaew, 2019) ที่พบว่า ความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และ สอดคล้องกับการศึกษาของจิตรประไพ สุรชิต (Surachit, 2017) ที่พบว่า ความคาดหวังการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน

ในส่วนของความคาดหวังของการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน จากคำถามปลายเปิด พบว่า ส่วนใหญ่ต้องการให้มีการรักษาอย่างรวดเร็วและความปลอดภัยมากที่สุด แพทย์ฉุกเฉินจะสามารถช่วยชีวิตได้เบื้องต้น เชื่อว่าผู้ป่วยจะปลอดภัยได้มากขึ้น ปฏิบัติต่อผู้ป่วยทุกคนขึ้นอย่างเท่าเทียม มีบริการที่ดี ใส่ใจประชาชน ให้คำแนะนำได้ดีและให้คำอธิบายผู้ป่วยเข้าใจง่าย ติดต่อกันง่าย มีเครื่องมือที่พร้อมใช้

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยข้างต้น แสดงให้เห็นว่า ประชาชนนั้นให้ความสำคัญกับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน การที่ประชาชนจะเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินนั้น เป็นผลมาจากการที่ประชาชนทราบว่าในชุมชนนั้นมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินไว้ให้บริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ซึ่งอาจจะเป็นผลมาจากการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบถึงหลักการและประโยชน์ของบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การสร้างความไว้วางใจในบริการของระบบการแพทย์ฉุกเฉินด้วยการพัฒนาบุคลากรหรืออาสาสมัครของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีความรู้และมีทักษะในการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดผลจากให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในการช่วยชีวิตได้เบื้องต้น และนำส่งโรงพยาบาลได้อย่างปลอดภัยและทันเวลาที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยนำความคิดเห็นของประชาชนไปพัฒนาเป็นรูปแบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมสำหรับพื้นที่ เพื่อให้เกิดประโยชน์กับประชาชนในพื้นที่มากที่สุด

References

- National Library of Medicine. (2021). Emergency Department Clinical Risk in Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management [Internet]. Retrieved 10, 2023 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK585618>.
- Bureau of Medical Studies, Department of Medical Services, Health Ministry. (2018). *MOPH ED. Triage*. (2nd ed.). Nontaburi. (in Thai)
- Chanchana, W., Chiengta, S. (2023). Documents presented at the expo conference Manage knowledge from COVID-19 lessons and academic meeting of the Ministry of Public Health, fiscal year 2023. Montatip Hall, The international leading convention and exhibition centre. (in Thai)
- International health policy program (2023). *Burden of disease attributable to risk factors in Thailand 2019*. (1st ed.). Nontaburi: HANDY PRESS CO., LTD. (in Thai)
- Kanya Wangsri (2013). The EMS system in Thailand. *Srinagarind Med J*, 28 (suppl): 69-73. (in Thai)
- Khuntongkaew, S. (2019). The Study of Factors Related to Use Emergency Medical Services, Ratchaburi Province. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, 2 (1):31-44. (in Thai)
- Kim, K., Benson, H. and Paul, S.(2018). "Social support timing and persistence in nascent entrepreneurship: exploring when instrumental and emotional support is most effective," *Small Business Economics*, Springer, 51(3): 709-734. (in Thai)
- Marrelli, A. F., Tondara, J., & Hoge, M. A. (2005). Strategies for developing competency model *Administration and Policy in Mental Health*, 32 (5-6): 533-561. (in Thai)
- National Institute for Emergency Medicine (2023). *The Emergency Statistics Report*. Retrieved 10, 2023 from https://ws.niems.go.th/ITEMS_DWH/. (in Thai)
- Nongkran Chaipian. (2021). Factors related to the use of emergency medical services for acute critically patients and emergency patients in a hospital. *Journal of Nursing and Health Research*, 22(1): 52-66. (in Thai)
- Ponsen, K., Sirisamutr, T., Wachiradilok, P. and Kumnuanreuk, N. (2016). The situation and the factors that affect the use of emergency medical services at the emergency department of patient emergency in Thailand (Full Paper). Nontaburi: National Institute for Emergency Medicine. (in Thai)
- Prabpree, C. (2020). Factor related using emergency medical service, Phattalung Province. *Journal of Khon Kaen Provincial Health Office*, 2(2):199-212. (in Thai)
- Songporn, B. (2023). The study of factors related to use Emergency Medical Services In Sounpheung District, Ratchaburi. *Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office*, 7(14): 49-63. (in Thai)
- Surachit, C. (2017). Perception and Expectation of Emergency Medical Service in Paknamlangsuan Hospital, Chumphon Province. *Reg 11 Med J*, 31(2):271-278. (in Thai)
- Taradej, T., Mongkolsomlit, S., Suriyawongpaisarn, P. (2014). Evolution of Emergency Medical Service Systems in Thailand: A Systematic Review. *Journal of Health Science of Thailand*, 23(3): 513-523. (in Thai)
- The Bureau of Registration Administration, Department Of Provincial Administration, Ministry of Interior. (2024). Official Statistics Registration Systems. Retrieved 10, 2023 from <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMenu/newStat/home.php>
- Wootthipan, T. (2022). Factors Affect Utilization of Emergency Medical Service for Critical Illness Patients in Udon Thani Hospital. *MAHASARAKHAM HOSPITAL JOURNAL*, 19(3):53-66. (in Thai)

ความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับกับความดันโลหิตสูงในผู้ใหญ่ ที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า Prevalence and Association Between Sleep Quality and Hypertension among Adult Patients Attending the Outpatient Department at Phramongkutklao Hospital

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: Apr. 10, 2024

Revised: Jan. 1, 2025

Accepted: Mar. 5, 2025

Published April 25, 2025

เชิดพงษ์ ว่องไวพานิช, กษิดิศ หล้าวงษา
ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
Cherdpong Wongwaipanich, Kasidid Lawongsa
Family medicine, Outpatients department, Phramongkutklao Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้ป่วยนอกอายุระหว่าง 35–60 ปี ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 246 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience Sampling) การเก็บข้อมูลดำเนินการโดยใช้แบบสอบถามโครงสร้างที่รวบรวมข้อมูลด้านประชากรศาสตร์และสุขภาพ รวมถึงแบบสอบถาม Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) เพื่อประเมินคุณภาพการนอนหลับ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, ความถี่, ร้อยละ การทดสอบ Chi-square และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณ เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาพบว่า จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 246 คน พบว่ามีผู้ที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีจำนวน 160 คน คิดเป็น ร้อยละ 65.0 ขณะที่ผู้ที่มีคุณภาพการนอนหลับดีมีจำนวน 86 คน คิดเป็น ร้อยละ 35.0 ผู้ที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีมีโอกาสเกิดความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (AOR: 7.61, 95% CI: 3.40–16.89, $p < 0.001$) นอกจากนี้ ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ได้แก่ อายุที่มากกว่า 50 ปี (Adjusted OR: 3.45, $p = 0.001$) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Adjusted OR: 4.01, $p < 0.001$) และประวัติครอบครัวของความดันโลหิตสูง (Adjusted OR: 5.39, $p < 0.001$) การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยร่วมอื่น ๆ ในความดันโลหิตสูง การประเมินคุณภาพการนอนหลับและการแทรกแซงที่เหมาะสมควรนำมาใช้ในกระบวนการดูแลเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย

คำสำคัญ: ความดันโลหิตสูง, คุณภาพการนอนหลับ, แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ, ผู้ป่วยนอก, การวิจัยภาคตัดขวาง

Corresponding author : กษิดิศ หล้าวงษา E-mail : kasidid.lawongsa@gmail.com

Abstract

This study is an analytic cross-sectional study aimed at exploring the relationship between sleep quality and hypertension among outpatients aged 35–60 years attending Phramongkutklo Hospital. Participants (n = 246) were selected based on predefined eligibility criteria using convenience sampling, including the ability to communicate clearly in Thai and willingness to participate in the study. Data were collected using a structured questionnaire that included demographic and health-related information and the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) to assess sleep quality. Data analysis included descriptive statistics such as mean, standard deviation, frequency, and percentage were used to summarize the participants' demographic and clinical characteristics, Chi-square tests, and multiple logistic regression to assess the relationship between sleep quality and hypertension.

The results showed that out of 246 participants, 160 (65.0%) had poor sleep quality, while 86 (35.0%) had good sleep quality. Participants with poor sleep quality had a significantly higher likelihood of developing hypertension (AOR: 7.54, 95% CI: 3.33–17.06, $p < 0.001$). Additionally, other risk factors for hypertension included being older than 50 years (Adjusted OR: 3.39, $p = 0.001$), alcohol consumption (Adjusted OR: 3.93, $p < 0.001$), and a family history of hypertension (Adjusted OR: 5.47, $p < 0.001$). This study highlights the critical role of poor sleep quality and other associated factors in the risk of hypertension. Incorporating sleep quality assessment and appropriate interventions into routine clinical care can help prevent and reduce the risk of complications in hypertensive patients.

Keywords: Hypertension, Sleep Quality, Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Outpatients, Cross-Sectional Study

Corresponding author : Kasidid Lawongsa Email: kasidid.lawongsa@gmail.com

บทนำ

กลุ่มประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครตอนกลาง ให้บริการประชาชนทั้งจากในเมืองและปริมณฑล โดยเฉพาะข้าราชการทหาร และกลุ่มวัยทำงาน ซึ่งมีแนวโน้มเผชิญความเครียดจากการทำงานและมีเวลาพักผ่อนไม่เพียงพอ สภาพแวดล้อมในเมือง เช่น แสงสว่างจากหน้าจอและเสียงรบกวนในเวลากลางคืน อาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มเป้าหมาย

ความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้สำหรับโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease: CVD) เป็นปัญหาสุขภาพที่แพร่หลายทั่วโลกซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้คนจำนวนมาก โดยความดันโลหิตสูงถูกกำหนดให้เป็นค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure: SBP) ตั้งแต่ ≥ 140 มม.ปรอท และ/หรือค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure: DBP) ตั้งแต่ ≥ 90 มม.ปรอท ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของความเจ็บป่วยและการเสียชีวิต (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ทว่าทั้งภูมิภาคเอเชีย ความชุกของความดันโลหิตสูงได้เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วเนื่องจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น การเพิ่มจำนวนประชากรสูงอายุ การขยายตัวของเมือง และการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิต ตัวอย่างเช่น ในประเทศจีน สัดส่วนของผู้ใหญ่ที่มีความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 18.8% ในปี 2002 เป็น 27.8% ในปี 2018 ซึ่งสะท้อนถึงความสำคัญของปัญหานี้ที่เพิ่มขึ้นในภูมิภาค (Chen, S., 2022) ในบรรดาปัจจัยเสี่ยงมากมายที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูง คุณภาพการนอนหลับได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นในฐานะปัจจัยสำคัญที่ยังไม่ได้รับการตระหนักถึงมากพอ (Gangwisch, J. E., 2014) (Lo, K., 2018)

จากการศึกษาทั่วโลกพบว่า ประชากรวัยผู้ใหญ่มีปัญหาคุณภาพการนอนหลับไม่ดีในอัตราที่สูง โดยเฉพาะในประเทศแถบเอเชีย เช่น จีน พบว่ามีความชุกของการนอนหลับไม่ดีร้อยละ 25.7 ในกลุ่มผู้ใหญ่วัยทำงาน (Chen et al., 2022) ขณะที่ในประเทศไทย ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (สำนักวิจัยและพัฒนาสุขภาพ, 2562) รายงานว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีปัญหานอนไม่หลับหรือนอนหลับไม่เพียงพอถึงร้อยละ 30.2 โดยในกลุ่มอายุ 45-59 ปี มีความชุกสูงถึงร้อยละ 36.4 ซึ่งบ่งชี้ถึงปัญหานี้ที่ต้องได้รับการใส่ใจ

ในประเทศไทย รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (สำนักวิจัยและพัฒนาสุขภาพ, 2562) พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มประชากรอายุ 35-59 ปี อยู่ที่ประมาณร้อยละ 26.9 โดยกลุ่มชายมีอัตราสูงกว่าหญิง นอกจากนี้ ร้อยละกว่า 30 ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อการป้องกันและควบคุมที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

คุณภาพการนอนหลับ ซึ่งรวมถึงการรับรู้ส่วนบุคคลและการวัดคุณภาพการพักผ่อนอย่างเป็นรูปธรรม มีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีมีความเชื่อมโยงกับความดันโลหิตสูงผ่านกลไกทางชีวภาพและพฤติกรรมหลายประการ การรบกวนการนอนหลับสามารถกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกและลดการทำงานของระบบพาราซิมพาเทติก ส่งผลให้เกิดความต้านทานของหลอดเลือดที่เพิ่มขึ้น ความดันโลหิตที่สูงขึ้น และการทำงานของหลอดเลือดที่บกพร่อง (Laugsand, L. E., 2014) (Kim, J., 2010) นอกจากนี้ การรบกวนการนอนหลับมักรบกวนการลดระดับความดันโลหิตในช่วงกลางคืน หรือที่เรียกว่า “ปรากฏการณ์การลดระดับความดันโลหิต” (blood pressure dipping phenomenon) ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญต่อการฟื้นตัวของระบบหัวใจและหลอดเลือด ผู้ที่มีความดันโลหิตที่ไม่ลดลงในช่วงกลางคืนมีความเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงอย่างเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อน เช่น การหนาตัวของผนังหัวใจห้องล่างซ้ายและการแข็งตัวของหลอดเลือดแดง (Liu, R. Q., 2016)

งานวิจัยจากทั่วภูมิภาคเอเชียได้แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ที่สำคัญระหว่างคุณภาพการนอนหลับและความดันโลหิตสูง การศึกษาขนาดใหญ่ในประเทศจีนที่มีผู้เข้าร่วม 5,167 คน พบว่าคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ซึ่งประเมินโดยใช้ Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของความดันโลหิตสูง ($OR = 1.03, p = 0.018$) โดยผู้ที่มีคะแนน PSQI ≥ 5 มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 17% ในการเกิดความดันโลหิตสูงเมื่อเทียบกับผู้ที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ดีกว่า (Chen, S., 2022) นอกจากนี้ การศึกษาในประเทศเกาหลียังรายงานว่าผู้ที่นอนหลับน้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อคืนมีความชุกของความดันโลหิตสูงสูงกว่าผู้ที่นอนหลับ 7–8 ชั่วโมงอย่างมีนัยสำคัญ (Kim, J., 2010) การศึกษาเมตาอานาไลซิส ซึ่งรวบรวมข้อมูลจากประชากรจีนจำนวนมาก พบว่า การนอนหลับไม่ดีมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงด้วยค่า OR เท่ากับ 2.66 (95% CI: 1.80–3.93) (Li, L., 2020) ผลการวิจัยเหล่านี้เน้นย้ำถึงความสำคัญของคุณภาพการนอนหลับในฐานะปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้สำหรับความดันโลหิตสูง

การศึกษาอื่น ๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ยังชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของคุณภาพการนอนหลับในบริบทของความดันโลหิตสูง ตัวอย่างเช่น การศึกษาในเวียดนามพบว่าคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์กับความชุกของความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ (Liu, R. Q., 2016) ในทำนองเดียวกัน การวิจัยในประเทศมาเลเซียพบว่าผู้ใหญ่ที่มีปัญหาการนอนหลับบ่อยครั้ง เช่น การหลับยากหรือการตื่นระหว่างคืน มีแนวโน้มที่จะมีความดันโลหิตที่สูงขึ้น (Uchmanowicz, I., 2019) ผลลัพธ์เหล่านี้บ่งชี้ว่าความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและความดันโลหิตสูงมีผลกระทบต่อประชากรในภูมิภาคเอเชียที่หลากหลาย

คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดียังเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางพฤติกรรมและการเผาผลาญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง เช่น ระดับความเครียดที่เพิ่มขึ้น การออกกำลังกายลดลง และพฤติกรรมการกินที่ไม่ดีต่อสุขภาพ นอกจากนี้ คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดียังสัมพันธ์กับภาวะต่าง ๆ เช่น metabolic syndrome โรคอ้วน และโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มความดันโลหิตสูงโดยอิสระ (Zhan, Y., 2014)(Shan, Z., 2015) ความผิดปกติในการนอน เช่น โรคนอนไม่หลับและภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (OSA) มีผลกระทบอย่างมากต่อความดันโลหิต โรคนอนไม่หลับทำให้เกิดการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกอย่างเรื้อรัง ในขณะที่ OSA ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนและระดับความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้นเป็นช่วง ๆ ซึ่งอาจนำไปสู่ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง (Wu, H., 2019) (Bjoroy, I., 2020)

การรบกวนการนอน และระยะเวลาในการหลับ แม้ว่าการศึกษาในภูมิภาคต่าง ๆ ของโลกจะยืนยันถึงความสัมพันธ์ที่ชัดเจนระหว่างคุณภาพการนอนหลับและความดันโลหิตสูง แต่ยังคงมีความจำเป็นในการวิจัยเพิ่มเติมในประเทศแถบเอเชีย ด้วยความชุกของปัญหาการนอนหลับที่เพิ่มสูงขึ้นในภูมิภาคเอเชีย (Chowdhury, A. I., 2021) การทำความเข้าใจบทบาทของคุณภาพการนอนหลับในความดันโลหิตสูงในประชากรและระบบการดูแลสุขภาพต่าง ๆ จึงเป็นสิ่งสำคัญ

การศึกษานี้มีเป้าหมายเพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและความดันโลหิตสูงในผู้ใหญ่ที่มารับการดูแลผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลบริบทแห่งหนึ่งในภูมิภาคเอเชีย โดยการมุ่งเน้นประชากรกลุ่มนี้สามารถให้ข้อมูลเชิงลึกที่มีคุณค่าเกี่ยวกับผลกระทบของคุณภาพการนอนหลับต่อความดันโลหิตสูง และช่วยพัฒนาแนวทางการแทรกแซงที่มุ่งเป้าไปที่การปรับปรุงผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยการแทรกแซงที่มุ่งเป้าไปที่การปรับปรุงคุณภาพการนอนหลับในประชากรวัยกลางคนอาจช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในระยะยาว ตลอดจนผลลัพธ์ทางสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มอาการเมตาบอลิก เนื่องจากคุณภาพการนอนหลับที่ดีมีบทบาทในการควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติ การทำงานของหลอดเลือดและระดับฮอร์โมนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมความดันโลหิต (Luyster, F. S., 2012)

กลุ่มอายุ 35–60 ปี ถูกเลือกเป็นประชากรเป้าหมายของการศึกษา เนื่องจากอยู่ในช่วงวัยทำงานที่มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อพฤติกรรมนอนที่ผิดปกติ เช่น การนอนดึก พักผ่อนไม่เพียงพอ ความเครียดจากการทำงาน และภาระครอบครัว ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผิดปกติของความดันโลหิตในระยะยาว อีกทั้งเป็นช่วงอายุที่สามารถดำเนินการป้องกันและแทรกแซงเชิงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังสะสม (Grandner, M. A., 2016)

แม้ว่างานวิจัยต่างประเทศจะชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและความดันโลหิตสูง แต่ในประเทศไทยยังมียานวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยนอกวัยกลางค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะในสถานพยาบาลทุติยภูมิที่ดูแลประชากรวัยทำงานและผู้สูงอายุซึ่งมีภาระงานสูง ส่งผลต่อรูปแบบการนอนหลับ นอกจากนี้ การใช้เครื่องมือประเมินที่ได้มาตรฐานอย่าง PSQI ยังไม่ถูกนำมาใช้ในเชิงวิเคราะห์อย่างแพร่หลาย เพื่อวัดความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงอย่างเป็นระบบ จึงเป็นช่องว่างที่งานวิจัยนี้ต้องการเติมเต็ม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกของคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในกลุ่มประชากรผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและความดันโลหิตสูงในผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 35–60 ปี
3. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความดันโลหิตสูง เช่น อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย (BMI) การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และประวัติครอบครัว

สมมติฐาน

1. คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยอายุ 35–60 ปี
2. ปัจจัย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ดัชนีมวลกาย การรับประทานยาลดความดันโลหิต ประวัติครอบครัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ รายได้ การประกอบอาชีพ การออกกำลังกาย และการดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน ส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยนี้ถูกออกแบบมาเพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม โดยตัวแปรอิสระประกอบด้วยคุณภาพการนอนหลับที่วัดโดยใช้แบบสอบถาม Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) และปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ ได้แก่ อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย (BMI) การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และประวัติครอบครัวเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง ขณะที่ตัวแปรตามคือความดันโลหิตสูง ซึ่งกำหนดโดยค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) ≥ 140 มม.ปรอท หรือค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) ≥ 90 มม.ปรอท กรอบแนวคิดนี้ช่วยแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยร่วมอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อความดันโลหิตสูง เพื่อสนับสนุนการวิเคราะห์เชิงลึกและการระบุปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ใช้การวิจัยเชิงภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Analytic Cross-sectional Study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและความดันโลหิตสูงในผู้ใหญ่ที่มีอายุ 35–60 ปี ที่มารับบริการผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในงานวิจัยนี้ประกอบด้วยผู้ป่วยนอกที่มีอายุระหว่าง 35–60 ปี ซึ่งมารับบริการที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ระหว่างเดือนมกราคมถึงมีนาคม พ.ศ. 2567 กลุ่มตัวอย่างถูกกำหนดตามเกณฑ์ที่ชัดเจน ได้แก่ 1) ผู้ที่มีอายุระหว่าง 35–60 ปี 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้อย่างชัดเจน และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาผ่านการลงนามในแบบฟอร์มความยินยอมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ทั้งนี้เกณฑ์ดังกล่าวถูกออกแบบมาเพื่อให้มั่นใจว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติที่เหมาะสมและสามารถให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการศึกษาได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน สำหรับเกณฑ์การคัดออก ผู้ที่มีปัญหาการสื่อสารอย่างรุนแรง เช่น ภาวะสมองเสื่อม โรคจิตเภท หรือความผิดปกติทางจิตเวชที่รุนแรง จะไม่ได้รับการคัดเลือกให้เข้าร่วมการศึกษา

ขนาดตัวอย่างถูกคำนวณโดยใช้ข้อมูลความชุกของคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในประชากรทั่วไป ซึ่งมีค่าความชุกอยู่ที่ 64.2% (ทงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข, 2566) ระดับความเชื่อมั่น 95% และค่าความคลาดเคลื่อน 5% ผลการคำนวณระบุว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 246 คน เพื่อให้การศึกษามีความแม่นยำและมีพลังทางสถิติที่เพียงพอ การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience Sampling) โดยเลือกจากผู้ป่วยที่มารับบริการในช่วงระยะเวลาที่กำหนดในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่มีโครงสร้าง: สำหรับเก็บข้อมูลประชากรศาสตร์และข้อมูลสุขภาพ เช่น อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย และประวัติครอบครัว

แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษานี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก ได้แก่

ส่วนที่ 1: แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและประวัติสุขภาพ ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม ครอบคลุมข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ดัชนีมวลกาย พฤติกรรมสุขภาพ (การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย) และประวัติครอบครัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ในการศึกษานี้ ดัชนีมวลกาย (BMI) ได้รับการจัดกลุ่มตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (WHO) แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ($BMI < 18.5$ กก./ม²) น้ำหนักปกติ ($18.5–24.9$ กก./ม²) น้ำหนักเกิน ($25.0–29.9$ กก./ม²) และอ้วน (≥ 30.0 กก./ม²) (World Health Organization, 2000) เพื่อใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2: แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) เวอร์ชันภาษาไทย ซึ่งได้รับการแปลและตรวจสอบความเที่ยงตรงแล้ว แบบสอบถาม PSQI ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ (components) รวมทั้งหมด 19 ข้อคำถามจากผู้ตอบ และอีก 5 ข้อคำถามจากผู้พักอาศัยร่วม (แต่ไม่รวมในการให้คะแนน) โดย 7 องค์ประกอบได้แก่:

1. คุณภาพการนอนหลับโดยรวม (subjective sleep quality)
2. ระยะเวลาที่ใช้ในการหลับ (sleep latency)
3. ระยะเวลาการนอน (sleep duration)
4. ประสิทธิภาพของการนอน (habitual sleep efficiency)
5. ความรบกวนระหว่างการนอน (sleep disturbances)
6. การใช้ยานอนหลับ (use of sleep medication)
7. ความง่วงหรือความผิดปกติในเวลากลางวัน (daytime dysfunction)

คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0–21 คะแนน โดยคะแนนรวมมากกว่า 5 แสดงถึงคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี (poor sleep quality)

Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) (Sitasuwan, T., 2014): แบบสอบถามภาษาไทยที่ประเมิน 7 องค์ประกอบของคุณภาพการนอนหลับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยคะแนนรวมมากกว่า 5 คะแนนแสดงถึงคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

เครื่องวัดความดันโลหิต: ใช้เครื่องวัดความดันโลหิตที่ปรับเทียบแล้ว เพื่อวัดความดันโลหิตของผู้เข้าร่วม ในการศึกษานี้ ระดับความดันโลหิตของผู้เข้าร่วมถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มตามเกณฑ์ของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2562) ได้แก่ กลุ่มที่มีความดันโลหิตสูง ซึ่งกำหนดจากค่าความดันซิสโตลิก (SBP) ตั้งแต่ 140 มม.ปรอทขึ้นไป หรือค่าความดันไดแอสโตลิก (DBP) ตั้งแต่ 90 มม.ปรอทขึ้นไป และกลุ่มที่ไม่มีความดันโลหิตสูง โดยมีค่าความดันโลหิตต่ำกว่าค่าดังกล่าว

เครื่องวัดความดันโลหิตที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นเครื่องวัดความดันโลหิตระบบดิจิตอลแบบอัตโนมัติ (Digital Automated Blood Pressure Monitor) แบบภายนอก (Non-invasive) ชนิดรัดต้นแขน โดยใช้เทคนิคการวัดแบบ Oscillometric รุ่น [ระบุรุ่นและยี่ห้อ เช่น Omron HEM-7130] ซึ่งผ่านการสอบเทียบกับเครื่องวัดความดันมาตรฐานในคลินิก เพื่อความแม่นยำในการวัด โดยหน้าจอแสดงผลเป็นตัวเลขดิจิตอลชัดเจน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถาม PSQI: ใช้เวอร์ชันที่ผ่านการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (Cronbach's alpha > 0.7) และความถูกต้องในการแปลภาษา

เครื่องวัดความดันโลหิต: เครื่องมือได้รับการปรับเทียบตามมาตรฐานก่อนเริ่มการศึกษา โดยระบุค่าที่อ่านได้จากเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ (OMRON รุ่น HEM7121)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในศึกษานี้ดำเนินการตามกระบวนการที่ชัดเจนและเป็นระบบ โดยเริ่มจากการคัดเลือกผู้เข้าร่วมที่ตรงตามเกณฑ์การศึกษา ซึ่งจะได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาอย่างละเอียด พร้อมทั้งขอให้องค์กรในแบบฟอร์มความยินยอมเพื่อยืนยันการเข้าร่วม หลังจากนั้นจะมีการเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมโดยใช้แบบสอบถามที่มีโครงสร้าง ซึ่งครอบคลุมข้อมูลด้านประชากรศาสตร์และสุขภาพ เช่น อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และประวัติครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและมีความเกี่ยวข้องกับการศึกษา โดยการเก็บข้อมูลดำเนินการบริเวณพื้นที่พักคอยในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ระหว่างที่ผู้เข้าร่วมรอรับบริการทางการแพทย์ ทั้งนี้ มีผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน ซึ่งผ่านการอบรมด้านแนวทางการให้ข้อมูล การแจกแจงแบบสอบถาม และการวัดความดันโลหิต ด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตระบบดิจิตอลแบบอัตโนมัติ (Omron HEM-7121) ชนิดรัดต้นแขน ซึ่งผ่านการสอบเทียบมาตรฐานแล้ว เพื่อให้การเก็บข้อมูลเป็นไปอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ โดยผู้ช่วยวิจัยจะให้คำแนะนำตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และเก็บรวบรวมข้อมูลเข้าสู่ระบบฐานข้อมูลของงานวิจัยอย่างเป็นระบบ ต่อมา ผู้เข้าร่วมจะได้รับการประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยใช้แบบสอบถาม Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในการประเมินคุณภาพการนอนหลับ การวัดความดันโลหิต ดำเนินการโดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ ชนิดแขน (upper-arm automated device) รุ่น OMRON HEM-7121 ซึ่งผ่านการสอบเทียบก่อนใช้งานตามมาตรฐานของโรงพยาบาล การวัดดำเนินการในห้องปรับอากาศที่สงบ โดยผู้เข้าร่วมพักอย่างน้อย 5 นาทีในท่านั่งก่อนเริ่มการวัด จากนั้นจึงวัดความดัน 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1-2 นาที โดยใช้แขนข้างเดียวกัน (แขนซ้าย) ตำแหน่งวัดระดับเดียวกับหัวใจ และใช้ค่าเฉลี่ยของ 3 ครั้งเป็นค่าความดันโลหิตสุดท้ายในการวิเคราะห์ ผู้เก็บข้อมูลได้รับการฝึกอบรมเพื่อให้มั่นใจว่าทำทางและขั้นตอนการวัดเป็นไปตามแนวทางมาตรฐานสากลของ JNC 7 และสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในศึกษานี้ดำเนินการโดยใช้โปรแกรม SPSS version 26.0 โดยมีขั้นตอนดังนี้ เริ่มจากการใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ และร้อยละ เพื่อสรุปและอธิบายลักษณะของข้อมูลเบื้องต้น ต่อมา การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรใช้การทดสอบที่เหมาะสมกับประเภทข้อมูล โดยข้อมูลเชิงหมวดหมู่จะวิเคราะห์ด้วย Chi-square

นอกจากนี้ การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณถูกนำมาใช้เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและความดันโลหิตสูง โดยปรับค่าตัวแปรร่วมที่อาจมีผลต่อความสัมพันธ์ เช่น อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย (BMI) การสูบบุหรี่ และประวัติครอบครัว กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์ที่สำคัญระหว่างตัวแปร กระบวนการนี้ช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือและความแม่นยำในการวิเคราะห์ข้อมูล

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ดำเนินการตามหลักการของปฏิญญาเฮลซิงกิและการแก้ไขเพิ่มเติมในภายหลัง ได้รับการอนุมัติทางจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมของสำนักงานคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก (หมายเลขอ้างอิง IRBTA 1369/2567) ผู้เข้าร่วมการศึกษาทุกคนได้ให้ความยินยอม และข้อมูลของผู้เข้าร่วมได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับตลอดระยะเวลาการศึกษา

ผลการวิจัย

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 246 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (59.3%) และมีอายุมากกว่า 50 ปี (63.4%) โดยมากมีสถานภาพสมรส (65.4%) และมีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.5–24.9 (57.4%) กลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่ได้รับประทานยารักษาความดันโลหิต (75.6%) และไม่มีประวัติความดันโลหิตสูงในครอบครัว (82.5%) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาตั้งแต่มัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป (50.4%) และมีรายได้มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (82.5%) โดยส่วนใหญ่ยังประกอบอาชีพอยู่ (76.0%) ไม่สูบบุหรี่ (83.7%) และไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (70.7%) มากกว่าครึ่งออกกำลังกายเป็นประจำ (53.7%) และดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน (86.6%) ผลการประเมินคุณภาพการนอนหลับพบว่าร้อยละ 65.0 ของกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี และร้อยละ 42.3 ของกลุ่มตัวอย่างมีความดันโลหิตสูง โดยพบว่าความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับเพศชาย ($p = 0.022$), อายุ > 50 ปี ($p = 0.001$), การรับประทานยาความดันโลหิตสูง ($p < 0.001$), ประวัติโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว ($p < 0.001$), รายได้ $\geq 10,000$ บาท ($p = 0.036$), การสูบบุหรี่ ($p < 0.001$), การดื่มแอลกอฮอล์ ($p < 0.001$) และคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ($p < 0.001$)

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะความดันโลหิตสูง พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับไม่ดี (Adjusted OR = 7.61, 95% CI = 3.40–16.89, $p < 0.001$), อายุ > 50 ปี (Adjusted OR = 3.45, 95% CI = 1.72–6.74, $p = 0.001$), การรับประทานยาลดความดันโลหิต (Adjusted OR = 8.28, 95% CI = 3.39–20.11, $p < 0.001$), ประวัติโรคความดันโลหิตในครอบครัว (Adjusted OR = 5.39, 95% CI = 2.16–13.29, $p < 0.001$) และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Adjusted OR = 4.01, 95% CI = 1.95–8.22, $p < 0.001$) โดยเฉพาะคุณภาพการนอนหลับไม่ดี พบว่ามีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงมากที่สุด เมื่อเทียบกับกลุ่มที่นอนหลับดี ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมสุขอนามัยการนอนหลับในประชากรกลุ่มนี้

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษา

ตัวแปร	ทั้งหมด n(%)	ระดับความดันโลหิต		P-value
		ไม่สูง n(%) 142(57.7)	สูง n(%) 104(42.3)	
เพศ				
ชาย	100(40.7)	49(34.5)	51(49.0)	0.022*
หญิง	146(59.3)	93(65.5)	53(51.0)	
อายุ (ปี)				
≤50	90(36.6)	64(45.1)	26(25.0)	0.001*
>50	156(63.4)	78(54.9)	78(75.0)	
สถานภาพ				
โสด	85(34.6)	51(35.9)	34(32.7)	0.599
สมรส	161(65.4)	91(64.1)	70(67.3)	
ดัชนีมวลกาย (BMI)				
<18.5	5(2.0)	1(0.7)	4(3.9)	0.342
18.5-24.9	140(57.4)	83(58.5)	57(55.9)	
25.0-29.9	82(33.6)	49(34.5)	33(32.4)	
≥30	17(7.0)	9(6.3)	8(7.8)	
รับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง				
มี	60(24.4)	18(12.7)	42(40.4)	<0.001*
ไม่มี	186(75.6)	124(87.3)	62(59.6)	
ประวัติโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว				
มี	43(17.5)	14(9.9)	29(27.9)	<0.001*
ไม่มี	203(82.5)	128(90.1)	75(72.1)	
ระดับการศึกษา				
ก่อนมัธยมศึกษาตอนปลาย	122(49.6)	69(48.6)	53(51.0)	0.713
มัธยมศึกษาตอนปลายเป็นต้นไป	124(50.4)	73(51.4)	51(49.0)	
รายได้				
<10000	43(17.5)	31(21.8)	12(11.5)	0.036*
≥10000	203(82.5)	111(78.2)	92(88.5)	
มีการประกอบอาชีพอยู่				
ไม่มี	59(24.0)	31(21.8)	28(26.9)	0.355
มี	187(76.0)	111(78.2)	76(73.1)	
สูบบุหรี่				
สูบ	40(16.3)	10(7.0)	30(28.8)	<0.001*
ไม่สูบ	206(83.7)	132(93.0)	74(71.2)	
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				
ดื่ม	72(29.3)	25(17.6)	47(45.2)	<0.001*
ไม่ดื่ม	174(70.7)	117(82.4)	57(54.8)	
ออกกำลังกาย				
ออกกำลังกาย	132(53.7)	80(56.3)	52(50.0)	0.325
ไม่ออกกำลังกาย	114(46.3)	62(43.7)	52(50.0)	

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษา (ต่อ)

ตัวแปร	ทั้งหมด n(%)	ระดับความดันโลหิต		P-value
		ไม่สูง n(%) 142(57.7)	สูง n(%) 104(42.3)	
ดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน				
ใช่	213(86.6)	128(90.1)	85(81.7)	0.056
ไม่ใช่	33(13.4)	14(9.9)	19(18.3)	
คุณภาพการนอนหลับ				
ดี	86(35.0)	66(46.5)	20(19.2)	<0.001*
ไม่ดี	160(65.0)	76(53.5)	84(80.8)	

คำนวณด้วยการใช้ Chi-square *p-value<0.05

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความดันโลหิตสูงโดยใช้ Crude OR และ Adjusted OR โดยใช้ สถิติการถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple Logistic Regression Analysis)

ตัวแปร	Crude OR (95% CI)	P-value	Adjusted OR (95% CI)	P-value
คุณภาพการนอนหลับไม่ดี (Ref.=คุณภาพการนอนหลับดี)	3.72 (2.08–6.65)	<0.001*	7.61 (3.40–16.89)	<0.001*
ชาย (Ref.= หญิง)	1.79 (1.06–3.02)	0.025*	–	–
อายุ >50 ปี (Ref. อายุไม่เกิน 50 ปี)	2.51 (1.46–4.19)	0.001*	3.45 (1.72–6.74)	0.001*
สถานภาพ (สมรส) (Ref.= โสด)	1.12 (0.66–1.91)	0.648	–	–
ดัชนีมวลกาย (BMI)				
<18.5 (Ref.)	–	–	–	–
18.5–24.9	0.20 (0.03–1.74)	0.145	–	–
25.0–29.9	0.19 (0.02–1.68)	0.134	–	–
≥30	0.25 (0.03–2.57)	0.230	–	–
รับประทานยาลดความดันโลหิต (Ref. ไม่ได้รับประทานยาลดความดัน)	4.75 (2.51–8.98)	<0.001*	8.28 (3.39–20.11)	<0.001*
ประวัติโรคความดันโลหิตในครอบครัว (Ref. ไม่มีประวัติโรคความดันโลหิตในครอบครัว)	3.61 (1.82–7.15)	<0.001*	5.39 (2.16–13.29)	<0.001*
จบมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป (Ref. จบการศึกษาไม่จบมัธยมปลาย)	0.95 (0.58–1.59)	0.820	–	–
รายได้มากกว่า 10,000 บาท (Ref. รายได้ไม่เกิน 10,000 บาท)	2.09 (1.01–4.31)	0.045*	–	–
มีการประกอบอาชีพอยู่ (Ref. ไม่มีอาชีพ)	0.79 (0.44–1.41)	0.388	–	–

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความดันโลหิตสูงโดยใช้ Crude OR และ Adjusted OR โดยใช้ สถิติการถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple Logistic Regression Analysis) (ต่อ)

ตัวแปร	Crude OR (95% CI)	P-value	Adjusted OR (95% CI)	P-value
สูบบุหรี่ (Ref. ไม่สูบบุหรี่)	5.29 (2.45–11.42)	<0.001*	–	–
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Ref. ไม่ดื่ม)	3.92 (2.19–7.01)	<0.001*	4.01 (1.95–8.22)	<0.001*
ออกกำลังกาย (Ref. ไม่ออกกำลังกาย)	0.82 (0.49–1.38)	0.462	–	–
ดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน (Ref. ไม่ดื่ม)	0.51 (0.24–1.08)	0.074	–	–

*p-value<0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาคุณภาพการนอนหลับไม่ดีคิดเป็นร้อยละ 65.0 และมีความชุกของความดันโลหิตสูงร้อยละ 42.3 โดยผลการวิเคราะห์พหุคูณ (multivariate analysis) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความดันโลหิตสูง ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับไม่ดี, อายุมากกว่า 50 ปี, การรับประทานยาลดความดันโลหิต, ประวัติโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะคุณภาพการนอนหลับไม่ดีมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงที่สุด (Adjusted OR = 7.61) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ในหลายประเทศที่พบว่าการนอนหลับไม่เพียงพอหรือคุณภาพการนอนหลับต่ำมีผลต่อการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติและระบบฮอร์โมน ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นอย่างเรื้อรัง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มียาอายุมากกว่า 50 ปี (Adjusted OR = 3.45) และผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Adjusted OR = 5.39) มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน สะท้อนถึงบทบาทของปัจจัยทางชีวภาพและพันธุกรรม ส่วนการรับประทานยาลดความดัน (Adjusted OR = 8.28) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับยามีแนวโน้มเป็นโรคความดันอยู่ก่อนแล้ว ขณะที่การดื่มแอลกอฮอล์ (Adjusted OR = 4.01) ยังคงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเพิ่มความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง.

การศึกษานี้ได้สำรวจความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและความดันโลหิตสูงในวัยผู้ใหญ่ พบว่าคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ซึ่งวัดโดยใช้ Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับระดับความดันโลหิตที่เพิ่มสูงขึ้น ผลลัพธ์เหล่านี้สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าซึ่งชี้ให้เห็นว่าคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้สำหรับความดันโลหิตสูง (Chen, S., 2022) (Uchmanowicz, I., 2019)

กลไกทางชีวภาพที่เชื่อมโยงคุณภาพการนอนหลับและความดันโลหิตสูงได้รับการอธิบายไว้ การนอนหลับที่ไม่ดี เช่น การตื่นกลางดึกบ่อยหรือระยะเวลาการนอนหลับที่ไม่เพียงพอ จะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกและลดการทำงานของระบบพาราซิมพาเทติก ส่งผลให้ความต้านทานหลอดเลือดเพิ่มขึ้นและระดับความดันโลหิตสูงขึ้น (Laugsand, L. E., 2014) (Kim, J., 2010) นอกจากนี้ การนอนหลับที่มีคุณภาพไม่ดีอาจรบกวนการลดระดับความดันโลหิตในช่วงกลางคืน หรือที่เรียกว่าปรากฏการณ์ “dipping” ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการฟื้นตัวของระบบหัวใจและหลอดเลือด รูปแบบความดันโลหิตที่ไม่ลดลงในช่วงกลางคืนมีความเชื่อมโยงกับความดันโลหิตสูงเรื้อรังและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด เช่น การแข็งตัวของหลอดเลือดและการหนาตัวของผนังหัวใจห้องล่างซ้าย (Sofi, F., 2014)

ผลลัพธ์ที่คล้ายกันได้รับการรายงานจากการศึกษาในประเทศต่าง ๆ ในเอเชีย ตัวอย่างเช่น การศึกษาขนาดใหญ่ในประเทศจีนพบว่าคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีเพิ่มความเสี่ยงของความดันโลหิต

สูงอย่างมีนัยสำคัญ ($OR = 1.03, p = 0.018$) (Chen, S., 2022) ในประเทศเกาหลี การวิจัยระบุว่า การนอนหลับระยะสั้น (น้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อคืน) มีความเชื่อมโยงอย่างมากกับความชุกของความดันโลหิตสูงเมื่อเทียบกับการนอนหลับ 7-8 ชั่วโมง (Laugsand, L. E., 2014) อีกการศึกษาในประเทศมาเลเซียแสดงให้เห็นว่าปัญหาการนอนหลับ เช่น การหลับยากและการตื่นบ่อยในเวลากลางคืน มีความเกี่ยวข้องกับความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้นในผู้ใหญ่วัยกลางคน (Uchmanowicz, I., 2019) การศึกษานี้ยืนยันผลลัพธ์ดังกล่าวและเน้นย้ำถึงความสำคัญของคุณภาพการนอนหลับในแง่ของการป้องกันและจัดการความดันโลหิตสูง

ปัจจัยด้านพฤติกรรมและวิถีการดำรงชีวิตยังสามารถช่วยอธิบายความเชื่อมโยงระหว่างคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีและความดันโลหิตสูงได้ คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีมักเกี่ยวข้องกับความเครียดที่เพิ่มขึ้น การออกกำลังกายลดลง และพฤติกรรมการกินที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นปัจจัยเสี่ยงของความดันโลหิตสูง (Zhan, Y., 2014) (Shan, Z., 2015) นอกจากนี้ ความผิดปกติในการนอน เช่น โรคนอนไม่หลับและภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (OSA) มีบทบาทสำคัญในความเสี่ยงนี้ การนอนไม่หลับนำไปสู่การกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกอย่างแท้จริง ในขณะที่ OSA ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนเป็นระยะและระดับความดันโลหิตที่พุ่งสูงขึ้นในระหว่างการนอน ซึ่งเพิ่มโอกาสของการเกิดความดันโลหิตสูง (Wu, H., 2019) (Bjoroy, I., 2020) การแทรกแซงที่มุ่งเป้าปัญหาการนอน เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ที่ไม่หลับ หรือการใช้เครื่อง CPAP สำหรับผู้ป่วย OSA อาจช่วยลดความเสี่ยงของความดันโลหิตสูงได้

การศึกษานี้พบว่า นอกจากคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีจะมีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับความดันโลหิตสูงแล้ว ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความดันโลหิตสูงหลังการปรับตัวแปรร่วม ได้แก่ อายุที่มากกว่า 50 ปี ผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปีมีโอกาสเกิดความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 3.39 เท่า ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่ชี้ให้เห็นว่าอายุที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างและหน้าที่ของหลอดเลือด เช่น ความแข็งตัวของหลอดเลือดและการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติที่ลดลง ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง⁴ อีกทั้ง การรับประทานยาลดความดันโลหิตยังแสดงความสัมพันธ์ที่สำคัญ โดยผู้ที่รับประทานยาที่มีความเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงสูงกว่า 8.39 เท่า ซึ่งอาจสะท้อนถึงการที่ผู้ป่วยเหล่านี้มีความดันโลหิตสูงอยู่แล้วและต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Liu, R. Q., 2016) นอกจากนี้ ประวัติความดันโลหิตสูงในครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ชัดเจน โดยเพิ่มความเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงถึง 5.47 เท่า สอดคล้องกับการวิจัยที่ชี้ว่า พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมในครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาภาวะความดันโลหิตสูง (Uchmanowicz, I., 2019) สุดท้าย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบว่ามีสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง โดยผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสเกิดความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 3.93 เท่า การค้นพบนี้สนับสนุนข้อมูลที่ระบุว่า การบริโภคแอลกอฮอล์มากเกินไปมีผลต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิตโดยการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกและการเพิ่มความแข็งตัวของหลอดเลือด (Wu, H., 2019) ปัจจัยเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงบทบาทของปัจจัยทั้งทางชีวภาพและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูง ซึ่งการจัดการปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้จะช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและปรับปรุงสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดในระยะยาว

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ การออกแบบการศึกษาเชิงตัดขวางไม่สามารถสรุปถึงสาเหตุและผลกระทบระหว่างคุณภาพการนอนหลับและความดันโลหิตสูงได้ การศึกษาติดตามในระยะยาวมีความจำเป็นในการอธิบายทิศทางของความสัมพันธ์ นอกจากนี้ การพึ่งพาข้อมูลการนอนหลับที่รายงานด้วยตนเองผ่าน PSQI อาจทำให้เกิดความลำเอียงในการจำ ซึ่งอาจส่งผลต่อความแม่นยำของข้อมูล การวิจัยในอนาคตควรพิจารณาใช้มาตรการที่เป็นวัตถุวิสัย เช่น actigraphy หรือ polysomnography เพื่อให้ได้การประเมินที่แม่นยำยิ่งขึ้น อีกทั้ง กลุ่มตัวอย่างที่จำกัดเฉพาะผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลแห่งเดียวอาจจำกัดการนำผลการศึกษานี้ไปใช้ในกลุ่มประชากรที่กว้างขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ที่อาจส่งผลกระทบต่อความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย ได้แก่ ลักษณะของการศึกษาที่เป็นแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ซึ่งไม่สามารถระบุความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างคุณภาพการนอนหลับและความดันโลหิตสูงได้อย่างแน่ชัด นอกจากนี้ การประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยใช้แบบสอบถามที่อาศัยการรายงานตนเอง (self-reported) เช่น Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) อาจมีอคติจากการจดจำหรือความต้องการตอบในทางที่สังคมยอมรับ อีกทั้งยังไม่สามารถประเมินความผิดปกติของการนอนเฉพาะด้าน เช่น ภาวะหยุดหายใจขณะหลับได้ ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งอาจมีลักษณะแตกต่างจากประชากรทั่วไป จึงอาจจำกัดความสามารถในการนำผลไปใช้กับประชากรในบริบทอื่น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยแทรกซ้อนบางประการที่ไม่ได้ถูกรวบรวม เช่น ระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า หรือการใช้ยาบางชนิดที่อาจมีผลต่อคุณภาพการนอนหลับและความดันโลหิต สุดท้าย การวัดความดันโลหิตเพียงครั้งเดียวในสถานพยาบาลอาจไม่สะท้อนถึงความดันโลหิตที่แท้จริงเมื่อเทียบกับการวัดซ้ำหลายครั้งหรือการวัดด้วยวิธี 24-hour ambulatory blood pressure monitoring.

แม้ว่าจะมีข้อจำกัด แต่การศึกษานี้ให้ข้อมูลเชิงลึกที่มีคุณค่าเกี่ยวกับการจัดการทางคลินิกและสาธารณสุข การรวมการประเมินคุณภาพการนอนหลับไว้ในกระบวนการดูแลทางคลินิก อาจช่วยระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงและช่วยให้สามารถช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที นอกจากนี้ การส่งเสริมสุขอนามัยการนอนหลับและการให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับความเสี่ยงด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี อาจช่วยลดความชุกของความดันโลหิตสูงในประชากรได้

สรุปได้ว่า การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญระหว่างคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีและความดันโลหิตสูง โดยเน้นย้ำถึงบทบาทของการนอนหลับในฐานะปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้สำหรับความดันโลหิตสูง การประเมินคุณภาพการนอนหลับในกระบวนการดูแลทางคลินิกและการจัดการปัญหาการนอนหลับ อาจช่วยลดปัญหาความดันโลหิตสูงในประเทศไทย

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในงานคลินิกเพื่อปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง โดยการประเมินคุณภาพการนอนหลับควบคู่กับการตรวจวัดความดันโลหิต การใช้แบบสอบถาม Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) ในการประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยอาจช่วยให้แพทย์สามารถระบุผู้ป่วยที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีและมีความเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิตสูงเพื่อแนะนำการแทรกแซงหรือการรักษาที่เหมาะสม นอกจากนี้ หน่วยงานสาธารณสุขยังสามารถใช้ข้อมูลจากการศึกษานี้ในการออกแบบรณรงค์หรือโครงการส่งเสริมสุขภาพที่เน้นความสำคัญของการนอนหลับที่มีคุณภาพ เพื่อช่วยลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด การส่งเสริมพฤติกรรมนอนหลับที่ดี เช่น การกำหนดเวลานอนที่สม่ำเสมอ หรือการลดสิ่งรบกวนระหว่างการนอน อาจช่วยลดความชุกของความดันโลหิตสูงในประชากรทั่วไป องค์กรด้านสุขภาพหรือชุมชนยังอาจใช้ผลการศึกษานี้เป็นแนวทางในการออกแบบโปรแกรมป้องกันโรค เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียด การสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการนอนหลับ และการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ ทั้งนี้ เพื่อปรับปรุงสุขภาพโดยรวมและลดความเสี่ยงของความดันโลหิตสูงในระยะยาวอย่างไรก็ตาม ควรตระหนักว่าการนอนหลับที่ไม่ดีเป็นเพียงหนึ่งในหลายปัจจัยที่มีผลต่อภาวะความดันโลหิตสูง ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยควรมีการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การควบคุมอาหาร ออกกำลังกายสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมความดันโลหิตและป้องกันโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องได้อย่างครอบคลุมและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไปประกอบด้วยสองประเด็นหลัก ประการแรก ควรดำเนินการศึกษาแบบ Longitudinal Study เพื่อสำรวจความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างคุณภาพการนอนหลับและความดันโลหิตสูง รวมถึงผลกระทบในระยะยาว เช่น การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เกี่ยวข้อง การศึกษาในระยะยาวจะช่วยเพิ่มความชัดเจนในทิศทางของความสัมพันธ์และสามารถระบุปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตสูงในระยะยาวได้อย่างแม่นยำ ประการที่สอง ควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมประชากรในบริบทที่หลากหลาย เช่น ประชากรในชุมชนหรือกลุ่มผู้ทำงานเป็นกะกลางคืน เพื่อเพิ่มความครอบคลุมและความสามารถในการเปรียบเทียบผลกระทบในแต่ละกลุ่ม การขยายกลุ่มตัวอย่างยังช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยและความสามารถในการนำไปปรับใช้ในบริบทที่แตกต่างกัน เช่น การวางแผนนโยบายสาธารณสุขหรือการให้คำแนะนำเชิงป้องกันในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง การดำเนินการตามข้อเสนอแนะเหล่านี้จะช่วยเพิ่มความสมบูรณ์และประโยชน์ของการวิจัยในอนาคตทั้งในเชิงวิชาการและการประยุกต์ใช้

References

- Bjoroy, I., Jørgensen, V. A., Pallesen, S., & Bjorvatn, B. (2020). The Prevalence of Insomnia Subtypes in Relation to Demographic Characteristics, Anxiety, Depression, Alcohol Consumption and Use of Hypnotics. *Frontiers in Psychology*, 24(11).
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00527>
- Chen, S., Song, X., Shi, H., Li, J., Ma, S., Chen, L., Lu, Y., Hong, C., Zhu, H., Sun, H., & Zhang, M. (2022). Association Between Sleep Quality and Hypertension in Chinese Adults: A Cross-Sectional Analysis in the Tianning Cohort. *Nature and Science of Sleep*, 28(14), 2097–2105. <https://doi.org/10.2147/NSS.S388535>
- Chobanian, A. V., Bakris, G. L., Black, H. R., Cushman, W. C., Green, L. A., Izzo, J. L., Jones, D. W., Materson, B. J., Oparil, S., Wright, J. T., & Roccella, E. J. (2003). The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: The JNC 7 report. *JAMA*, 289(19), 2560–2572.
<https://doi.org/10.1001/jama.289.19.2560>
- CHOWDHURY, A. I., GHOSH, S., HASAN, MD. F., KHANDAKAR, K. A. S., & AZAD, F. (2021). Prevalence of insomnia among university students in South Asian Region: a systematic review of studies. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 61(4), E525–E529.
<https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2020.61.4.1634>
- Gangwisch, J. E. (2014). A Review of Evidence for the Link Between Sleep Duration and Hypertension. *American Journal of Hypertension*, 27(10), 1235–1242.
<https://doi.org/10.1093/ajh/hpu071>
- Grandner, M. A., & Drummond, S. P. A. (2007). Who are the long sleepers? Towards an understanding of the mortality relationship. *Sleep Medicine Reviews*, 11(5), 341–360.
<https://doi.org/10.1016/j.smrv.2007.03.010>
- Kim, J., & Jo, I. (2010). Age-Dependent Association Between Sleep Duration and Hypertension in the Adult Korean Population. *American Journal of Hypertension*, 23(12), 1286–1291.
<https://doi.org/10.1038/ajh.2010.166>
- Laugsand, L. E., Strand, L. B., Platou, C., Vatten, L. J., & Janszky, I. (2013). Insomnia and the risk of incident heart failure: a population study. *European Heart Journal*, 35(21), 1382–1393.
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehu019>
- Li, L., Li, L., Chai, J.-X., Xiao, L., Ng, C. H., Ungvari, G. S., & Xiang, Y.-T. (2020). Prevalence of Poor Sleep Quality in Patients With Hypertension in China: A Meta-analysis of Comparative Studies and Epidemiological Surveys. *Frontiers in Psychiatry*, 11.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00591>
- Liu, R.-Q., Qian, Z., Trevathan, E., Chang, J.-J., Zelicoff, A., Hao, Y.-T., Lin, S., & Dong, G.-H. (2015). Poor sleep quality associated with high risk of hypertension and elevated blood pressure in China: results from a large population-based study. *Hypertension Research*, 39(1), 54–59. <https://doi.org/10.1038/hr.2015.98>
- Lo, K., Woo, B., Wong, M., & Tam, W. (2018). Subjective sleep quality, blood pressure, and hypertension: a meta-analysis. *The Journal of Clinical Hypertension*, 20(3), 592–605.
<https://doi.org/10.1111/jch.13220>

- Luyster, F. S., Strollo, P. J., Zee, P. C., & Walsh, J. K. (2012). Sleep: A Health Imperative. *Sleep*, 35(6), 727–734. <https://doi.org/10.5665/sleep.1846>
- Shan, Z., Ma, H., Xie, M., Yan, P., Guo, Y., Bao, W., Rong, Y., Jackson, C. L., Hu, F. B., & Liu, L. (2015). Sleep Duration and Risk of Type 2 Diabetes: A Meta-analysis of Prospective Studies. *Diabetes Care*, 38(3), 529–537. <https://doi.org/10.2337/dc14-2073>
- Sitasuwan, T., Bussaratid, S., Ruttanaumpawan, P., & Chotinaiwattarakul, W. (2014). Reliability and validity of the Thai version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet Thangphaet*, 97 Suppl 3, S57-67. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24772581/>
- Sofi, F., Cesari, F., Casini, A., Macchi, C., Abbate, R., & Gensini, G. F. (2012). Insomnia and risk of cardiovascular disease: a meta-analysis. *European Journal of Preventive Cardiology*, 21(1), 57–64. <https://doi.org/10.1177/2047487312460020>
- Uchmanowicz, I., Markiewicz, K., Uchmanowicz, B., Kołtuniuk, A., & Rosińczuk, J. (2019). The relationship between sleep disturbances and quality of life in elderly patients with hypertension. *Clinical Interventions in Aging*, 2019(14), 155–165. <https://doi.org/10.2147/cia.s188499>
- WHO Consultation on Obesity (1999: Geneva, S., & Organization, W. H. (2000). Obesity : preventing and managing the global epidemic : report of a WHO consultation. In *apps.who.int*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>
- Wu, H., Qianwen Lv, Zhang, H., Qin, Y., Fang, F., Sun, H., & Wei, Y. (2019). The reduction of apnea–hypopnea duration ameliorates endothelial dysfunction, vascular inflammation, and systemic hypertension in a rat model of obstructive sleep apnea. *Sleep & Breathing*, 23(4), 1187–1196. <https://doi.org/10.1007/s11325-019-01798-3>
- Zhan, Y., Zhang, F., Lu, L., Wang, J., Sun, Y., Ding, R., Hu, D., & Yu, J. (2014). Prevalence of dyslipidemia and its association with insomnia in a community based population in China. *BMC Public Health*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1050>

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของ
พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี
Factor Affecting to the Participation of Registered Nurse in
Nursing Service Quality Development at Hospital under Ministry
of Public Health, Prachinburi Province

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: Nov. 4, 2024

Revised: Jan. 1, 2025

Accepted: Mar. 5, 2025

Published: April 25, 2025

อัจจิมา อิ่มใจ, วรางคณา จันทร์คง, กิระพล กาละดี
สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
Ajjima Imjai, Warangkana Chankong, Kiraphol Kaladee
School of Health Science Sukhothai Thammathirat Open University

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจ และการสนับสนุนจากองค์กรของพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล 2) ระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล 3) ปัจจัยที่มีอิทธิพล ที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ ทำการศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 266 คน ได้มาจากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการประมาณค่าสัดส่วนประชากร กรณีทราบประชากร เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่มีค่าความตรงทางเนื้อหา รายข้ออยู่ระหว่างเท่ากับ 0.6 – 1 ความตรงเชิงเนื้อหาทั้งแบบสอบถามเท่ากับ 0.87 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแรงจูงใจ การสนับสนุนจากองค์กร และการมีส่วนร่วมเท่ากับ 0.92 0.93 และ 0.96 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษา พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแรงจูงใจอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.81, S.D = 0.65) และได้รับการสนับสนุนจากองค์กรอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.56, S.D = 0.64) ในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล 2) มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.43, S.D = 0.73) 3) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมได้แก่ ระดับการศึกษา (Beta = -0.105) บทบาทหน้าที่ (Beta = -0.109) การเป็นคณะกรรมการ (Beta = 0.184) แรงจูงใจ (Beta = 0.169) และการสนับสนุนจากองค์กร (Beta = 0.585) ร่วมกันทำนายการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลได้ร้อยละ 61.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($R^2 = 0.618$, $p\text{-value} < 0.05$) ดังนั้น ผู้บริหารของโรงพยาบาลควรสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพได้พัฒนาความรู้ เปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพทุกระดับในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วม, การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล, พยาบาลวิชาชีพ

Corresponding author : อัจจิมา อิ่มใจ E-mail: manow.ajj@gmail.com

Abstract

The objectives this research were to (1) identify factors related to motivation and organization support in nursing service quality development, (2) determine the level of participation in nursing service quality development, and (3) assess the influence on the participation in nursing service quality development of registered nurses (RNs) at hospitals under the Ministry of Public Health (MOPH) in Prachinburi province.

The cross-sectional study was conducted in a sample of 266 RNs at MOPH hospitals in Prachinburi. The sample size was calculated using the estimation of population proportion of a finite population method. Data were collected using a questionnaire whose content validity index was 0.87 and reliability scores of motivation, organization support and participation were 0.92, 0.93 and 0.96, respectively. The data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression analysis. The results showed that: (1) among the participants, had a high level of motivation (Mean = 3.81, S.D = 0.65) and high support from the organization (Mean = 3.56, S.D = 0.64) to develop the quality of nursing services; (2) the level of participation in nursing service quality development was high (Mean = 3.43, S.D = 0.73); and (3) the educational level (Beta = -0.105), positions (Beta = -0.109), serving on the nursing service quality development committee (Beta = 0.184), motivation factors (Beta = 0.169) and organization support (Beta = 0.585) were significantly related to the participation in nursing service quality development at 61.80% (p-value < 0.05). Therefore, hospital administrators should support RNs in developing their knowledge and provide opportunities for RNs at all levels to participate in nursing service quality development.

Keywords: Participation, Nursing Service Quality Development, Registered Nurses

Corresponding author: Ajjima Imjai E-mail: manow.ajj@gmail.com

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนพัฒนายุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) โดยมีเป้าหมายคือ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” โดยมียุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้านได้แก่ 1) การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence) 2) บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) 4) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) โดยดำเนินการในพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน พัฒนาศักยภาพ เพื่อลดความแออัดและจัดสรรทรัพยากรให้เหมาะสม (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) จากยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศในด้านต่างๆ ได้มีการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ที่ช่วยส่งเสริมให้ระบบบริการสุขภาพพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เกิดคุณภาพ ความปลอดภัยและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย โดยผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองจากองค์กรภายนอก (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2564 น.3)

งานบริการพยาบาล เป็นบริการหลักที่สำคัญของระบบสุขภาพในทุกสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข และจัดเป็นบริการเชิงวิชาชีพที่มีทฤษฎี หลักการ และองค์ความรู้เทคโนโลยีใหม่ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา การบริการพยาบาลจึงต้องมีการปรับตัว และพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ก้าวทันปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน จึงจำเป็นต้องพัฒนางานบริการพยาบาล ให้มีคุณภาพได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง และได้มีการดำเนินการตามระบบประกันคุณภาพบริการพยาบาล ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอนตามวงล้อคุณภาพ ได้แก่ 1) การกำหนดมาตรฐาน/ระบบ/แนวทาง (Plan) 2) การปฏิบัติตามมาตรฐาน (Do) 3) การวัดและการประเมินผล (Check/Study) และ 4) การแก้ไขข้อบกพร่อง/ข้อบกพร่อง (Act) และการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement) ซึ่งเป็นการกระบวนการดำเนินงานอย่างเป็นขั้นตอนต่อเนื่อง ทั้งในด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์เพื่อให้เป็นหลักประกันว่า หน่วยบริการพยาบาลและผู้บริหารพยาบาลมีการปฏิบัติหรือจัดบริการพยาบาลตามมาตรฐานอย่างสม่ำเสมอ มีการแก้ไขข้อบกพร่องและการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) จึงทำให้เห็นได้ว่า การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลต้องได้รับความร่วมมือหน่วยบริการพยาบาลและผู้บริหารพยาบาลเพื่อรักษาไว้ซึ่งระดับคุณภาพตามที่องค์กรหรือหน่วยงานคาดหวัง

การมีส่วนร่วมในงานพัฒนางานเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน ทำให้บุคลากรภายในองค์กรยอมรับแนวทางปฏิบัติ ในการแก้ปัญหามากขึ้นจึงทำให้เกิดแรงจูงใจที่พร้อมจะดำเนินการตามแผนที่วางไว้ เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการพัฒนางาน ทำให้เกิดการพัฒนาเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด (William & et al, 1999) โดยการมีส่วนร่วมตามแนวคิดของโคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1980) ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมในการในการตัดสินใจ การแสดงออกด้านความคิดเกี่ยวกับการจัดระบบหรือกำหนดระบบของโครงการ เป็นการประเมินปัญหาหรือทางเลือกที่สามารถจะเป็นไปได้ที่จะนำไปปฏิบัติเพื่อการพัฒนา โดยเป็นการประเมินสภาพที่เป็นอยู่และสาเหตุของปัญหา 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ (participation in implementation) เป็นการดำเนินงานตามโครงการและแผนงานเป็นการก่อให้เกิดความรู้สึกร่วมในการเป็นเจ้าของกิจกรรมและผลงานที่ปรากฏ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ 3) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (participation in benefit) 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ซึ่งการมีส่วนร่วมในกระบวนการเหล่านี้เป็นการเปิดโอกาสในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ตามแนวคิดของ เชอร์เมอร์ฮอร์น อันท์ และคณะ (Schermerhorn et al., 2008) ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจในการทำงาน และการสนับสนุนจากองค์กรซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคคล ตามแนวคิดของ ล็อกและลาแทม (Lock and Latham, 2002) พบว่า การตั้งเป้าหมายเป็นกระบวนการการจูงใจเพื่อให้บุคคลเกิดการ พัฒนา จัดการ หรือวิธีการไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้ และตาม

แนวคิดของ ไอเซนเบอร์เกอร์และคณะ (Eisenberger et al., 2002) กล่าวว่า การสนับสนุนเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในองค์กร ทุกระดับเป็นผู้ให้การสนับสนุนแก่ผู้ใต้บังคับบัญชาในการปฏิบัติงานเพื่อหวังให้ผู้ใต้บังคับบัญชาเกิดพฤติกรรมร่วมกันในการทำงานให้บรรลุเป้าหมาย

จังหวัดปราจีนบุรีได้มีการจัดบริการด้านสุขภาพให้กับประชาชนผ่านการดำเนินงานของโรงพยาบาลสังกัดในกระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่และครอบคลุมทุกอำเภอของจังหวัดปราจีนบุรี ซึ่งประกอบไปด้วยทั้ง 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 5 แห่ง รับผิดชอบประชากรจำนวน 418,794 คน จังหวัดปราจีนบุรีได้มีการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ที่มุ่งเน้นการทำงานร่วมกันเพื่อมุ่งเน้นการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล กำลังคนด้านการพยาบาล การบริหารการบริการพยาบาล เทคนิคปฏิบัติการพยาบาลการพัฒนาศักยภาพบุคลากร และความต้องการในการพัฒนาอื่นๆของพยาบาล เป้าหมายคือ การจัดบริการของพื้นที่ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน เชื่อมโยงกันทั้งในระดับประเทศ เขตสุขภาพ และจังหวัดให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี, 2565) แต่จากการจัดบริการพยาบาลที่ยังขาดการมีส่วนร่วมและไม่ต่อเนื่องนั้น ส่งผลทำให้ในปี 2566 พบว่า ผลการประเมินการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลภายในโรงพยาบาลเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 47.97 ซึ่งต่ำกว่าระดับที่กองการพยาบาลกำหนด ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบ ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ไม่ตรงตามความคาดหวัง (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2566)

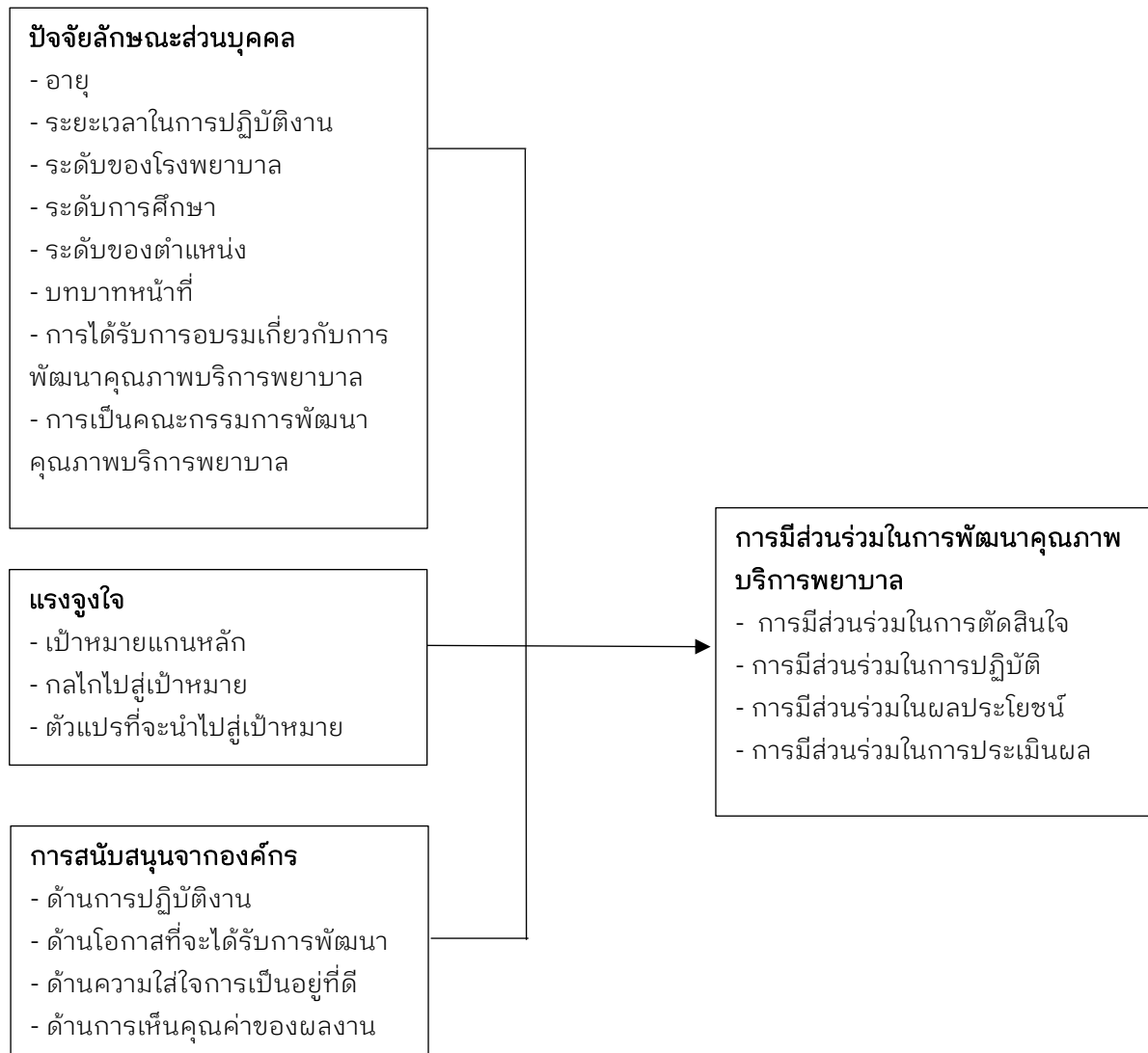
ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล และระดับการมีส่วนร่วมของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารในการวางแผน ให้การสนับสนุนและส่งเสริมบุคลากรให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล มีแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการในจังหวัด ให้บริการพยาบาลมีคุณภาพได้มาตรฐาน เป็นกลไกสำคัญในการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลและจัดบริการได้เหมาะสมตามตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการมุ่งเน้นการบริการที่เป็นเลิศ

วัตถุประสงค์งานวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจ และการสนับสนุนจากองค์กรของพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี
- 2) เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี
- 3) เพื่อศึกษาอิทธิพลปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1980) ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ 3) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมได้แก่ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลตามแนวคิดของ เชอร์เมอร์ฮอร์น อันท์ และคณะ (Schermerhorn et al., 2008) แรงจูงใจในการไปสู่ตามแนวคิดของล็อกและลาแทม (Lock and Latham, 2002) และการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร ตามแนวคิดของไอเซนเบอร์เกอร์และคณะ (Eisenberger et al., 2002) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาด้วยระเบียบวิธีการวิจัยภาพตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (cross-sectional study) เพื่อศึกษา “ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี” ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยโดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย

ระยะเวลาในการดำเนินการศึกษา

ระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2567 – 30 เมษายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี ทั้งหมดจำนวน 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลกบินทร์บุรี โรงพยาบาลนาดี โรงพยาบาลประจันตคาม โรงพยาบาลบ้านสร้าง โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ และโรงพยาบาลศรีมโหสถ จำนวน 913 คน

กลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี มีประสบการณ์ทำงานด้านการพยาบาลในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ปี มีอายุระหว่าง 23 - 60 ปี ทั้งเพศชายหรือเพศหญิง ที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดย การศึกษาครั้งนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณตัวอย่างสำหรับการประมาณค่าสัดส่วนประชากร กรณีทราบประชากร (Wayne W.D., 1995) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 266 คน ดังนี้

$$n = \frac{Np(1-p)Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + p(1-p)Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

เมื่อ

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร คือ 913 คน

Z = ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติซึ่งมีค่าสอดคล้องกับระดับนัยสำคัญที่กำหนดคือ

Z = 1.960 เมื่อ $\alpha/2 = 0.025$

d = ค่าความคาดเคลื่อนที่ยอมรับกำหนดให้เกิดขึ้นในการประมาณค่าสัดส่วนเท่ากับ 0.05

p = สัดส่วนของการเกิดการณ์มีส่วนร่วมที่สนใจ 0.42
(ไพรแก้ว ประเสริฐอุดม, 2560)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อการศึกษาในครั้งนี้ เป็นข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ด้านลักษณะส่วนบุคคล ความพยายามในการทำงาน การสนับสนุนจากองค์กร และระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล โดยกำหนดแบบสอบถาม ให้สอดคล้องกับตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล เป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิดให้เลือกตอบได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา ระดับของตำแหน่ง การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล และการเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลจำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบตามแนวคิดของการตั้งเป้าหมาย (Goal Setting Scale) ของล็อกและลาแทม (Lock and Latham, 2002) ประกอบด้วย ประกอบด้วย เป้าหมายแกนหลัก กลไกไปสู่เป้าหมาย และตัวแปรที่จะนำไปสู่เป้าหมายจำนวน 13 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนน หมายถึงเห็นด้วยมาก 3 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อย 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด และการแปลผลคะแนนดังนี้ คะแนนในระหว่าง 1.00 – 1.80 มีแรงจูงใจระดับต่ำที่สุด ช่วงคะแนนในระหว่าง 1.81 – 2.60 มีแรงจูงใจระดับต่ำ ช่วงคะแนนในระหว่าง 2.61 – 3.40 มีแรงจูงใจระดับปานกลางช่วงคะแนนในระหว่าง 3.41 – 4.20 มีแรงจูงใจระดับสูง ช่วงคะแนนในระหว่าง 4.21 – 5.00 มีแรงจูงใจระดับสูงมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนจากองค์กรในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบตามแนวคิดของไอเซ็นเบอร์เกอร์และคณะ (Eisenberger et al., 2002) ประกอบด้วย ด้านการปฏิบัติงาน ด้านโอกาสที่จะได้รับการพัฒนา ด้านความใส่ใจการเป็นอยู่ที่ดี และด้านการเห็นคุณค่าของผลงาน จำนวน 17 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมาก 3 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อย 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด และการแปลผลคะแนนดังนี้ คะแนนในระหว่าง 1.00 – 1.80 มีการสนับสนุนจากองค์กรระดับต่ำที่สุด ช่วงคะแนนในระหว่าง 1.81 – 2.60 มีการสนับสนุนจากองค์กรระดับต่ำ ช่วงคะแนนในระหว่าง 2.61 – 3.40 มีการสนับสนุนจากองค์กรระดับปานกลาง ช่วงคะแนนในระหว่าง 3.41 – 4.20 มีการสนับสนุนจากองค์กรระดับสูง ช่วงคะแนนในระหว่าง 4.21 – 5.00 มีการสนับสนุนจากองค์กรระดับสูงมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบแนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1980) ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ 3) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล จำนวน 17 ข้อเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ 5 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมมากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมมาก 3 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมน้อย 1 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมน้อยที่สุด และการแปลผลคะแนนดังนี้ คะแนนในระหว่าง 1.00 – 1.80 มีส่วนร่วมน้อยที่สุด ช่วงคะแนนในระหว่าง 1.81 – 2.60 มีส่วนร่วมน้อย ช่วงคะแนนในระหว่าง 2.61 – 3.40 มีส่วนร่วมปานกลาง ช่วงคะแนนในระหว่าง 3.41 – 4.20 มีส่วนร่วมมาก ช่วงคะแนนในระหว่าง 4.21 – 5.00 มีส่วนร่วมมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหา ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความตรง ด้วยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญทางด้านคุณภาพการพยาบาล 3 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารงาน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญทางการสร้างเครื่องมือ 1 ท่าน ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Index of Objective Congruence: IOC) มีค่าเฉลี่ย IOC ทั้งแบบสอบถามเท่ากับ 0.87 และมีค่าคะแนนรายข้ออยู่ระหว่าง 0.6 -1

การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยการนำเครื่องมือหรือแบบสอบถามที่สร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้เครื่องมือจากกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน จากนั้นนำไปวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีการหาความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ประเภทการหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแรงจูงใจ การสนับสนุนจากองค์กร และการมีส่วนร่วมเท่ากับ 0.92 0.93 และ 0.96 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประสานงานผ่านหัวหน้าพยาบาลของโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดปราจีนบุรีด้วยตนเอง โดยแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยรายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความอนุเคราะห์ให้หัวหน้าพยาบาลของแต่ละโรงพยาบาลเป็นผู้ช่วยรวบรวมแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง
2. ผู้วิจัยจัดแบบสอบถามแยกแต่ละชุดพร้อมซองสำหรับตอบกลับ โดยแบบสอบถามได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการตอบแบบสอบถามไว้อย่างละเอียด

3. กลุ่มตัวอย่างจะใช้เวลาตอบแบบสอบถามเป็นระยะเวลาประมาณ 30 นาที โดยประมาณ และกลุ่มตัวอย่างสามารถตอบแบบสอบถามได้ตามสถานที่ที่สะดวก โดยผู้วิจัยใช้เวลาแก่กลุ่มตัวอย่างเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน รวมทั้งสิ้น 55 ข้อ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จให้นำแบบสอบถามใส่ซองทึบสีน้ำตาลปิดผนึกเป็นรายบุคคล ส่งคืนที่หัวหน้าพยาบาลเป็นผู้รวบรวมและผู้วิจัยจะเป็นผู้ไปรับแบบสอบถามกลับมาด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

5.1 วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะส่วนบุคคล ด้านแรงจูงใจ ด้านการสนับสนุนจากองค์กร และระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี ด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple regression Analysis) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นเกณฑ์ยอมรับได้

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้วยเลขที่โครงการวิจัยรหัส STOUIRB2567/024.2604 และเลขที่โครงการวิจัยรหัส IRB – BHUBEJHR – 331

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 23 - 31 ปี ร้อยละ 36.80 มีอายุเฉลี่ย 37.85 ปี ระยะเวลาในการปฏิบัติงานระหว่าง 21 - 30 ปี ร้อยละ 28.20 มีระยะเวลาการทำงานเฉลี่ย 15.56 ปี และพบว่าส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์คิดเป็นร้อยละ 55.60 มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าร้อยละ 94.70 ตำแหน่งของพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่อยู่ในเป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการร้อยละ 57.50 บทบาทหน้าที่ส่วนใหญ่เป็นพยาบาล ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยร้อยละ 78.20 ส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลร้อยละ 69.90 และเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลร้อยละ 23.30

ตอนที่ 2 ระดับแรงจูงใจ การสนับสนุนจากองค์กร และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.81 , S.D. = 0.65) มีการสนับสนุนจากองค์กรในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลระดับสูง (Mean = 3.56, S.D. = 0.64) และมีการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.43, S.D. = 0.73) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแรงจูงใจ การสนับสนุนจากองค์กร และระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ (n = 266)

การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล	ระดับความคิดเห็น		
	Mean	S.D.	ระดับ
แรงจูงใจ	3.90	0.60	สูง
การสนับสนุนจากองค์กร	3.79	0.65	สูง
การมีส่วนร่วม	3.75	0.63	สูง

ตอนที่ 3 ปัจจัยที่มีผลการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ

จากการพยากรณ์ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรีด้วยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise) พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลได้แก่ การสนับสนุนจากองค์กร (Beta = 0.585) การเป็นคณะกรรมการ (Beta = 0.184) แรงจูงใจ (Beta = 0.169) บทบาทหน้าที่ (Beta = -0.109) และระดับการศึกษา (Beta = -0.105) ร่วมกันทำนายตัวแปรตามได้ร้อยละ 61.8 ($R^2 = 0.618$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value < 0.05) ตามลำดับ ตามลำดับ ตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ระดับของตำแหน่ง การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลสามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปแบบของคะแนนดิบได้ดังต่อไปนี้

การมีส่วนร่วม = 10.139 + 5.377 (คณะกรรมการ) + 0.326(แรงจูงใจ) + 0.661(การสนับสนุนจากองค์กร) - 5.780 (ปริญญาตรี) - 3.258 (พยาบาลปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย)

จากสมการ สามารถอธิบายได้ว่าตัวแปร การศึกษาระดับปริญญาตรี พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย การเป็นคณะกรรมการ แรงจูงใจ และการสนับสนุนจากองค์กร กล่าวคือ คะแนนของการเป็นคณะกรรมการเพิ่มขึ้น 1 หน่วย ในขณะที่ตัวแปรอื่นในสมการไม่เปลี่ยนแปลง คะแนนการมีส่วนร่วมจะเพิ่มขึ้น 5.377 คะแนน คะแนนของแรงจูงใจเพิ่มขึ้น 1 หน่วย ในขณะที่ตัวแปรอื่นในสมการไม่เปลี่ยนแปลง คะแนนการมีส่วนร่วมจะเพิ่มขึ้น 0.326 คะแนน คะแนนของการสนับสนุนจากองค์กร 1 หน่วย ในขณะที่ตัวแปรอื่นในสมการไม่เปลี่ยนแปลง คะแนนการมีส่วนร่วมจะเพิ่มขึ้น 0.326 คะแนน ในขณะที่คะแนนของการศึกษาระดับปริญญาตรี มีคะแนนการมีส่วนร่วมต่ำกว่าระดับการศึกษาปริญญาโทอยู่ 5.780 คะแนน และ ตำแหน่งพยาบาลปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมีคะแนนการมีส่วนร่วมต่ำกว่าหัวหน้าพยาบาลอยู่ 3.258 คะแนน

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณของตัวแปรปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรีในรูปแบบคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ของสมการถดถอยพหุคูณ (n = 266)

ตัวแปรพยากรณ์	b	SE	beta	t	p-value
การศึกษาระดับปริญญาตรี	- 5.780	2.277	-.105	-2.539	.012
พยาบาลปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย	-3.258	1.344	-.109	-2.423	.016
การเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพฯ	5.377	1.320	.184	4.073	<.001
แรงจูงใจ	.326	.089	.169	3.663	<.001
การสนับสนุนจากองค์กร	.661	.053	.585	12.546	<.001
ค่าคงที่ = 10.139, R = 0.754, $R^2 = 0.618$, Adjust $R^2 = 0.610$					

จากสมการ สามารถอธิบายได้ว่าตัวแปร การศึกษาระดับปริญญาตรี พยาบาลที่ปฏิบัติงาน ในหอผู้ป่วย การเป็นคณะกรรมการ แรงจูงใจ และการสนับสนุนจากองค์กร กล่าวคือ คะแนนของการ เป็นคณะกรรมการเพิ่มขึ้น 1 หน่วย ในขณะที่ตัวแปรอื่นในสมการไม่เปลี่ยนแปลง คะแนนการมีส่วนร่วม จะเพิ่มขึ้น 5.377 คะแนน คะแนนของแรงจูงใจเพิ่มขึ้น 1 หน่วย ในขณะที่ตัวแปรอื่นในสมการไม่ เปลี่ยนแปลง คะแนนการมีส่วนร่วมจะเพิ่มขึ้น 0.326 คะแนน คะแนนของการสนับสนุนจากองค์กร 1 หน่วย ในขณะที่ตัวแปรอื่นในสมการไม่เปลี่ยนแปลง คะแนนการมีส่วนร่วมจะเพิ่มขึ้น 0.326 คะแนน ในขณะที่คะแนนของการศึกษาระดับปริญญาตรี มีคะแนนการมีส่วนร่วมต่ำกว่าระดับการศึกษาปริญญาโทอยู่ 5.780 คะแนน และ ตำแหน่งพยาบาลปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมีคะแนนการมีส่วนร่วมต่ำกว่าหัวหน้า พยาบาลอยู่ 3.258 คะแนน

อภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลได้แก่ แรงจูงใจ และการสนับสนุนจากองค์กรที่มี ผลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ บริการพยาบาลได้แก่ ระดับการศึกษา พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย การเป็นคณะกรรมการ แรงจูงใจ และการสนับสนุนจากองค์กร โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ระดับการมีส่วนร่วม จากการศึกษพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนา คุณภาพบริการพยาบาลอยู่ในระดับสูง อภิปรายได้ว่า การกระชวนการมีส่วนร่วมทำให้บุคคลในหน่วยงาน หรือองค์กรเข้ามาดำเนินกิจกรรมร่วมกันทั้ง เพื่อปรับปรุงและพัฒนางานนำองค์กรสู่ความสำเร็จและ บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวง สาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี มีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลแล้วส่งผล ให้ผลการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด และประชาชนเกิดความพึงพอใจใน คุณภาพบริการพยาบาล นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพยังเกิดความภาคภูมิใจและรู้สึกว่าการตนเองมี ประสิทธิภาพในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล นอกจากนี้ พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมใน การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลโดยเข้าร่วมอบรมเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล การ เป็นผู้ประสานงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพรแก้ว ประเสริฐอุดม (2560) ที่พบว่าระดับการมีส่วน ร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกำแพงเพชรอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้การศึกษาศุภวิชญ์ ศิลากุลและชนิษฐา ศิลากุล (2565) พบว่าพยาบาลวิชาชีพ Generation Y มี ระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจังหวัดเขตสุขภาพที่ 9 อยู่ในระดับสูง

2. ระดับการศึกษา มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล อภิปรายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพที่ได้ว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีจบการศึกษาในระดับปริญญาตรีจะมีส่วนร่วมในการพัฒนา คุณภาพน้อยกว่าพยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาในระดับปริญญาโท ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ การดำเนินงาน พัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเป็นกระบวนการดำเนินงานที่ต้องใช้แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการ ปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทางหรือการบริหารจัดการซึ่งมีขั้นตอนที่ซับซ้อนและเฉพาะเจาะจง ซึ่งผู้ที่มี ระดับการศึกษาในระดับปริญญาโทมักจะมั่งคั่งความรู้ที่จะใช้ในการช่วยวิเคราะห์ปัญหา ออกแบบ กระบวนการอย่างเป็นระบบ สื่อสารและจัดการข้อมูลในการปรับปรุงคุณภาพและระบบการพยาบาลซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของนภัทร์ พรหมแก้ว (2561) ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการมีส่วน ร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดเพชรบุรี

3. บทบาทหน้าที่ มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล อภิปรายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรีที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมี ส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลน้อยกว่าพยาบาลวิชาชีพที่เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย และ หัวหน้าพยาบาล ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ หัวหน้าพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยมักจะมีบทบาทหน้าที่ในด้าน

การบริหารจัดการเข้าถึงทางการแพทย์และทรัพยากรต่างๆ เพื่อการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ ควบคุมกำกับคุณภาพการพยาบาล รวมทั้งวางแผน ติดตามและสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลมากกว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทั่วไป สอดคล้องกับการศึกษาของ สมปรรณดา ดาผา (2563) ที่พบว่าบทบาทของของผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่มีอิทธิพลต่อการจัดการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ และการศึกษาของจุฑาสินี สัมมานันท์ (2560) พบว่า บทบาทของผู้บริหารมีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลกรณีศึกษา โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี

4. การเป็นคณะกรรมการ มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล อภิปรายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี ที่เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลมากกว่าพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ได้เป็น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในระดับจังหวัดปราจีนบุรีในการดำเนินงานโดยมีการร่วมประชุมวางแผน กำหนดเป้าหมาย สร้างแนวทางการปฏิบัติ และประเมินผลคุณภาพบริการพยาบาลให้สอดคล้องกับ ตัวชี้วัดระดับประเทศจากโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับในจังหวัดปราจีนบุรีตาม นโยบายของกองการพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑาสินี สัมมานันท์ (2560) ที่พบว่าการ เป็นคณะกรรมการในการพัฒนาคุณภาพมีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลกรณีศึกษา โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี

5. แรงจูงใจ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี ที่มี แรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอยู่ในระดับสูงจะมีการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ บริการสูงกว่า อภิปรายได้ว่า การตั้งเป้าหมายเป็นกระบวนการการจูงใจเพื่อให้บุคคลเกิดการพัฒนา จัดการ หรือวิธีการไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้ซึ่งการที่พยาบาลวิชาชีพ มีการตั้งเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลจะเป็นแรงจูงใจที่จะให้เกิดพฤติกรรมในการเข้า ร่วมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ งานพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเป็นการ ดำเนินงานที่มีจุดประสงค์และการกำหนดผลการดำเนินงานที่ชัดเจนและท้าทาย พยาบาลวิชาชีพที่มี แรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลจะมีการกำหนดเป้าหมาย การพัฒนาตนเองหรือวิธีการ ไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์ในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นริศ รา นพคุณและสุรพงษ์ ชูเดช (2564) ที่พบว่า แรงจูงใจมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน พัฒนาคุณภาพอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & Clean ของบุคลากรโรงพยาบาลสังกัดกระทรวง สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

6. การสนับสนุนจากองค์กร พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัด ปราจีนบุรี ที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรในระดับที่สูงขึ้นจะทำให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ บริการในระดับสูงขึ้น อภิปรายได้ว่า การสนับสนุนเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในองค์กร ซึ่งเกิดจากการที่ องค์กรหรือผู้บริหารทุกระดับเป็นผู้ให้การสนับสนุนแก่ผู้ใต้บังคับบัญชาในการปฏิบัติงานเพื่อหวังให้ ผู้ใต้บังคับบัญชาเกิดพฤติกรรมร่วมกันในการทำงานให้บรรลุเป้าหมาย ทั้งนี้อาจเพราะ การสนับสนุนเป็น พฤติกรรมที่เกิดขึ้นในองค์กร ซึ่งเกิดจากการที่องค์กรหรือผู้บริหารทุกระดับเป็นผู้ให้การสนับสนุนแก่ ผู้ใต้บังคับบัญชาในการปฏิบัติงานเพื่อหวังให้ผู้ใต้บังคับบัญชาเกิดพฤติกรรมร่วมกันในการทำงานให้ บรรลุเป้าหมายสอดคล้องกับการศึกษาของ แอ็กเซล โรส (Axel Ros, 2015) การรับรู้การสนับสนุนจาก องค์กรของพยาบาล เป็นประโยชน์ต่อความเป็นอยู่และความเป็นอยู่ของพยาบาล ตลอดจนคุณภาพและ ประสิทธิภาพด้านการดูแลสุขภาพ และ อโนทัย ผลิตนันทเกียรติ และทิพย์รัตน์ แก้วศรี (2560) ที่พบว่า การสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลบางจาก จังหวัดสมุทรปราการ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารของโรงพยาบาลควรมีการส่งเสริมพยาบาลวิชาชีพได้ศึกษาในระดับการศึกษาที่สูงขึ้นเพื่อนำความรู้ความสามารถที่ได้มาพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลและนำความรู้หรือแนวทางการปฏิบัติมาถ่ายทอดในหน่วยงานเพื่อเป็นการถ่ายทอดองค์ความรู้ในเรื่องของแนวคิดและทฤษฎีในกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล นอกจากนี้ควรมีการแต่งตั้งให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลทั้งในระดับองค์กรพยาบาล และในระดับหอผู้ป่วยเพื่อเปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพในแต่ละระดับได้ใช้ศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพในวางแผน เสนอแนะและหาแนวทางการแก้ปัญหาในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลการตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง

2. ผู้บริหารของโรงพยาบาลจึงควรมีการกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลที่มีความชัดเจนและท้าทายต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ อีกทั้งควรสนับสนุนการพัฒนาความรู้ในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเพื่อให้พยาบาลมีแรงจูงใจและเกิดพฤติกรรมเข้าไปมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล

3. ผู้บริหารของโรงพยาบาล ควรมีการสนับสนุนความเป็นอยู่ของพยาบาลวิชาชีพโดยจัดสภาพแวดล้อมในการทำงานให้สะดวกสบายและปลอดภัยเอื้อต่อการมีสุขภาพดีในการทำงาน และ มีการสนับสนุนการให้คุณค่าของผลงานโดยการมอบรางวัลอย่างสมเหตุสมผลเมื่อปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลสำเร็จ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมและศึกษาประสิทธิผลในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในกลุ่มของพยาบาลวิชาชีพทุกระดับในโรงพยาบาล

2. ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพบริการพยาบาลในกลุ่มที่มีการดำเนินงานในรูปแบบการมีส่วนร่วมและในกลุ่มที่ใช้รูปแบบการดำเนินงานแบบปกติ

3. ทำการศึกษาเชิงคุณภาพศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพบริการพยาบาลในกลุ่มที่มีการดำเนินงานในรูปแบบการมีส่วนร่วมและในกลุ่มที่ใช้รูปแบบการดำเนินงานแบบปกติในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล

Reference

- Anothai Palitnonkert and Thipyarat Keawsri. (2017). Factors Relating to Participation in the Development and Hospital Accreditation of Personnel in Bangchak Hospital, Samutprakan Province. *Electronic Journal of Open and Distance Innovative Learning*, 7(1), 40-54. (in Thai)
- Axel Ros and Marianne Torner. (2017). preconditions for nurses' perceived organizational support (POS) in healthcare organizations. *Journal of Health Organization and Management*, 35(9), 281-297.
- Cris Adolfo et al.. (2020). Nurses' Attitudes toward quality improvement in hospitals: Implications for nursing management systems. *Nursing Practice Today*. 8(3): 206-215.
- Cohen, J. and Uphoff, N. (1980). Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. *World Development*, 8: 213-235.
- Eisenberger et al.. (2002) Perceived Supervisor Support: Contributions to Perceived Organizational Support and Employee Retention. *Journal of Applied Psychology*, 87: 565-573.
- Gregory M Hurtz and Kevin J. Williams. (2009). Attitudinal and Motivational Antecedents of Participation in Voluntary Employee Development Activities. *Journal of Applied Psychology*. 94(3), 635-53.
- Jutasinee Sammanan. (2017). Factors affecting hospital accreditation: a case study of hospital in Nonthaburi Province (Master's Thesis). Thammasat University. (in Thai)
- Locke, E.A., & Latham, G.P. (2002). Building a Practically Useful Theory of Goal Setting and Task Motivation: A 35-Year Odyssey. *American Psychologist*, 57(9): 705-717.
- Ministry of Public Health. (2017). 20-year national strategic plan for public health. 2nd edition .Nontaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Narissara Noppakun and Surapong Chudech. (2021)The factors affecting the participation by hospital personal in environment health development in accordabce with the "Green and Clean" hospital criteria under the Ministry of Public Health in Petchaburi Province. *KKU Journal for Public Health Research*, 14(4): 12-23. (in Thai)
- Nursing Division Ministry of Public Health . (2019). Assessment of nursing quality in Ministry of Public Health Hospital. Nonthaburi: publishing of Suetawan company limited. (in Thai)
- Nursing Division Ministry of Public Health . (2023). Nursing service quality indicator data Year 2023. Retrieved 2, 2024. <https://www.don.go.th/nis/app>. (in Thai)
- Pitaporn Ponkot. (2019). The Relationship between Participation Factors and Quality Improvement of personnel in Community Hospitals, Nong Khai Province. *Academic Journal of Community Public Health*, 6(1): 50-59. (in Thai)
- Prachinburi Provincial Public Health Office. (2023). Prachinburi Province Public Health Development Strategic Plan 2023 – 2027. Retrieved 3, 2024 <https://pri.moph.go.th/about/planyuth/>. (in Thai)
- Samattaphong Khajohnmane. (2016). The Relationship Between Five-Factor Model of Personality, Goal-Setting, Goal Commitment and Service Behavior of Registered Nurses in a Government Hospital. *Journal of Social Sciences and Humanities*, 7(3): 50-63. (in Thai)

- Sompratthana Dapha. (2020). Factors influencing quality nursing services by nurse administrators at university hospitals in the Northeast of Thailand. *Journal of Nursing Science & Health*, 43(2): 115-125. (in Thai)
- The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). (2023). Hospital and Healthcare Standards. Bangkok : K. Kuang printing. (in Thai)
- Wayne W., D. (1995). Biostatistics: A foundation of analysis in the health science (6th ed.). John Wiley & Sons.

ระบบสุขภาพทางไกลด้วยโมเดลปาล์มหิดลเพื่อผู้สูงอายุพิการในยุค COVID-19 Telehealth System in Mahidolia Healthy Model for Disabled Elderly People in COVID-19

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: May 2, 2024

Revised: Jan. 1, 2025

Accepted: Mar. 5, 2025

Published: April 25, 2025

ชลธิชา แก้วอนุชิต¹, ศุภกฤต โสภกุล²
สมาคมนวัตกรรมภาคอุตสาหกรรม กรุงเทพมหานคร¹
ที่ปรึกษาสมาคมสหพันธ์สุขภาพและสิ่งแวดล้อม ประเทศไทย²
Chonticha Kaewanuchit¹, Suphakrit Sopikul²
Industrial Innovation Association, Bangkok¹
Advisor to United Health and Environment Association of Thailand²

บทคัดย่อ

การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ส่งผลทำให้ประชากรทุกกลุ่มอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุพิการ ติดเชื้อจำนวนมากและรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต การเกิดวิกฤตของระบบสุขภาพในการรับมือกับการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ทำให้ระบบสาธารณสุขไทยมีการปรับตัวในการพัฒนานวัตกรรมใหม่ๆ ในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการนำเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาประยุกต์ใช้เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ เช่น ระบบสุขภาพทางไกล (Telehealth system) ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในสังคมวิถีใหม่ (New Normal) ซึ่งเปิดให้บริการแบบคิดค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลรัฐและเอกชนหลายแห่ง

การนำเสนอหัวข้อระบบสุขภาพทางไกลด้วยโมเดลปาล์มหิดล (Telehealth system in Mahidolia Healthy Model) เพื่อให้ผู้สูงอายุพิการซึ่งส่วนใหญ่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ ได้เข้าถึงระบบสุขภาพทางไกลที่ไม่เสียค่าใช้จ่าย ภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ พร้อมกับนำเสนอให้ผู้สูงอายุพิการเน้นการค้นหาข้อมูลความรู้ทางสุขภาพและการดูแลตนเองแบบองค์รวม ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญในการดูแลและรักษาสุขภาพอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ระบบสุขภาพทางไกล, การสาธารณสุขทางไกล, การแพทย์ทางไกล, โมเดลปาล์มหิดล, ผู้สูงอายุพิการ, โควิด-19

Corresponding author: ชลธิชา แก้วอนุชิต E-mail: sim356@yahoo.com

Abstract

The COVID-19 pandemic has affected all age groups, especially disabled elderly people, with a large number of infections and severe cases leading to death. The crisis in the health system in dealing with the COVID-19 pandemic has led the Thai public health system to adapt in developing innovations in patient care, including the application of digital technology to increase access to services, such as the telehealth system for patient care in the new normal society, which is available for a fee in many public and private hospitals.

The presentation of the establishment of a telehealth system using the Mahidolia Healthy Model to allow disabled elderly people, most of whom have economic problems, to access the free telehealth system under the national health insurance system, along with presenting disabled elderly people to focus on searching for health knowledge and holistic self-care, which is the key to sustainable health care and maintenance.

Keywords: Telehealth system, Telehealth, Telemedicine, Mahidolia Healthy Model, disabled elderly people, COVID-19

Corresponding author: Chonticha Kaewanuchit E-mail: sim356@yahoo.com

บทนำ

การอุบัติของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (Covid-19) ในปี พ.ศ.2562 ได้ส่งผลกระทบต่อประชากรโลกทุกกลุ่มอายุ และเมื่อการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ได้ทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นในอีกสองปีต่อมาคือในปี พ.ศ. 2564 พบผู้ติดเชื้อโควิด-19 ทั่วโลกเพิ่มจำนวนมากขึ้นและพบผู้ป่วยโควิด-19 เสียชีวิตอย่างมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุ สถานการณ์ความรุนแรงดังกล่าวเกิดขึ้นไม่เว้นแม้แต่ในประเทศไทย จนกระทั่งปลายเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564 พบผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 เพิ่มจำนวนมากเป็นทวีคูณและมีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว จากผลการวิจัยอัตราการติดเชื้อและความรุนแรงของโรคโควิด-19 ทั้งจากองค์การอนามัยโลก ประเทศจีน และอิตาลี พบข้อมูลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่สุดที่จะติดเชื้อรุนแรงและเสียชีวิต โดยความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีโรคร่วม เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง มีอัตราการเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 7.6-13.2 ผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป มีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 8.0-9.6 และอายุ 80 ปีขึ้นไป มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 14.8-19.0 (Mahidol University, 2021)

องค์กร CDC (Centers for Disease Control and Prevention) ในประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งเป็นประเทศที่มีการระบาดของเชื้อโควิด-19 มากที่สุดในระดับต้นๆ ของโลก พบว่าในปี ค.ศ. 2022 ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกามากกว่า 1 ใน 4 คน หรือกว่า 70 ล้านคน มีอาการฟิการ โดยผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป มีอัตราความฟิการสูงกว่าร้อยละ 43.9 เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่น และพบว่าอาการของโควิด-19 พบได้บ่อยกว่าในกลุ่มผู้ฟิการ ร้อยละ 10.8 เมื่อเทียบกับในกลุ่มที่ไม่มีความฟิการ ร้อยละ 6.6 (CDC, 2024) ในส่วนของผู้ฟิการที่ติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศสหราชอาณาจักรจากสำนักงานสถิติแห่งชาติดังกล่าว ชี้ให้เห็นว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจากโควิด-19 เกือบ 6 คนในทุกๆ 10 คน ระหว่างเดือนมกราคมถึงพฤศจิกายน ค.ศ.2020 เป็นผู้ฟิการทั้งหมด 30,296 ราย จาก 50,888 ราย จากข้อมูลชี้ให้เห็นว่าผู้ฟิการได้รับผลกระทบจากการระบาดในสัดส่วนที่สูงกว่าเมื่อเทียบกับประชากรกลุ่มอื่น ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 17.2 ของกลุ่มประชากร และสูงถึงเกือบร้อยละ 60 ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด (SDG Move centre for SDG research and support, 2021) ในขณะที่ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีนมีผู้สูงอายุมากกว่า 250 ล้านคนที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ผู้สูงอายุร้อยละ 75 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรังมากกว่าหนึ่งโรค และมีผู้ฟิการหรือทุพพลภาพบางส่วนถึงกว่า 40 ล้านคน (National Institutes of Health, 2022) และมีรายงานว่าผู้สูงอายุฟิการได้รับผลกระทบจาก COVID-19 รุนแรงกว่ากลุ่มอื่น (Zhang, Shubo & Chen, 2021) แม้ในประเทศไทยก็ไม่พบสถิติผู้ฟิการที่ติดเชื้อโควิด-19 อย่างชัดเจน มีเพียงข้อมูลจากโรงพยาบาลสนามบ้านวิทยาศาสตร์สิรินธรเพื่อคนฟิการ (กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม, 2564) ซึ่งเปิดดำเนินการตั้งแต่ 1 มิถุนายน 2564 และปิดการดำเนินการไปแล้วเมื่อวันที่ 30 กันยายน โดยตลอด 4 เดือน รายงานว่ามีผู้ฟิการติดเชื้อโควิด-19 เข้ารับการรักษาจำนวนทั้งสิ้น 650 คน อย่างไรก็ตาม เมื่อจำแนกอายุของคนฟิการ พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน 1.153 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละมากถึง 55.14 ของผู้ฟิการทั้งหมด (Mathichon online, 2021) ดังนั้น จะเห็นได้ว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ฟิการเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งจากข้อมูลทั้งหมดที่กล่าวในข้างต้นพบว่าผู้สูงอายุฟิการเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่สุดที่จะติดเชื้อโควิด-19 รุนแรงและเสียชีวิตได้

ประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2565 (ค.ศ.2022) กล่าวคือเป็นสังคมที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุหรือประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขทำให้ประชากรมีช่วงอายุที่ยืนยาวมากขึ้น ขณะที่สัดส่วนของอัตราการเกิดและจำนวนประชากรในวัยทำงานลดน้อยลง (Foundation of Thai Gerontology

Research and Development institute, 2020) และเมื่อพิจารณาสถานการณ์คนพิการที่เป็นผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า จากรายงานข้อมูลสถิติของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ประเทศไทย พ.ศ.2563 ระบุว่า ปัจจุบันจำนวนประชากรในประเทศไทย 66.18 ล้านคน มีจำนวน "คนพิการ" 2,076,313 คน โดยเป็นคนพิการเพศชายมากกว่าคนพิการเพศหญิง โดยมีคนพิการอยู่ในภาคตะวันออกเฉียเหนือ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ และกรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 39.93, 22.01, 20.82, 12.30 และ 4.64 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาคนพิการอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 54.80 (ของจำนวนคนพิการทั้งหมด) และพบว่าผู้สูงอายุที่พิการจะมีปัญหาทางด้านการจัดการเคลื่อนไหวมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 56.03 (Department of Empowerment of Persons with Disabilities, 2020) สอดคล้องกับข้อมูลจากองค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย (2566) พบว่าในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีผู้พิการประมาณ 4.19 ล้านคน หรือร้อยละ 6.0 ของประชากรทั่วประเทศ โดยส่วนใหญ่ของผู้พิการมีความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ คือ ความลำบากในการเคลื่อนไหว ได้แก่ การเดิน การเคลื่อนไหวแขนและนิ้ว และการลุกจากการนอนเป็นท่านั่ง เป็นต้น และมีลักษณะความบกพร่องร่วมด้วย คิดเป็นร้อยละ 2.7 (1.91 ล้านคน) และปัจจุบันประเทศไทยมีฐานประชากรส่วนใหญ่เป็นสังคมสูงวัย โดยพบว่าผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มีความพิการ จำนวน 2.66 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 20.1 ของผู้สูงอายุทั่วประเทศ หรือมากกว่า 3 ใน 5 (ร้อยละ 63.5) ของผู้พิการทั้งหมด นอกจากนี้องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย (2566) ยังมีรายงานว่าผู้พิการที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนคนพิการมีมากกว่าครึ่งถึงร้อยละ 57.4 เนื่องจากไม่ต้องการขึ้นทะเบียน และไม่คิดว่าตนเองพิการ

ผู้สูงอายุจะเป็นกลุ่มที่มีความลำบากหรือปัญหาสุขภาพตามวัยที่สูงขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมถอยลงโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุพิการซึ่งมีความบกพร่องและปัญหาทางด้านการจำกัดทางการเคลื่อนไหวมากกว่าผู้สูงอายุโดยทั่วไป ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุพิการเสี่ยงติดเชื้อโควิด-19 ได้ง่ายกว่าและอาจมีอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้มากกว่าผู้สูงอายุโดยทั่วไป จากการสำรวจผลกระทบการระบาดของเชื้อไวรัส Covid-19 ต่อประชากรผู้สูงอายุไทยที่ดำเนินการในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 พบว่าในด้านสุขภาพ ร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุรายงานว่ามีความสุขแยกลงในช่วง COVID-19 อาจเนื่องมาจากไม่ได้ไปพบแพทย์ตามนัด มีความวิตกกังวล ไม่มีความสุข และยังพบว่าเชื้อไวรัส Covid-19 มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมากด้วย ไม่ว่าจะเป็นผู้ติดเชื้อหรือไม่ก็ตาม เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มคนที่มีความเปราะบางทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ (มหาวิทยาลัยมหิดล, 2564) ด้วยความสูงวัยและมีความพิการจึงทำให้เป็นอุปสรรคอย่างยิ่งในการเดินทางไปโรงพยาบาล รวมทั้งไม่สามารถเข้ารับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสม ทำให้ได้รับการดูแลเยียวยาไม่ทันต่อภาวะความเจ็บป่วย แม้ว่าในปัจจุบันระบบบริการสาธารณสุขมีการปรับเพื่อเข้าสู่โลกดิจิทัลหลังจากมีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค Covid-19 จึงเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่ผลักดันให้ทุกหน่วยงานทางสาธารณสุขเกิดการตื่นตัว มีการปรับกลยุทธ์ในการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยการนำเทคโนโลยีต่าง ๆ มาประกอบการให้บริการได้อย่างรวดเร็ว และสอดคล้องตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม เช่น การใช้หุ่นยนต์และระบบอัตโนมัติ การปฏิบัติงานทางไกล รวมถึงการให้คำปรึกษาออนไลน์ เป็นต้น จะยิ่งทำให้เพิ่มประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการปรับระบบการจัดบริการทางสาธารณสุขอย่างหลากหลาย เพื่อสามารถควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 แต่ก็ยังพบการกลายพันธุ์ของเชือดังกล่าว ส่งผลต่อสูญเสียชีวิต ในประเทศไทยพบผู้เสียชีวิตที่เป็นผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุพิการ คนพิการ และกลุ่มเปราะบางพบการเสียชีวิตมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ด้วย (Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute, 2020) ดังนั้น จึงน่าสนใจอย่างยิ่งว่าการขาดโอกาสและข้อจำกัด

ทางวัยสูงอายุพิการซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีทุนทางสังคมและเศรษฐกิจต่ำกว่ากลุ่มอื่น จะสามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขได้อย่างรวดเร็วและสะดวกเพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้อย่างยั่งยืนและเสมอภาคกับประชากรกลุ่มอื่นในสังคมได้อย่างไร

เมื่อกล่าวถึงความก้าวหน้าของระบบบริการสาธารณสุขกับการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 (Covid-19) พบว่า กระทรวงสาธารณสุขได้ยึดหลักการให้บริการทางสุขภาพตามค่านิยมสุขภาพขององค์การอนามัยโลก หน้าที่ระบบสุขภาพจึงมิใช่แค่การรักษาพยาบาลเมื่อยามเจ็บป่วยไขเท่านั้น แต่มุ่งหวังให้ประชาชนมีสุขภาพกายและจิตที่ดี ผ่านกระบวนการเสริมสร้างสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรคฟื้นฟูการทำงานของร่างกาย และกระบวนการสร้างความแข็งแกร่งและความพร้อมของการสาธารณสุขในการรับมือโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและภัยพิบัติ ดังนั้น การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา COVID-19 รัฐบาลจึงได้ออกมาตรการด้านสาธารณสุขที่เข้มข้นในการดูแลประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ดังกล่าว จนติดอันดับประเทศที่มีระบบสาธารณสุขดีอันดับต้นๆของโลก ดังจะเห็นได้จากการได้รับการยกย่องจากมหาวิทยาลัย จอห์น ฮอปกินส์ (John Hopkin University) ประเทศสหรัฐอเมริกา และองค์กร Nuclear Threat Initiative ซึ่งรายงานดัชนีความมั่นคงทางด้านสุขภาพ (2019 Global Health Security Index) ว่าประเทศไทยได้รับการจัดอันดับเป็นที่ 1 ของเอเชีย และอยู่อันดับที่ 6 ของโลก พร้อมทั้งได้รับการยกย่องว่าเป็น 1 ใน 13 ประเทศที่มีความพร้อมในการรับมือกับโรคระบาดมากที่สุด (Nirattisa & Kampangkeaw, 2021) รวมถึงได้รับการยกย่องว่ามีระบบสุขภาพดีที่สุดในอาเซียนจากนิตยสาร CEOWORLD ของสหรัฐอเมริกาจัดอันดับประเทศที่มีระบบสุขภาพดีที่สุดในโลกประจำปี 2562 (Thairathh online, 2020) แม้ว่าสถานการณ์ดังกล่าวได้สร้างความหวาดกลัวและความเดือดร้อนให้แก่ประชาชนเป็นอย่างมาก ซึ่งเป็นความจริงที่ไม่อาจปฏิเสธได้จากข่าวสื่อช่องทางต่างๆ ที่รายงานแจ้งข่าวการเสียชีวิตที่บ้านโดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้พิการโดยที่ยังไม่ได้รับการรักษา การเรียกร้องหาสถานพยาบาลเพื่อเข้ารับการรักษา การเรียกร้องการตรวจหาเชื้อโควิด-19 หรือการเรียกร้องการฉีดวัคซีน จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้อาจมีการตั้งคำถามว่า “เกิดอะไรขึ้นกับระบบสาธารณสุขของประเทศไทย?” ที่ได้ขึ้นชื่อว่าติดอันดับประเทศที่มีระบบสาธารณสุขดีอันดับต้น ๆ ของโลก จึงเป็นประเด็นที่สามารถอธิบายให้เข้าใจได้ว่า สถานการณ์ของการระบาดของเชื้อโควิด-19 เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงที่มีการปรับตัวจากการระบาดของอย่างรุนแรงของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่จนสามารถควบคุมให้อัตราการเสียชีวิตของประชาชนค่อย ๆ ลดน้อยลงในระยะเวลาต่อมา ประชาชนสามารถเข้าถึงการรักษาได้มากขึ้น สถานพยาบาลมีเพิ่มมากขึ้นทำให้ประชาชนมีทางเลือกในการรักษาที่มากขึ้นตามความเหมาะสมของตนเอง

ดังนั้น จะเห็นได้ว่า การอุบัติของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ครั้งนี้ ทำให้เกิดการปรับตัวครั้งสำคัญของระบบสาธารณสุขไทยจึงมีการคิดนอกรอบเพื่อการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโดยมีการทำโรงพยาบาลสนาม การพัฒนานวัตกรรมใหม่ๆ ในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการนำเทคโนโลยีเข้ามาประยุกต์ใช้เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ เช่น การจัดทำระบบสุขภาพทางไกลในระบบ Telehealth และการรักษาแบบ Telemedicine เป็นต้น รวมกับประชากรจะต้องมีการปรับตัวในการดำรงชีวิตแบบวิถีชีวิตใหม่ (New Normal) ด้วย และการปรับตัวครั้งนี้ทำให้ระบบการให้บริการสาธารณสุขของประเทศไทยมีการพัฒนาอย่างก้าวกระโดด ไม่ว่าจะเป็นด้านกำลังบุคลากรทางการแพทย์ ด้านการนำเทคโนโลยีต่าง ๆ มาสนับสนุนการให้บริการทางสุขภาพ จนกระทั่งมีมาตรฐานทัดเทียมกับนานาประเทศ ดังจะเห็นได้จากการจัดอันดับของ The International Healthcare Research Center (IHRC) แสดงว่า อุตสาหกรรมท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของไทยติดอันดับ 6 ของโลก และมีนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จากประเทศต่างๆ ทั่วโลกมากถึงร้อยละ 38 ของภูมิภาคเอเชีย ซึ่งทำให้ประเทศไทยมีนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เป็น

อันดับหนึ่งของเอเชีย ด้วยเหตุผลที่ว่า ค่ารักษาพยาบาลที่ถูกกว่าและดีกว่า จำนวนโรงพยาบาลที่มีมาตรฐานมากที่สุดในภูมิภาคเอเชีย รวมทั้งการสนับสนุนของภาครัฐและ EEC ที่ช่วยผลักดันไทยเข้าสู่ Medical hub ของโลก (Mango Zero Team, 2018) แต่นั่นมิได้หมายรวมถึงกลุ่มเปราะบางทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุพิการซึ่งส่วนใหญ่มีฐานะยากจนและเป็นกลุ่มเปราะบางของสังคมที่มักจะถูก ลืมจากภาครัฐ ยิ่งสะท้อนให้เห็นภาพของการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ที่ได้ก่อให้เกิดความไม่เสมอภาคทางสุขภาพชัดเจนมากขึ้น และลดทอนคุณค่าความเป็นมนุษย์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มสูงอายุ พิการให้ด้อยค่าในสังคมมากยิ่งขึ้นไปอีก

วัตถุประสงค์

บทความนี้มีจุดประสงค์ในการนำเสนอระบบสุขภาพทางไกลด้วยโมเดลปลายทางมิชลีเพื่อ ผู้สูงอายุพิการในยุค COVID-19 ใช้เป็นต้นแบบแนวทางการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขทางไกลแบบ ไม่มีค่าใช้จ่าย และให้ผู้สูงอายุพิการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและดูแลตนเองอย่างเป็นองค์รวม สอดคล้องกับ การเปลี่ยนแปลงสู่สถานะชีวิตวิถีใหม่ (New normal)

ระบบสุขภาพทางไกลกับผู้สูงอายุพิการ

ความเหลื่อมล้ำและการมีข้อจำกัดในการเข้าถึงระบบสุขภาพของผู้สูงอายุพิการ คือ กระจกสะท้อนปัญหาอย่างหนึ่งในด้านสาธารณสุขของไทย ในยุคที่เทคโนโลยีก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว โทรศัพท์มือถือได้กลายเป็นเครื่องมือสำคัญติดตัวคนทุกกลุ่มเพศวัยไม่เว้นกระทั่งผู้สูงอายุพิการก็ได้ใช้ โทรศัพท์มือถือเป็นเครื่องมือในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพทางไกล ซึ่งระบบดังกล่าวได้เข้ามามี บทบาทและเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการให้บริการด้านสาธารณสุขในปัจจุบัน โดยเฉพาะในสถานการณ์ ที่เกิดการแพร่ระบาดของโรคระบาดของ COVID-19 เพื่อช่วยอำนวยความสะดวกสบายให้ผู้ป่วยสูงอายุ พิการหรือผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกล ไม่สะดวกเดินทางเข้ามารับบริการตรวจรักษาด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วย สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ง่าย สะดวกขึ้น ลดการเดินทาง ลดความแออัดในการรอคอย ลด การได้รับการแพร่กระจายจากเชื้อโรค ลดภาระของระบบสุขภาพโดยลดการรับการรักษาซ้ำซ้อนและ การเข้ารับบริการที่ไม่จำเป็นในโรงพยาบาลหรือคลินิก ในระบบสุขภาพทางไกลนั้นจะเห็นว่าการ แลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการสามารถทำได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นประโยชน์ที่ สำคัญในการดูแลผู้รับบริการที่มีข้อจำกัดต่าง ๆ หรืออยู่ในพื้นที่ที่ยากต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ

สำหรับรูปแบบการบริการฟื้นฟูเพื่อให้คนพิการและผู้สูงอายุที่พิการได้มีการพัฒนารูปแบบการ สถานพยาบาลเกิดขึ้นในยุคโควิด-19 ของช่วงปี พ.ศ. 2563 โดยมีกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับภาคี เครือข่ายสุขภาพ ซึ่งได้มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลในการปรับรูปแบบบริการฟื้นฟู เพื่อให้คนพิการที่ป่วย และผู้สูงอายุที่พิการ โดยมีสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ แห่งชาติ กรมการแพทย์ ร่วมกับ ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย สภา กายภาพบำบัด สมาคมนักกิจกรรมบำบัด/อาชีพบำบัดแห่งประเทศไทย สมาคมโสตสัมผัสวิทยาและการ แก้ไขการพูดแห่งประเทศไทย สมาคมกายอุปกรณ์ไทย ผู้แทนโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานประกันสังคม ร่วมมือจัดทำแนวทางปฏิบัติการ สำหรับสถานพยาบาลในการปรับรูปแบบบริการฟื้นฟูในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 โดยให้ สถานพยาบาลแต่ละพื้นที่ได้นำไปประยุกต์ใช้ตามความเหมาะสมของสถานพยาบาลนั้นๆ โดยมีแนวทาง ในการปฏิบัติ ประกอบด้วย (The Royal College of Psychiatrists of Thailand, 2021)

1. การใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการคัดกรองผู้ป่วยสูงอายุและพิการก่อนมาถึงโรงพยาบาล และก่อนเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับกลุ่มดังกล่าว

2. การจัดกลุ่ม คัดแยก จัดลำดับความสำคัญของผู้ป่วยสูงอายุและพิการนั้นต้องมีการประเมินความจำเป็นของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ซึ่งต้องมีการแบ่งเป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูที่สถานพยาบาลมาก่อน กรณีผู้ที่มีโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 6 เดือนแรก ผู้ป่วยมีอาการปวดรุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อน และกลุ่มผู้สูงอายุโรคกระดูกและกล้ามเนื้อที่อาการไม่เปลี่ยนแปลง ต้องการเข้ามารับบริการของสถานพยาบาลในระดับต่างๆ นั้นยังไม่มีผลจำเป็นต้องมาสถานพยาบาล

3. สำหรับผู้มีความเสี่ยงเช่นผู้สูงอายุและพิการมีปัญหาการกลืนและการขับเสมหะ ต้องมีการคัดกรองโดยการตรวจหาเชื้อโควิด-19 ด้วย

4. สำหรับในด้านการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมในสถานพยาบาลนั้น เช่น การระบายอากาศ การจัดระยะห่างของที่นั่งรอคอย/ เติียงบำบัดห่างกันอย่างน้อย 1-2 เมตร ความสะอาดของอุปกรณ์อาคารสถานที่ เป็นต้น ต้องจัดให้มีความเหมาะสม

5. มีการใช้อุปกรณ์และระบบสุขภาพทางไกล ที่เรียกว่า AMED Telehealth เข้ามาช่วยโดยจัดให้มีต้นแบบโรงพยาบาลสนามโควิด-19 เพื่อคนพิการ (Lohanchun, 2021) เช่น การให้ทีมแพทย์พยาบาลสามารถติดตามอาการผู้ป่วยผ่านระบบกล้องวงจรปิดในพื้นที่นอกห้องพักและภายในห้องกรณีผู้ป่วยคนพิการโดยมีการใช้อุปกรณ์และระบบสุขภาพทางไกลร่วมกับพิจารณาใช้กล้องวงจรปิดภายในห้องพัก การใช้ระบบสื่อสารผ่านล่ามภาษามือทางไกลในผู้ป่วยสูงอายุและพิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย การใช้ทีมสหวิชาชีพเพื่อช่วยในการให้การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและติดตามอาการผู้ป่วยรายวันผ่านระบบสุขภาพทางไกล การประสานความร่วมมือให้การช่วยเหลือเยียวยา และดูแลอย่างต่อเนื่องกับหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

6. การให้บริการทางด้านสาธารณสุขจำเป็นต้องใช้ระบบสุขภาพทางไกลเข้ามาช่วยสนับสนุนการจัดบริการทางด้านสาธารณสุขในยุคโควิด-19 ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของการนัดหมายล่วงหน้าโดยมีการเพิ่มรูปแบบบริการฟื้นฟูให้หลากหลายมากขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุพิการสามารถเข้าถึงการใช้บริการในทางด้านสาธารณสุขได้ในยุคโควิด-19 และจากงานวิจัยพบว่า ในต่างประเทศมีการใช้ระบบสุขภาพทางไกลเข้ามาดูแลผู้ป่วยกลุ่มผู้พิการในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ด้วยเช่นกัน (Friedman & Vanpuymbrouck, 2021)

ปัจจุบันระบบสุขภาพทางไกลมีบทบาทอย่างมาก โรงพยาบาลหลายแห่งมีการนำเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่าง Telemedicine และ Telehealth มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วยที่ไม่ต้องการเดินทางมาที่โรงพยาบาลแต่สามารถพบและปรึกษาอาการป่วยได้เสมือนกับได้พบแพทย์จริง ๆ ที่โรงพยาบาล หรือในกลุ่มผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวไม่สะดวก เฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุพิการ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program) หรือ HITAP ได้ทำโครงการวิจัยภายใต้ความร่วมมือระหว่างองค์การอนามัยโลกและรัฐบาลไทย (WHO-CCS) ทำการศึกษากรณีของโรงพยาบาลในประเทศไทย 10 แห่ง และทำการวิเคราะห์ข้อมูลการรับบริการการแพทย์ทางไกล โดยใช้ข้อมูลของโรงพยาบาล 4 แห่งจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มคนที่ใช้บริการ telemedicine มีอายุเฉลี่ย 47-60 ปี เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร และ สุธาญรัตน์ ช่วงเวลาที่มีการใช้ Telemedicine สูงสุดคือ ช่วงที่มีการระบาดของ COVID-19 ทั้ง alpha wave delta wave และ omicron wave ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ Telemedicine จำนวน 1 ครั้ง พบการใช้งานสูงสุดในโรงพยาบาลเฉพาะทาง พบการใช้บริการมากกว่า 5 ครั้ง (QualityTheStory, 2024)

ส่วนใหญ่เราจะคุ้นเคยกับคำว่า Telemedicine อย่างไรก็ตาม ความเหมือนและความแตกต่างระหว่าง Telemedicine (การบริการการแพทย์ทางไกล) และ Telehealth (การสาธารณสุขทางไกลหรือสุขภาพทางไกล) มีประเด็นที่น่าสนใจศึกษา ดังต่อไปนี้

Telemedicine หรือ โทรเวชกรรม เป็นการรักษาระยะสั้นด้วยการแพทย์ทางไกล (Bedrock, 2024) องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามไว้ว่า คือการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนโดยบุคลากรทางการแพทย์ ผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร โดยเน้นที่ระยะทางสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล เดินทางลำบาก ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เช่น วิดีโอคอล, โทรศัพท์ หรือข้อความ การแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ต้องการ เพื่อวัตถุประสงค์ในการวินิจฉัย รักษาและป้องกันโรค รวมถึงส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ทั้งในระดับบุคคลและชุมชน รูปแบบของ telemedicine มีการแบ่งได้หลายรูปแบบ ได้แก่ แบ่งตามกระบวนการทำงาน คือ 1) การจัดเก็บและส่งข้อมูลทางไกล (store and forward) 2) บริการแบบโต้ตอบ (interactive services) และ 3) การติดตามผู้ป่วยทางไกล (remote client/patient monitoring) หรือ telemonitoring ยังมีการแบ่งรูปแบบของ telemedicine ตามบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กัน ได้แก่ client-to-provider telemedicine และ provider-to-provider telemedicine องค์การอนามัยโลกแนะนำแนวทางการทำ telemedicine สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาในการเข้าถึงข้อมูลหรือปัญหาในการสื่อสาร เช่น กลุ่มผู้ป่วยหูหนวก, ตาบอด กลุ่ม learning disorder ด้วย (QualityTheStory, 2024) ในปัจจุบัน Telemedicine เป็นที่นิยมในการดูแลรักษาโรคต่าง ๆ โดยการปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นอาการเบื้องต้นที่ไม่รุนแรงหรือสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวที่ต้องการปรึกษาหรือติดตามผลการรักษา (Allwell, 2021) ในประเทศไทยก็มีการนำระบบ Telemedicine มาใช้ เช่น โรงพยาบาลสมิติเวช ให้บริการ Telemedicine ผ่านแอปพลิเคชัน Samitivej Plus , เว็บไซต์สมิติเวชออนไลน์ และไลน์ @Samitivej โดยให้ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ สามารถพูดคุยตอบโต้กันได้แบบ Real-time ได้ทุกเวลาตลอด 24 ชั่วโมง ในขณะที่โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ ทำแอปพลิเคชันที่ชื่อว่า “Raksa-ป่วยทุก รักษา” บริการให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพจากทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ โดยคิดค่าบริการ 2 รูปแบบ คือ โทรศัพท์ หรือ video call นอกจากนี้ยังมีโรงพยาบาลอวลิค จังหวัดกระบี่ เป็นระบบ Video conference ผ่านสัญญาณโทรศัพท์และระบบอินเทอร์เน็ตของการสื่อสารแห่งประเทศไทยในการส่งข้อมูลผู้ป่วยและโรงพยาบาลแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ใช้ระบบ Video conference ผ่านดาวเทียม นอกจากนี้ ในเว็บไซต์ของ QualityTheStory (2024) ยังตัวอย่างกรณีศึกษาของโรงพยาบาลวชิรพยาบาลว่ามีให้บริการการรักษาพยาบาลระบบโทรเวชกรรม (telemedicine) โดยผ่านแอปพลิเคชัน Vajira@Home

สำหรับ Telehealth หรือการสาธารณสุขทางไกล หรือบางที่อาจเรียกว่าสุขภาพทางไกลนั้น เป็นการรักษาระยะยาว ด้วยการนำบริการสาธารณสุขต่างๆ ที่ขยายขอบข่ายมากกว่ามุ่งแต่เฉพาะด้านการรักษาเพียงอย่างเดียวไปสู่ประชาชนผ่านช่องทางสื่อสารโทรคมนาคมชนิดต่างๆ ซึ่งครอบคลุมบริการดูแลสุขภาพทางไกลที่หลากหลาย นอกเหนือจากการดูแลทางคลินิก รวมถึงบริการทั้งทางคลินิกและไม่ใช่ทางคลินิกที่ใช้เทคโนโลยีเพื่อให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ การศึกษา การติดตาม และการสนับสนุน Telehealth ครอบคลุมกิจกรรมต่างๆ เช่น การติดตามผู้ป่วยระยะไกล (การติดตามสัญญาณชีพและข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยจากระยะไกล) การให้ความรู้ด้านสุขภาพผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัล และด้านการบริหาร เช่น การจัดการเวชระเบียนและการนัดหมายผ่านระบบออนไลน์ (Pro Health Ware, 2023) ในประเทศไทยมีตัวอย่างของในโรงพยาบาลธนบุรี ที่ใช้ Telehealth ในรูปแบบของคือสภากวัดสัญญาณชีพอัจฉริยะ ซึ่งช่วยปรับปรุงขั้นตอนการวัดสัญญาณชีพให้ง่ายขึ้น แบ่งเป็นสามขั้นตอนง่ายๆ และเชื่อมต่อบุคคล ชุมชน และโรงพยาบาลเข้าด้วยกันด้วย PHR ทำให้โรงพยาบาลสามารถจัดการสุขภาพรายบุคคลได้โดยใช้การแสดงผลภาพการวิเคราะห์ข้อมูลสัญญาณชีพจากระบบคลาวด์ของโรงพยาบาล และเครื่องตรวจวัดสัญญาณชีพ ยังช่วยลดภาระงานวัดสัญญาณชีพของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นปรับปรุงประสบการณ์การรอของผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ช่วยให้โรงพยาบาลธนบุรีสามารถดูแลสุขภาพผู้ใช้บริการแบบองค์รวมได้มากขึ้น (Imedtac, 2023)

ข้อแตกต่างที่สำคัญตามที่ Imedtac (2023) ได้ระบุไว้คือ telemedicine ใช้เทคโนโลยีโทรคมนาคมและวิธีการต่างๆ เพื่อให้คำปรึกษาหรือการรักษาแบบระยะสั้นแก่ผู้ป่วย ในขณะที่ telehealth จะให้แผนการรักษาระยะยาวโดยใช้วิธีการต่าง ๆ ของ telemedicine เพื่อดูแลและส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย กล่าวอีกนัยหนึ่ง เนื่องจาก telehealth เป็นแผนการรักษาระยะยาวโดยมีบุคลากรทางสาธารณสุขหลายฝ่ายเกี่ยวข้องด้วย จึงเหมาะสำหรับการรักษาโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ด้วยการรักษาเพียงครั้งเดียว ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจะได้รับการรักษาทางการแพทย์ที่ปลอดภัยและสม่ำเสมอมากขึ้น และเป็นการตรวจสุขภาพระยะยาว แบบเคลื่อนย้ายได้ ซึ่งนับเป็นการปฏิบัติทางสาธารณสุขอย่างหนึ่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่พิการหรือมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีวิธีที่ปลอดภัยในการรับการดูแลและการตรวจสุขภาพเพื่อติดตามอาการป่วยเรื้อรัง โดยแพทย์สามารถติดตามตรวจสุขภาพผู้ป่วยเป็นระยะในขณะที่ยังอยู่ภายในบ้านของตนเอง ข้อสังเกตจะเห็นได้ว่า Telehealth เป็นระบบสุขภาพทางไกลที่กว้างกว่า telemedicine เนื่องจาก Telemedicine เน้นแพทย์รักษาผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยี ก็คือการใช้ผู้ป่วยสามารถพบแพทย์โดยไม่ต้องไปโรงพยาบาล แต่ Telehealth ใช้ในความหมายที่กว้างกว่าครอบคลุมการดูแลสุขภาพ บริการทางการแพทย์และการให้บริการทางสาธารณสุขทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นการปรึกษา การวินิจฉัย การรักษา การเฝ้าระวัง การติดตาม การดูแลสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ การแจ้งเตือน การนัดหมาย รวมไปถึงการให้ความรู้ ซึ่งบุคลากรที่เกี่ยวข้องก็จะมีมากกว่า ไม่เพียงเฉพาะแพทย์เท่านั้น แต่ยังรวมถึงนักสาธารณสุข เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ ด้วย (Bedrock, 2024) หรือกล่าวได้ว่า Telemedicine ทุกรูปแบบเป็นส่วนหนึ่งของ Telehealth (Pro Health Ware, 2023) ดังนั้น Telemedicine ก็คือส่วนหนึ่งที่แตกแขนงออกมาจากระบบ Telehealth นั่นเอง

สรุปกล่าวได้ว่า ทั้ง Telemedicine และ Telehealth เปรียบได้กับการเข้ามาเปลี่ยนทิศทางการกระแสน้ำในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ หลังการแพร่ระบาดของเชื้อโควิดและหลังจากที่กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายประกาศให้โรงพยาบาลทุกแห่งใช้การแพทย์ทางไกล อย่างไรก็ตาม ระบบสุขภาพทางไกลก็ไม่เหมาะสมกับความเจ็บป่วยแบบฉุกเฉินเร่งด่วนหรือฉุกเฉินถึงชีวิต รวมถึงความเจ็บป่วยบางอย่างที่จำเป็นต้องมีการตรวจร่างกาย การทดสอบวินิจฉัย และการประเมินทางกายภาพที่ไม่สามารถทำซ้ำได้ด้วยการแพทย์ทางไกลเพียงอย่างเดียว (Pro Health Ware, 2023) สอดคล้องกับคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ในเรื่องระบบสุขภาพทางไกลถือเป็นบริการเสริมในการดูแลสุขภาพไม่ควรนำมาใช้แทนที่การทำเวชกรรม และต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของข้อมูลผู้ป่วย ที่สำคัญต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยด้วย (QualityTheStory, 2024)

การจัดทำระบบสุขภาพทางไกลด้วยโมเดลลามูมิดลเพื่อผู้สูงอายุพิการ

จากข้อมูลขององค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย (UNICEF, 2023) ที่พบว่าผู้สูงอายุพิการมากกว่า 3 ใน 5 (ร้อยละ 63.5) ของผู้พิการทั้งหมด ประกอบกับข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (National Statistical Office, 2022) สรุปผลที่สำคัญเกี่ยวกับการมีการใช้ไอซีทีของผู้สูงอายุ พ.ศ. 2565 พบว่าจากผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 13.1 ล้านคน พบว่า มีผู้สูงอายุ ใช้อินเทอร์เน็ต 6.9 ล้านคน (ร้อยละ 52.4) ใช้โทรศัพท์มือถือ 10.8 ล้านคน (ร้อยละ 82.5) และมีโทรศัพท์มือถือ 9.4 ล้านคน (ร้อยละ 72.2) และเมื่อพิจารณาช่องทางการเรียนรู้การใช้อุปกรณ์ดิจิทัลของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ใช้อุปกรณ์ดิจิทัล พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเรียนรู้จากบุตรหลาน หรือสมาชิกครอบครัว สูงที่สุด ร้อยละ 84.9 รองลงมาคือ เรียนรู้จากการทดลองใช้งานด้วยตนเอง ร้อยละ 79.9 และเรียนรู้จากเพื่อนหรือคนรู้จัก ร้อยละ 62.6 จึงสรุปได้ว่าผู้สูงอายุพิการส่วนใหญ่มีและมีทักษะในการใช้โทรศัพท์มือถือหรือสมาร์ทโฟนเป็นปกติในชีวิตประจำวัน

จากการวิเคราะห์พบว่า โทรศัพท์มือถือหรือสมาร์ทโฟนเป็นสารตั้งต้นในการปฏิวัติระบบสุขภาพจากเดิมที่เป็นระบบ “passive” หรือระบบที่รอให้ผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ

พิการซึ่งมักเป็นโรคเรื้อรังและเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ขึ้นรุนแรง จึงทำให้ไม่สามารถเข้าพบแพทย์ตามนัดได้ ทั้งที่มีความจำเป็นจะต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยเสนอการจัดทำระบบสุขภาพทางไกลด้วยโมเดลปลาบุมหิดล (Telehealth system in Mahidolia Healthy Model) ด้วยการเชื่อมต่อผู้ป่วยกับบริการด้านสุขภาพ โดยการใช้ “เทคโนโลยีดิจิทัล” อันได้แก่โทรศัพท์มือถือหรือสมาร์ทโฟน ที่มีแอปพลิเคชันและแพลตฟอร์มที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพทางไกล เป็นกุญแจสำคัญในการดูแลและรักษาสุขภาพอย่างยั่งยืน ภายใต้แนวคิดที่ว่าเมื่อชีวิตตกอยู่ในความเสี่ยง จึงจำเป็นต้องมุ่งเน้นไปที่การจัดหาโซลูชันด้านการดูแลสุขภาพที่ดีที่สุด ในรอบเวลาที่สั้นที่สุด โดยไม่ยึดติดกับข้อจำกัดด้าน “สถานที่ตั้ง” ของโรงพยาบาล และ “ระยะทาง” ซึ่งผู้สูงอายุพิการไม่สะดวกที่จะต้องเดินทางไปเข้ารับการรักษ และจากข้อมูลสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ที่ได้ส่งผลในเชิงบวกต่อระบบสาธารณสุขที่ต้องปรับตัวให้ทันและครอบคลุมความรุนแรงของโรค และยังส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตทางสังคมแบบใหม่ และเศรษฐกิจที่ตกต่ำถดถอย ในท่ามกลางความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการสื่อสารในระบบดิจิทัล ดังนั้นการจัดทำระบบสุขภาพทางไกลด้วยโมเดลปลาบุมหิดล เพื่อให้ผู้สูงอายุพิการซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางได้เข้าถึงการได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างยั่งยืนนั้น จึงอยู่บนหลักสำคัญ 3 ประการ คือ 1) ระบบการรักษาพยาบาลที่ยืดหยุ่น 2) ประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และ 3) ระบบการสื่อสารและจัดการที่มีประสิทธิภาพ โดยองค์ประกอบของการจัดทำระบบสุขภาพทางไกลด้วยรูปแบบโมเดลปลาบุมหิดล พิจารณาจากเอกลักษณ์ของ “ปลาบุมหิดล” ซึ่งเป็นพันธุ์สัตว์ประเภทเดียวในโลกอันเนื่องด้วยพระนามาภิไธยของจอมพลเรือสมเด็จพะมหิตลธิเบศรอดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ผู้ทรงเป็นพระบิดาแห่งการแพทย์สมัยใหม่และพระบิดาแห่งการสาธารณสุขไทย พระองค์ทรงเป็นพระราชบิดาในพระบาทสมเด็จพระปรเมนทรมหาอานันทมหิดล พระอัฐมรามาธิบดินทร (รัชกาลที่ 8) และพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช (รัชกาลที่ 9) และทรงเป็นพระอัยกาในพระบาทสมเด็จพระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 10 ในปัจจุบันด้วย (Sopikul, 2009)

ปลาบุมหิดลมีลักษณะเด่น คือ หัวค่อนข้างโต ตาโตโปน มีลำตัวกลมยาวเป็นรูปทรงกระบอก มีจุดสีน้ำเงินตั้งตระหง่านอยู่ที่ครีบบน ครีบบางมีลักษณะกลมมน เป็นครีบหลักที่ช่วยทำให้ปลาบุมหิดลว่ายน้ำเคลื่อนที่ไปด้านหลัง เป็นปลาที่มีจุดเด่นและมีลักษณะเฉพาะแตกต่างจากปลาชนิดอื่น และเป็นสัญลักษณ์แห่งการเกิดพระเจียรติจอมพลเรือสมเด็จพะมหิตลธิเบศรอดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก พระบิดาแห่งการแพทย์สมัยใหม่และการสาธารณสุขของไทย ทั้งนี้สามารถอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการจัดทำระบบสุขภาพทางไกลด้วยโมเดลปลาบุมหิดล (รูปที่ 1) โดยรูปแบบโมเดลปลาบุมหิดล (Kaewanuchit & Sopikul, 2021) ที่นำมาใช้ในการอธิบายครั้งนี้ จะประกอบด้วย

ส่วนหัว ในที่นี้จะป็นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นหน่วยงานหลักที่ดูแลสุขภาพภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดูแล 42 กลุ่มโรคผ่านแอปสุขภาพของระบบสุขภาพทางไกล หากจำเป็นต้องได้รับยา มี 2 แนวทาง คือ รับยาจากร้านยาที่อยู่ใกล้บ้าน หรือส่งยาให้ทางไปรษณีย์ ผู้ป่วยสูงอายุพิการสามารถยืนยันตัวตนในเว็บของ สปสช. โดยใช้บัตรประชาชนเข้าไปเลือกสแกน QR Code ในแอปพลิเคชันของบริษัทใดบริษัทหนึ่ง เช่น แอปพลิเคชัน Clicknic (คลิกนิค), Totale Telemed (โททอลเล่ เทเลเมด), แอปพลิเคชัน MorDee (หมอดี), แอปพลิเคชัน Saluber MD เป็นต้น หลังจากนั้นรอเจ้าหน้าที่ติดต่อกลับเพื่อยืนยันตัวตนเข้ารับบริการ คัดกรอง ประเมินอาการเบื้องต้น และปรึกษาแพทย์ออนไลน์ ให้คำแนะนำการดูแลตัวเอง และจัดส่งยาตามความจำเป็นให้แก่ผู้ป่วย

ส่วนตา ในที่นี้หมายถึง เครื่องมือที่ช่วยลดอุปสรรคให้แก่คนพิการในการเข้าถึง (มองเห็น) ข้อมูลองค์ความรู้ต่าง ๆ (Digital Economy Promotion Agency, 2024) เช่น โปรแกรมอ่านหน้าจอ (Screen Reader) ที่ช่วยเหลือคนพิการทางสายตา, Text-to-Speech (TTS) เป็นการให้ AI สร้างเสียงพูดขึ้นมาจากตัวหนังสือ เป็นเทคโนโลยีการแปลงข้อความออกมาเป็นเสียงพูด เพื่ออำนวยความสะดวกกับผู้

มีปัญหาทางการมองเห็น ซึ่งจะใช้ร่วมกับ screen reader ในการแสดงผลตัวอักษรข้อความที่เป็นเสียงพูดในภาษาต่าง ๆ รวมทั้งใช้ Speech Recognition ซึ่งเป็นระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่สามารถแปลงเสียงพูด (Audio File) เป็นข้อความตัวอักษร (Text) โดยสามารถแจกแจงคำพูดต่างๆ ที่มนุษย์สามารถพูดใส่ไมโครโฟน โทรศัพท์หรืออุปกรณ์อื่นๆ เป็นเทคโนโลยีการแปลงเสียงพูดกลับเป็นข้อความ หรือเรียกว่า Speech-to-Text (STT) เพื่อให้ผู้พิการทางสายตาหรือผู้ที่ไม่สะดวกในการเคลื่อนไหวใช้เสียงพูดแทนการพิมพ์ (Voice Recognition/Speech Generation) หรือในกรณีที่ทำให้ผู้สูญเสียการได้ยินสามารถเข้าใจเนื้อหาของข้อสารได้ โดยใช้ร่วมกับ Closed-Caption (cc) หรือข้อความบรรยาย (subtitle) และ real-time cc เพื่อถ่ายทอดเนื้อหาในรูปแบบตัวอักษร เป็นต้น

ลำตัว เสมือนเป็นระบบการสื่อสารที่พัฒนาโดยภาครัฐ ซึ่งสามารถเชื่อมต่อโรงพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วย เป็นแหล่งรวม เทคโนโลยี AI, internet of things, VR, AR, robotics รวมไปถึงอุปกรณ์หรือเซนเซอร์ติดตามตัว ซึ่งจะกลายมาเป็นอุปกรณ์ที่สวมใส่ได้ในรูปแบบต่างๆ จะทำให้เทคโนโลยี Telehealth แพร่หลายมากยิ่งขึ้น ช่วยทำให้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยมีความใกล้เคียงและเสมือนจริงมากขึ้น เป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับ (1) เครื่องมือในการจัดการผู้ป่วยที่รักษาที่บ้าน โดยผู้ใช้เครื่องมือนี้จะเป็นโรงพยาบาลที่มีแพทย์ พยาบาลหรือสหวิชาชีพคอยดูแลและติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดผ่านระบบ Telehealth ที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง (Department of Medical Services, 2022) (2) Health Link เป็นแพลตฟอร์มสำหรับเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ เพื่อให้แพทย์สามารถเข้าดูข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่นๆ ที่เข้าร่วมโครงการได้ และผู้ป่วยสามารถกำหนดสิทธิการเข้าถึงข้อมูลของตนเอง รวมถึงการให้สิทธิ์แพทย์ในห้วงฉุกเฉินสืบค้นข้อมูลของผู้ป่วยที่หมดสติ ซึ่งข้อมูลที่ได้มานั้นอาจจะช่วยรักษาชีวิตของผู้ป่วยในห้วงฉุกเฉินได้อย่างทันท่วงที (Manager online, 2024) (3) ระบบการตรวจสอบสุขภาพและอำนวยความสะดวกทางไกลสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ NBTC -TeleHealth (AIT, 2023) เป็นระบบสาธารณสุขทางไกลสำหรับผู้สูงอายุพิการที่เป็นเบาหวาน โดยนำเทคโนโลยีต่าง ๆ มาใช้ติดต่อสื่อสารเพื่อให้การบริการด้านสุขภาพหรือบริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยโดยผู้ป่วยไม่ต้องมาโรงพยาบาล โดยโครงการนี้ได้นำเทคโนโลยี AI และ Data Science มาประยุกต์ใช้กับสาธารณสุข เพื่อพัฒนาการให้บริการด้านสุขภาพทางไกลทั้งด้านความหลากหลายของรูปแบบการให้บริการและด้านความถูกต้องแม่นยำในการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพร่างกาย เป้าหมายหลักในการพัฒนาแพลตฟอร์มบนระบบคลาวด์และอุปกรณ์เคลื่อนที่สำหรับการจัดการ วิเคราะห์ และแสดงผลข้อมูลสุขภาพ กิจกรรม และการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุและผู้พิการ โดยแพลตฟอร์มที่ออกแบบและพัฒนาจำเป็นต้องเชื่อมโยงข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่สำคัญ และ (4) ระบบแจ้งเหตุฉุกเฉินทางไกล (Emergency Call System) เพื่อผู้พิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วย พัฒนาโดยสมาคมวิทยุสมัครเล่นแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ในการจัดทำโครงการระบบแจ้งเหตุฉุกเฉินทางไกล เพื่อผู้พิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วย โครงการนี้เป็นโครงการระบบแจ้งเหตุฉุกเฉินทางไกลเพื่อผู้สูงอายุ ผู้พิการทางสายตาทางการได้ยินและการพูด รวมถึงผู้ป่วยติดเตียงให้ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที จึงเข้ามาช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและช่องทางในการสื่อสารเพื่อติดต่อขอความช่วยเหลือกรณีจำเป็นเร่งด่วนให้ครอบคลุมพื้นที่ได้มากยิ่งขึ้น (Thairath online, 2024)

จุดสิ้นน้ำเงินที่ครี เปรียบเสมือนเป็นผู้สูงอายุพิการมีความมุ่งมั่นศึกษาเรียนรู้ข้อมูลความรู้และช่องทางในการเข้าถึงการได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมายชัดเจนที่จะดูแลรักษาความเจ็บป่วยเพื่อมีคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืน และซื่อตรงต่อความมุ่งมั่นตั้งใจดังกล่าวอันเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ

หาง ในที่นี้จะเป็นเรื่องของการปฏิบัติตามแผนการรักษาในระบบสุขภาพทางไกลอย่างเคร่งครัดและการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม เช่น ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การดูแลการบริโภคอาหารที่ปลอดภัย เป็นต้น เปรียบดังหางของปลาหมึกที่ทำหน้าที่ประคองลำตัวและแหวกว่ายไปตามทิศทางที่ส่วนหัวและตากำหนดไว้ เป็นการทำงานอย่างสอดคล้องประสานกันของทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง



รูปที่ 1 ระบบสุขภาพทางไกลด้วยโมเดลปลาบูมติดเพื่อผู้สูงอายุพิการ

การจัดทำระบบสุขภาพทางไกลด้วยโมเดลปลาบูมติดเพื่อผู้สูงอายุพิการนี้เป็นการนำเสนอโมเดลหนึ่งที่น่าสนใจถึงประโยชน์และการเข้าถึงระบบสุขภาพทางไกลของผู้สูงอายุพิการตามหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้สามารถเข้าถึงการตรวจรักษาและวินิจฉัยจากแพทย์ได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวสามารถติดตามการรักษาได้ง่ายขึ้น โดยไม่ต้องมาโรงพยาบาลบ่อยๆ รวมทั้งประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางด้วย ประการที่สำคัญ การจัดทำระบบสุขภาพทางไกลด้วยโมเดลปลาบูมติดนี้เป็นโมเดลที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุพิการมีความกระตือรือร้นในการค้นหาข้อมูลความรู้ทางสุขภาพและส่งเสริมให้ดูแลตนเองอย่างเป็นองค์รวม

บทสรุป

การระบาดอย่างรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (Covid-19) ในช่วงหลายปีที่ผ่านมาทำให้ประชากรทุกประเทศทั่วโลกเกิดความเจ็บป่วย มีอาการของโรคเรื้อรัง และมีความรุนแรงจนกระทั่งถึงการสูญเสียชีวิต เฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชากรเปราะบาง อย่างกลุ่มผู้สูงอายุพิการก็มีรายงานทางสถิติว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่สุดที่จะติดเชื้อโควิด-19 รุนแรงและเสียชีวิต เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมถอย จึงมีปัญหามากขึ้นตามวัย เฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่มีความพิการร่วมด้วย มักมีความบกพร่องและปัญหาทางด้านข้อจำกัดทางการเคลื่อนไหวมากกว่าผู้สูงอายุโดยทั่วไป ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุพิการเสี่ยงติดเชื้อโควิด-19 ได้ง่ายกว่าและมีอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้มากกว่าผู้สูงอายุโดยทั่วไป

ในสังคมยุคที่ต้องมีการดำรงชีพแบบวิถีชีวิตใหม่ (New Normal) จะเห็นได้ว่าเมื่อประชาชนโดยทั่วไปเกิดความเจ็บป่วย เช่น กลุ่มวัยทำงานหรือแม้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีเงินได้เหลือเก็บ ก็สามารถใช้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และการสาธารณสุขทางไกล (Telehealth) เมื่อเจ็บป่วยได้เพื่อหลีกเลี่ยงการเดินทางมาเสี่ยงติดเชื้อโรคที่โรงพยาบาล โดยสามารถใช้บริการสุขภาพทางไกลจากแพลตฟอร์มต่าง ๆ ที่เปิดให้บริการอยู่ในสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนหลายแห่ง หากแต่ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุและพิการ ซึ่งส่วนใหญ่ยากจนและเป็นกลุ่มเปราะบางของสังคมที่ภาครัฐยังไม่สามารถให้การดูแลได้อย่างทั่วถึง จึงทำให้สูญเสียโอกาสในการเข้าถึงระบบสุขภาพทางไกล เนื่องจากผู้สูงอายุพิการไม่มีเงินเพียงพอที่จะนำมาใช้จ่ายในส่วนนี้ได้ รวมถึงอาจไม่ทราบช่องทางในการเข้าถึงระบบสุขภาพทางไกล บทความนี้จึงนำเสนอถึงการจัดทำระบบสุขภาพทางไกลเพื่อคนกลุ่มเปราะบางกลุ่มนี้ให้สามารถได้รับโอกาสในการดูแลสุขภาพพยาบาลอย่างเสมอภาคกับคนกลุ่มอื่นๆ ในสังคม ให้มีคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืนท่ามกลางการเกิดวิกฤตของโรคระบาดที่อาจมีเกิดขึ้นได้อีกในอนาคต

ระบบสุขภาพทางไกลด้วยโมเดลปลาบูมติดเพื่อผู้สูงอายุพิการในยุค COVID-19 สามารถตอบโจทย์ให้ผู้สูงอายุพิการได้เข้าถึงการได้รับการดูแลสุขภาพทางไกลอย่างยั่งยืน ด้วยหลักการที่ว่าผู้สูงอายุพิการสามารถเข้าถึงระบบสุขภาพทางไกลได้จริงและเลือกสถานที่ได้ ไม่เสียค่าใช้จ่าย เป็นโมเดลที่ช่วย

ผู้สูงอายุมีการมีเครื่องมือในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ทางสุขภาพที่มีระบบการสื่อสารและจัดการที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ องค์ประกอบในการจัดทำระบบสุขภาพทางไกลด้วยโมเดลปลาบู่หมิดลพิจารณาจากเอกลักษณ์เชิงสัญลักษณ์ของ “ปลาบู่หมิดล” ซึ่งเป็นพันธุ์สัตว์ประเภทเดียวในโลกอันเนื่องด้วยพระนามาภิไธยของจอมพลเรือสมเด็จพะมหิตลาธิเบศรอดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ผู้ทรงเป็นพระบิดาแห่งการแพทย์สมัยใหม่และพระบิดาแห่งการสาธารณสุขไทย

ข้อเสนอแนะ

1. ภาครัฐควรสนับสนุนและมีการประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุพิการได้ทราบเกี่ยวกับระบบสุขภาพทางไกลอย่างทั่วถึง เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักที่สามารถขับเคลื่อนดำเนินการระบบสุขภาพทางไกลภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Security Office, 2022) ควรจะได้ร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้กลุ่มผู้สูงอายุที่พิการได้มีช่องทางในการเข้าถึงระบบสุขภาพทางไกลสำหรับคนกลุ่มนี้
2. หน่วยงานที่พัฒนาซอฟต์แวร์และแพลตฟอร์มต่างๆ ทางสาธารณสุข เช่น กรมการแพทย์ สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) และสำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจดิจิทัล (depa) เป็นต้น ควรพัฒนาซอฟต์แวร์และแพลตฟอร์มให้สามารถเข้าถึงข้อมูลและการสื่อสารด้านสาธารณสุขในรูปแบบที่เข้าใจง่ายและใช้งานได้ไม่ซับซ้อนโดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุพิการ
3. ควรจัดอบรมการใช้สื่อเทคโนโลยีดิจิทัลเกี่ยวกับระบบสุขภาพทางไกลให้แก่กลุ่มผู้สูงอายุพิการโดยอาจเป็นความร่วมมือกันระหว่างกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และกระทรวงสาธารณสุข
4. รัฐบาลควรจัดสรรงบประมาณเพิ่มให้แก่กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพทางไกล เพื่อสามารถนำมาบริหารจัดการกลุ่มผู้สูงอายุพิการได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

References

- AIT. (2023). Remote health monitoring and facilitation system for the elderly and disability
Online Available : <https://telehealth.ait.ac.th/>
- Allwell. (2021). What is the telemedicine?: The interesting choice for patients in 4.0 era. Online
Available: <https://allwellhealthcare.com/telemedicine/>
- Bedrock. (2024). What is the telemedicine? : Why it uses in medical service in digital era. Online
Available: <https://bedrockanalytics.ai/blog/technology/what-is-telemedicine-why-does-it-meet-the-needs-of-medical-services-in-the-digital-age>
- CDC Newsroom. (2024). CDC Data Shows Over 70 Million U.S. Adults Reported Having a
Disability. Online Available: <https://www.cdc.gov/media/releases/2024/s0716-Adult-disability.html>
- Department of Empowerment of Persons with Disabilities. (2020). Situation of The Persons with
Disabilities in Thailand. Online Available:
<https://dep.go.th/images/uploads/files/situation31dec63.pdf>
- Department of Medical Services. (2022). Manual: DMS Home ward.
Online Available: <https://www.uckpho.com/wp-content/uploads/2022/09/Home-ward-user-Manual-V1.2.0.pdf>
- Digital Economy Promotion Agency. (2024). Digital careers: Challenges, opportunities and options
for people with disabilities. Online Available: <https://www.depa.or.th/th/article-view/handicapped-person-job-in-digital-age>.
- Friedman, C. & Vanpuymbrouck, L. (2021). Telehealth use by persons with disabilities during the
COVID-19 pandemic. *International Journal of Telerehabilitation*, 13(2): 1-14.
- Imedtac. (2023). What is the difference of telehealth and telemedicine?. Online Available:
<https://www.imedtac.com/th/news>
- Kaewanuchit, C. & Sopikul, S. (2021). Trends Wellness by Mahidolia Model for Thai Public
Health under coronavirus disease starting in 2019 Situation. The National
Conference of seven universities and National Research Council on July 3rd - 4th,
2021 at Western University (Yealink online). Thailand: Pathum Thani Province.
- Krungthai Bank. (2021). Health Link: Pea tang ready. Online Available:
<https://krungthai.com/th/krungthai-update/promotion-detail/857>
- Lohanchun, B. (2021). Prototype COVID-19 field hospital for people with disabilities. *Journal of
the Medical Service*, 46(3): 1-6.
- Mahidol University. (2022). Risk and effect to elderly in Covid-19. Online Available:
<https://op.mahidol.ac.th/ga/posttoday-13/>
- Manager online. (2024). 'Health Link' to cyber weekend. Online Available:
<https://mgronline.com/cyberbiz/detail/9670000036470>
- Mango Zero Team. (2018). Four reasons of Thailand is the first ranked for medical tourism in
Asia. Online Available: <https://www.mangozero.com/4-reason-thai-top-medical-hub-eeec/>.
- Mathichon online. (2021). The sadness of disabled persons: 3rd of COVID-19 (no money-no
treatment-home health care). Online Available: https://www.matichon.co.th/local/quality-life/news_2709023

- National Health Security Office. (2022). COVID-19 patients from UC card are treated by telemedicine and free medicines by delivery system via four applications. Online Available: <https://www.nhso.go.th/news/3674>
- National Institutes of Health. (2022). Effect of COVID-19 on Geriatric Medical Services in China. Online Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8782555/>
- National Statistical Office. (2022). Important results: the ICT using of elderly in 2022. Online Available: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20230929102632_92912.pdf
- Nirattisa, N. & Kampangkeaw, N. (2021). The challenges of Thailand's public healthcare system during COVID-19 pandemic. *Journal of MCU Social Development*, 6(3): 174-188.
- QualityTheStory. (2024). Telemedicine: the suggestion for hospital adaptation. Online Available: <https://www.qualitythestory.com/telemed/>
- SDG Move centre for SDG research and support. (2021). 6 in 10 of death in the UK's Covid-19 are people with disabilities. Online Available: <https://www.sdgmove.com/2021/02/13/six-in-ten-covid19-deaths-are-disabled-people/>
- Sopikul S. (2009). Mahidolia mystacina: Living gems of the Thai seas. Thaiwatthana Printing House: Bangkok.
- Thairath online. (2020). 1st Thai health system in Asia and and 6th Thai health system in world to apricate and prepare for epidemic crisis. Online Available: <https://www.Thairathh.co.th/news/local/bangkok/1863363>
- Thairath online. (2024). Remote emergency notification system for the disabled, the elderly and patients. Online Available: <https://www.Thairathh.co.th/news/local/2786354>
- The Royal College of Physiatrists of Thailand. (2021). Announcement about Rehab COVID19. Online Available: <https://www.rehabmed.or.th/main>
- UNICEF of Thailand (2023). Announcement of the results of the 2022 Disability Survey. Online Available: <https://www.unicef.org/thailand/th/press-releases>
- Zhang, S. & Chen, Z. (2021). China's prevention policy for people with disabilities during the COVID-19 epidemic. Online Available: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09687599.2021.1933913#abstract>

คำแนะนำการส่งบทความ

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ

กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS) ขอเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการและบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นและเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้เขียนจะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสาร

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. ผลงานวิชาการจะได้รับการพิจารณาลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควรไม่น้อยกว่า 2 คน

การเตรียมต้นฉบับบทความ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows เนื้อหาบทความขนาด 10 ในตาราง ขนาด 9 แบบอักษรใช้ IBM Plex Sans Thai Looped Light 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 พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกจัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ ขนาดอักษร 12 แบบอักษรใช้ IBM Plex Sans Thai Looped Light
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 8 แบบอักษรใช้ IBM Plex Sans Thai Looped Light อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 8 แบบอักษรใช้ IBM Plex Sans Thai Looped Light ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรงกับชื่อผู้นิพนธ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่มเบอร์โทรศัพท์และ e-mail ในส่วนล่างสุด
4. มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำต่อบทคัดย่อ
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)
6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 10 แบบอักษรใช้ IBM Plex Sans Thai Looped Light
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

1. บทความวิชาการ ประกอบด้วย

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

2. 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) ชื่อผู้แต่งภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ และผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้เขียนเฉพาะนามสกุล ทุกคน ถ้ามากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al., ดังตัวอย่าง

(Thepaksorn, 2018)

(Thepaksorn, Daniell & Thetkatheuk, 2018)

(Thepaksorn, Koizumi, Neitzel, Pongpanich, Siri Wong, Keifer et al, 2018)

2. การคัดลอกข้อความ ใช้ระบบนาม- ปี และข้อความที่คัดลอกมาอยู่ในเครื่องหมาย “.....” กรณีชื่อผู้แต่งภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ เช่น

Bandura (1991) ให้นิยามว่า “จริยธรรมคือ กฎสำหรับการประเมินพฤติกรรม”...

“ปัจจัยสู่ความสำเร็จของการปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ คือการพัฒนาความสามารถของประชาชนให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้” (Tanasugarn, 2018)

3. การอ้างอิงท้ายบทความ

3.1 บทความทั่วไป ชื่อผู้แต่งภาษาไทยและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใส่ชื่อสกุลผู้ร่วมงานทุกคน ถ้าไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทั้ง 6 คน หากมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรกตามด้วยคำว่า “et al.,” สำหรับบทความ หนังสือหรือเอกสาร ที่เป็นภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษทั้งข้อความ และให้วงเล็บ (in Thai) ดังตัวอย่าง

Yuychim, P., Niratharadorn, M., Sirimpunkul, P., Buaboon, N. (2018). Effects of a Family Participation

Program in Managing Drug Use Behaviors among Older Adults with Chronic Disease in Phun Phin Community. *Journal of Public Health*, 48(1): 44-53.

Thepaksorn, P., Fadrihan-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

ผศ.ดร.พยงค์ เทพอักษร (บรรณาธิการ)

สำนักงานวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ต. 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 25 เมษายน 2568)

หน้าที่และความรับผิดชอบของ ผู้เขียนบทความ หรือ ผู้นิพนธ์ บรรณาธิการ และ ผู้ประเมินบทความ ของวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ(Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS) เป็นไปตามมาตรฐานคณะกรรมการจริยธรรมการตีพิมพ์ (COPE) และมาตรฐานทางจริยธรรมของคณะกรรมการจริยธรรมการตีพิมพ์ (COPE Code of Conduct)

1. บทบาทและหน้าที่ของผู้เขียนบทความ หรือ ผู้นิพนธ์ (Duties of Authors) หรือ ผู้รับผิดชอบบทความ (Corresponding Author)

- 1.1 ผู้เขียนบทความต้องรับรองว่าผลงานที่เขียนขึ้นได้มาจากข้อเท็จจริงจากการศึกษาและการวิจัย ไม่ได้บิดเบือนข้อมูล และไม่มีข้อมูลที่เป็นเท็จ สามารถร้องขอ หรือ ตรวจสอบได้หากมีประเด็นหรือข้อมูลที่สงสัย
- 1.2 ผลงานของผู้เขียนบทความต้องเป็นผลงานที่ไม่เคยตีพิมพ์หรือเผยแพร่ที่ไหนมาก่อน หากมีการตรวจสอบพบระหว่างการดำเนินการ (Submission) หรือ ดำเนินการตีพิมพ์เผยแพร่ไปแล้ว (Accepted) จะมีการถอดถอนบทความจากการดำเนินการหรือการตีพิมพ์
- 1.3 ผู้เขียนบทความต้องไม่คัดลอกผลงานของผู้อื่น และต้องมีการอ้างอิงทุกครั้งเมื่อนำผลงานของผู้อื่นมาเสนอหรืออ้างอิงในเนื้อหาบทความของตนเอง ตามหลักวิชาการและอ้างอิงตามข้อกำหนดของวารสาร
- 1.4 ในกรณีที่วารสารรับทราบจากผู้เขียนบทความคัดลอกผลงาน หรือนำส่งผลงานซ้อนกับวารสารฉบับอื่น หรือผลงานอื่นๆที่เคยถูกตีพิมพ์มาก่อน วารสารขอสงวน ยกเลิกและถอดถอนบทความดังกล่าว พร้อมดำเนินการแจ้งผู้เกี่ยวข้องและ/หรือหน่วยงานต้นสังกัดของผู้เขียนบทความ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจ หรือ ผลพิจารณาของบรรณาธิการ
- 1.5 ผู้เขียนบทความพิจารณาและรับรองความเกี่ยวข้องกันจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ และ/หรือ จริยธรรมการวิจัยด้านอื่นๆสำหรับงานวิจัยของตน
- 1.6 ผู้เขียนบทความควรแจ้งให้อ่านทราบเกี่ยวกับผู้ให้ทุนสนับสนุนงานวิจัยและบทบาทของผู้ให้ทุนวิจัยในการทำวิจัยนั้นๆ

2. บทบาทและหน้าที่ของบรรณาธิการวารสาร (Duties of Editor)

- 2.1 บรรณาธิการมีหน้าที่พิจารณาและตรวจสอบบทความที่ส่งมาเพื่อเข้ารับการพิจารณาตีพิมพ์กับวารสารทุกบทความโดยพิจารณาเนื้อหาบทความที่สอดคล้องกับเป้าหมายและขอบเขตของวารสาร รวมถึงการตรวจสอบ คัดกรองบทความ และระเบียบวิธีวิจัยที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์ด้วยหลักการทางวิชาการ ตลอดจนคุณภาพบทความในกระบวนการประเมินและคุณภาพบทความก่อนการตีพิมพ์
- 2.2 บรรณาธิการต้องใช้เหตุผลทางวิชาการและวิจัยในการพิจารณาบทความทุกครั้งโดยปราศจากอคติที่มีต่อบทความ และผู้เขียนบทความในด้านเชื้อชาติ เพศ ศาสนา วัฒนธรรม การเมือง และสังกัดของผู้เขียนบทความ
- 2.3 บรรณาธิการต้องให้ข้อเสนอแนะให้เกิดความกระจ่าง ตามความประสงค์ของผู้อ่านและผู้นิพนธ์ สนับสนุนอิสระทางวิชาการในการแสดงความคิดเห็นบทความวิจัย
- 2.4 บรรณาธิการมีหน้าที่ดำเนินงานวารสารให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของวารสาร ปรับปรุง และพัฒนาวารสารให้ได้มาตรฐานอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ปรับปรุงตรวจสอบ ควบคุมและรับฟังคำชี้แนะจากกองบรรณาธิการ เพื่อพัฒนาวารสารอย่างสม่ำเสมอ 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 ในทุกเรื่อง que ผู้นิพนธ์ควรรับทราบ 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 พิจารณาบทความภายใต้หลักการและเหตุผลทางวิชาการ และการวิจัยโดยปราศจากอคติหรือความคิดเห็นส่วนตัว และไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้เขียนบทความ
- 5.2 ผู้ประเมินบทความต้องไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้เขียนบทความหรือเหตุผลอื่นๆ ที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อคิดเห็นอย่างเป็นอิสระได้ โดยผู้ประเมินบทความต้องแจ้งให้บรรณาธิการวารสารทราบและปฏิเสธการประเมินบทความนั้น
- 5.3 ผู้ประเมินบทความต้องประเมินบทความในสาขาวิชาที่ตนมีความเชี่ยวชาญ โดยพิจารณาจากคุณภาพของบทความเป็นสำคัญไม่ใช่ความคิดเห็นส่วนตัวที่ไม่มีข้อมูลทางวิชาการและวิจัยรองรับ มาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินบทความ
- 5.4 หากผู้ประเมินบทความพบว่าบทความที่ประเมินมีส่วนหนึ่งส่วนใดที่มีความเหมือนหรือความซ้ำซ้อนกับบทความหรือ ผลงานอื่น ผู้ประเมินบทความต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบด้วย
- 5.5 ผู้ประเมินบทความต้องรักษาระยะเวลาการประเมินบทความตามกรอบเวลาประเมินที่วารสารกำหนด รวมถึงไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความให้ผู้ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องได้รู้



TJPHS
THAI JOURNAL
OF PUBLIC HEALTH AND HAEALTH SCIENCES

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก



CONTACT

075-291540-2

tjph-editor@scphtrang.ac.th