



วารสาร



สารานุกรมสุขและสุขภาพศึกษา

Thai Journal of Public Health and Health Education

ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม-สิงหาคม 2567

ISSN 2985-251X (Online)



วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
<https://scphub.ac.th>



วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา (Thai Journal of Public Health and Health Education)

ISSN 2985-251X (Online)

ขอบเขตการตีพิมพ์

- ✚ ด้านการสาธารณสุข (Public Health)
- ✚ ด้านพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)
- ✚ วิทยาศาสตร์สุขภาพ (Health Sciences)
- ✚ ด้านทันตสาธารณสุข (Dental Public Health)
- ✚ ด้านการพยาบาล (Nursing)
- ✚ ด้านสุขภาพศึกษา (Health Education)

ประเภทของบทความ

- ✚ บทความวิจัย (Research Article)
- ✚ บทความวิชาการ (Academic Article)

ภาษาที่รับตีพิมพ์

- ✚ ภาษาไทย (Thai)
- ✚ ภาษาอังกฤษ (English)

กำหนดการเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ

- ✚ ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน
- ✚ ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม
- ✚ ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม

กระบวนการพิจารณาบทความ

- ✚ บทความทุกบทความของวารสาร ผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจากหลากหลายสถาบัน จำนวน 3 ท่าน
- ✚ การประเมินเป็นแบบผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แต่งไม่ทราบชื่อกันและกัน (Double-Blind Review)

ค่าธรรมเนียมเพื่อประเมินบทความ

- ✚ บุคคลภายใน (สังกัดวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี) บทความละ 2,500 บาท
- ✚ ศิษย์เก่าวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี บทความละ 3,000 บาท
- ✚ บุคคลภายนอก บทความละ 3,500 บาท

หมายเหตุ กองบรรณาธิการจะไม่คืนเงินค่าธรรมเนียมเพื่อประเมินบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิ ในกรณีที่ผู้ทรงคุณวุฒิปฏิเสธการตีพิมพ์ หรือกรณีที่ผู้เขียนบทความขอยกเลิกบทความ หลังจากบทความเข้าสู่กระบวนการ Review ส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินแล้ว

ขั้นตอนการชำระค่าธรรมเนียมบทความ

1. กองบรรณาธิการ แจ้งให้ผู้พิมพ์ชำระค่าธรรมเนียมเพื่อประเมินบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากที่ยื่นบทความผ่านกระบวนการปรับแก้เบื้องต้น (Pre review) แล้ว
2. ผู้พิมพ์/ผู้วิจัย ชำระค่าธรรมเนียมเพื่อประเมินบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิ ชื่อบัญชี วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ร่วมกับชมรมศิษย์เก่า ธนาคารกรุงไทย ประเภทออมทรัพย์ เลขที่บัญชี 662-5-42917-1
3. ส่งหลักฐานการโอนเงินในระบบของวารสารมายังช่องทาง Review Discussions พร้อมแจ้งข้อมูลชื่อ สกุล และสังกัด สำหรับออกใบเสร็จรับเงิน และที่อยู่สำหรับจัดส่งใบเสร็จรับเงินฉบับจริง
4. กองบรรณาธิการตรวจสอบหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียม
5. กองบรรณาธิการออกใบเสร็จรับเงินส่งให้ผู้พิมพ์/ผู้วิจัยในระบบของวารสาร
6. กองบรรณาธิการส่งใบเสร็จรับเงินฉบับจริงให้ผู้พิมพ์/ผู้วิจัย ในกรณีที่แจ้งความประสงค์ไว้เท่านั้น

ขั้นตอนการประเมินบทความ

1. กองบรรณาธิการกลั่นกรองบทความหลังจากที่ยื่นบทความส่งเข้ามายังระบบของวารสาร
2. แจ้งผู้เขียนบทความให้ปรับแก้เบื้องต้น (Pre-review) ตามรูปแบบที่วารสารกำหนด
 - 2.1 กรณีปรับแก้บทความเบื้องต้นแล้ว แจ้งให้ชำระค่าธรรมเนียมบทความ
 - 2.2 กรณีปรับแก้บทความเบื้องต้นไม่สมบูรณ์ แจ้งให้ผู้พิมพ์ปรับแก้อีกครั้ง
 - 2.3 กรณีผู้พิมพ์ไม่ปรับแก้ ปฏิเสธบทความ
3. หลังจากที่ยื่นชำระค่าธรรมเนียมบทความแล้ว นำบทความเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความ (Review)
 4. บทความที่ผ่านการประเมิน มีการปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิน้อย 2 ครั้ง หรือจนกว่าบทความจะสมบูรณ์ จึงเข้าสู่กระบวนการเผยแพร่ตีพิมพ์
 - 4.1 กรณีที่ปรับแก้บทความไม่สมบูรณ์ แจ้งผู้พิมพ์ปรับแก้อีกครั้ง
 - 4.2 กรณีที่ไม่ปรับแก้บทความตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ปฏิเสธการตีพิมพ์

5. วารสารออกหนังสือตอบรับการตีพิมพ์ หลังจากที่คุณผู้พิมพ์แก้ไขบทความตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 1 ครั้ง หรือจนกว่ากองบรรณาธิการพิจารณาแล้วว่าบทความสามารถเผยแพร่ตีพิมพ์ได้

คำแนะนำทั่วไป

1. บทความที่ส่งตีพิมพ์ในวารสารเป็นบทความวิจัยหรือบทความวิชาการที่ยังไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างรอการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์จากวารสารอื่น
2. กระบวนการดำเนินการวิจัยต้องผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย โดยขั้นตอนการ Submission บทความ ขอให้แนบส่งสำเนาเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
3. บทความได้รับความยินยอมในการเผยแพร่ตีพิมพ์จากทีมวิจัยทุกคน
4. บทความเตรียมในรูปแบบของไฟล์ Microsoft Word
5. บทความจัดเตรียมต้นฉบับตามรูปแบบ Template ที่วารสารกำหนดทั้งเนื้อหาบทความ และรูปแบบการอ้างอิง จากคำแนะนำการเตรียมต้นฉบับ (Author Guidelines) วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา (Thai Journal of Public Health and Health Education) ISSN 2985-251X (Online)
6. กองบรรณาธิการวารสารจะพิจารณาออกหนังสือตอบรับตีพิมพ์ หลังจากที่คุณผู้พิมพ์ผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้พิมพ์ได้แก้ไขบทความตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วเท่านั้น
7. บทความที่ทางกองบรรณาธิการออกหนังสือตอบรับตีพิมพ์ไปแล้ว หากผู้พิมพ์ขาดการติดต่อในขั้นตอนหลังการประเมิน หรือขาดการติดต่อการแก้ไขบทความเพิ่มเติมก่อนการเผยแพร่ตีพิมพ์ กองบรรณาธิการวารสารขอปฏิเสธการตีพิมพ์บทความของท่านในฉบับที่ออกหนังสือตอบรับไปแล้ว แต่ท่านสามารถตีพิมพ์บทความหลังจากที่แก้ไขบทความสมบูรณ์แล้วในฉบับต่อไปได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพิจารณาของกองบรรณาธิการ
8. กองบรรณาธิการจะส่งบทความให้ผู้พิมพ์อ่านและตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาทั้งหมดเป็นครั้งสุดท้ายและแจ้งให้ยืนยันการเผยแพร่ตีพิมพ์ หากไม่ได้รับการยืนยันเผยแพร่ตีพิมพ์จากผู้พิมพ์ กองบรรณาธิการจะไม่เผยแพร่บทความตีพิมพ์จนกว่าจะได้รับการยืนยันให้เผยแพร่ตีพิมพ์จากผู้พิมพ์ หากผู้พิมพ์ขาดการติดต่อกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์การตีพิมพ์บทความในวารสารฉบับดังกล่าว แต่ท่านสามารถตีพิมพ์บทความได้ในฉบับต่อไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพิจารณาของกองบรรณาธิการ
9. เนื้อหาของบทความรวมทั้งข้อเสนอแนะต่างๆ ที่ตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา เป็นเพียงความคิดเห็นของผู้พิมพ์เท่านั้น กองบรรณาธิการจะไม่รับผิดชอบต่อความผิดพลาดของเนื้อหาบทความที่เผยแพร่ไปแล้ว

กองบรรณาธิการ วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา

ที่ปรึกษา

ดร.นิธิศ ธาณี	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
รองศาสตราจารย์ ดร.บุญชม ศรีสะอาด	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รองศาสตราจารย์ ดร.จำลอง วงษ์ประเสริฐ	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
นายแพทย์สุรพร ลอยหา	มหาวิทยาลัยมหิดล

บรรณาธิการวารสาร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภคิน ไชยช่วย	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
------------------------------------	--

รองบรรณาธิการวารสาร

อาจารย์แก้วใจ มาลีสัย	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
-----------------------	--

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์	มหาวิทยาลัยทักษิณ
รองศาสตราจารย์ ดร.อาจินต์ สงทับ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รองศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัย สีสองดีสกุล	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี บุตรสอน	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปวีณา ลิ้มปทีปการ	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญจวรรณ พูนธนานิวัฒน์กุล	วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พยงค์ เทพอักษร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.สุพัฒน์ อาสนะ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.พงศ์พิษณุ บุญตา	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
นายแพทย์ ดร.ขวัญชัย กุมภาพงษ์	มหาวิทยาลัยมหิดล
ทันตแพทย์หญิง ดร.ภักขิสา คนสุภาพ	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
ดร.มาสริน ศุกลปักข์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี
ดร.นุสรา ประเสริฐศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์
ดร.อุไรวรรณ ศิริธรรมพันธ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณอมศักดิ์ บุญสู่	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.ปิยะณัฐ จันทวารีย์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.สุนทรทิพย์ บัวแดง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

ฝ่ายสนับสนุนวารสาร

นางสีมร โกสียบุตร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
นายศรเพชร ไตรศรี	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี



บรรณาธิการแถลง

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา มุ่งเน้นเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการ ด้านการสาธารณสุข (Public Health) ด้านพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) วิทยาศาสตร์สุขภาพ (Health Sciences) ด้านทันตสาธารณสุข (Dental Public Health) ด้านการพยาบาล (Nursing) และด้านสุขภาพศึกษา (Health Education) กระบวนการพิจารณาบทความผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิจากหลากหลายสถาบันแบบ Double-Blind Review ซึ่งวารสารถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มที่ 2 (TCI 2) นั้น

การเผยแพร่ผลงานผลงานวิจัยและผลงานวิชาการของวารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษานั้น ปีนี้วารสารเข้าสู่ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 ประจำเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม 2567 มีการเผยแพร่บทความวิจัยทั้งหมด 15 บทความ จึงเรียนมาเพื่อทราบ

บรรณาธิการ

สารบัญ

เรื่องที่	บทความวิจัย	หน้า
1.	ผลของการฝึกด้วยโปรแกรมดนตรีผ่อนคลายและสมาธิอย่างง่ายต่อระดับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ขณะรอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง Effects of Training with a Simple Relaxation Music and Meditation Program on the Level of Anxiety of Pregnant Women while Waiting for a Cesarean Section ศันสนีย์ โสมเพชร และทัศนีย์ หนูนารถ* Sunsanee Somphet and Tassanee Noonart*	e268179
2.	ผลการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดโรงพยาบาลเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง Effects of Nurse Participatory Learning to Prevent Postpartum Hemorrhage Khao Chaison Hospital, Phatthalung Province จิราภรณ์ สุทธิรักษ์* Jiraporn Suttiruk*	e267998
3.	ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านไทย อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดอุดรธานี Effectiveness of Health Literacy Program to Liver Flukes Preventing among Risk Population at Ban Thai Subdistrict, Khueangnai District, Ubon Ratchathani province สมชาย บุญตะวัน* Somchai Boontawan*	e268010
4.	ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ The Effect of Program Enhancing Self-Efficacy in Self-Care on Preventive Allergy Behavior Among Patients with Allergic Rhinitis จรัสศรี ทหารไทย* Jaratsri Thahanthai*	e267978
5.	คุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลบ้านเอื้อง อำเภอสว่างวีรกรรม จังหวัดนครพนม Personal Characteristics and Organizational Support Affecting an Elderly Care of Village Health Volunteers at Ban Ueang Sub-District Si Songkhram District Nakhonphanom Province จินตนา ทองสง่า, นพรัตน์ เสนาฮาด และประจักษ์ บัวผัน* Chintana Thongsanga, Nopparat Senahad and Prachak Bouphan*	e268208

สารบัญ

เรื่องที่	บทความวิจัย	หน้า
6.	พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของชุมชนบ้านเมืองจั่งใต้ ตำบลเมืองจั่ง อำเภอกุเพียง จังหวัดน่าน Alcohol Drinking Behavior of the Ban Mueang Chang Tai Community, Mueang Chang Subdistrict, Phu Piang District, Nan Province เจนฤทัย เจริญศรี*, ดรุณี กิติวิเศษสกุล, อาริรัตน์ กันปัก และกฤติณัฐ นวพงษ์ปวีณ Janruethai Charoensri*, Darunee Kitiwisetsakun, Areerut Kanfak and Krittinat Navaphongpaveen	e268694
7.	การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพระหว่างเพศหญิงและเพศชายที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ The Comparison of health literacy between females and males who are sick with type 2 diabetes, Omkoi District, Chiang Mai Province ก้องไพร ต้นสุชาติ*, ปราโมทย์ เย็นบุญธรรม และธวัชชัย แก้วอ้วน Kongprai Tunschart*, Pramote Yenboontham and Thawatchai Kaewuan	e268034
8.	ผลการปรึกษาออนไลน์รูปแบบวิดีโอคอลตามแนวคิดเกสตัลต์ต่อการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมของนักศึกษาในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพ The Effect of Online Video call Gestalt Counseling on Assertiveness of Undergraduate Student in Clinical Practice วัชรวิศ พลสอน*, ดลดาว วงศ์ธีระธรณ์ และสมพงษ์ ปั่นหุ่น Watcharit Ponson*, Doldao Wongtheerathorn and Sompong Panhoon	e268397
9.	ผลการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ให้ความรู้เกี่ยวกับการกินยาฟาวิพิราเวียร์ของผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนามบ้านบุรีสัณฑ์ โรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี Result of Using Electronic Media Provides Knowledge about Favipiravir for COVID-19 Patients in Barnburi Hospitel, Banglamung Hospital, Chonburi สุกัญญา สวัสดิ์พานิช* Sukanya Sawaspanitch*	e267378
10.	ผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยต่อความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลเด็กในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดยโสธร The Effects of Early Childhood Development Promotion Program on Knowledge and Behaviors on Promoting Early Childhood Development of Caregivers in Municipality, Yasothon Province สุกัลยา โพธาราม* Sukanya Photaram*	e268278

สารบัญ

เรื่องที่	บทความวิจัย	หน้า
11.	การพัฒนาโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของของนักศึกษาแผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี The Development of a Program for Healthy Food Management in the Context of Students Department of Food and Nutrition, Faculty of Home Economics, Ubon Ratchathani Vocational College นิพนธ์ กุลนิตย์* Nipon Kulnit*	e269234
12.	การศึกษาระบบบริการสุขภาพ ปัญหาอุปสรรค และความคิดเห็นของประชาชนต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในระยะเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด Studying the Healthcare Service System, Challenges, and Public Opinions Regarding the Transformation of Primary Health Promoting Hospitals through Mission Transfer to Provincial Administrative Organizations กุลธิดา กุลประทีปปัญญา, เพชรรัตน์ พิบาลวงศ์, ธีระวัฒน์ วีระพันธ์, ธีระพงษ์ แก้วภมร และรุ่งรัตน์ พลະไกร* Kunthida Kulprateepunya, Petcharat Eab-boon, Teerawat Weerapan, Theerapong Kaewpamorn and Rungrat Palakai*	e268135
13.	การประเมินความปลอดภัยด้านเคมีและด้านจุลินทรีย์ของอาหารที่จำหน่ายรอบรั้วโรงเรียนพื้นที่เขตแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร Evaluation of Chemical and Microbial Safety of Food at Street Food Vendors Around the Schools, a District in Bangkok สรินทร พัฒอำพันธ์*, วิกรม รุจยากรกุล, อนิรุช จันทพาส และสุคนธ์ ขาวกริบ² Sarintorn Patampan*, Wikrom Rujayakronkul, Anirut Jantapas and Sukon Khawgrib	e268950
14.	ผลการประเมินการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี Evaluation of Sepsis Patient Care at Emergency Room: Sunpasitthiprasong Hospital Ubonratchathani ชัยพร บุญศรี* และประภาพร สุวรรตน์ชัย Chaiyaphon Boonsri* and Prapaporn Suwaratchai	e268706

สารบัญ

เรื่องที่	บทความวิจัย	หน้า
15.	การประเมินผลโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อเขตสุขภาพที่ 4 The Evaluation of the Development Project for Seamless Care System for Elderly in Community Health Region 4 อังศุมาลิน มั่งคั่ง*, ทศนีย์ สอนขำ, จุฬาลักษณ์ บุญมีรัตนโยธิน, บังอร อินทรี และจุไรรัตน์ ทนเสถียร Aungsumalin Mungkung*, Tasanee Sonkhum, Julaluk Boonmeerattanayothin, Bungon Inthre and Jurairat Thonsathien	e269032



ผลของการฝึกด้วยโปรแกรมดนตรีผ่อนคลาย และสมาธิอย่างง่ายต่อระดับความวิตกกังวล

ของหญิงตั้งครรภ์ขณะรอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

คันสนีย์ โสมเพชร¹ และทัศนีย์ หนูนารณ^{2*}

¹ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช

(วันที่รับบทความ: 13 มีนาคม 2567; วันที่แก้ไข: 6 พฤษภาคม 2567; วันที่ตอบรับ: 8 พฤษภาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ขณะรอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมดนตรีผ่อนคลายและสมาธิอย่างง่าย และเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ขณะรอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ หญิงตั้งครรภ์ที่รอรับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องขณะรอผ่าตัดห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 68 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 34 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยโปรแกรมดนตรีผ่อนคลายและสมาธิอย่างง่าย และแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามข้อมูลการวินิจฉัยและวิธีการระงับความรู้สึก และแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ The State-Trait Anxiety Inventory [STAI] form Y-1 ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 1 ความเที่ยงของเครื่องมือคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .80 ใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย พบว่าหลังได้รับโปรแกรมดนตรีผ่อนคลายและสมาธิอย่างง่าย กลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวล น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X}=2.44$, S.D.=0.61 และ $\bar{X}=1.12$, S.D.=0.33) กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมดนตรีผ่อนคลายและสมาธิอย่างง่ายมีระดับความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{X}=1.12$, S.D.=0.33 และ $\bar{X}=2.47$, S.D.=0.70) การฝึกด้วยโปรแกรมดนตรีผ่อนคลายและสมาธิอย่างง่ายช่วยลดระดับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ขณะรอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้

คำสำคัญ: ดนตรีผ่อนคลายและสมาธิอย่างง่าย, ความวิตกกังวล, การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

*ผู้รับผิดชอบบทความ: ทัศนีย์ หนูนารณ; tassanee@bcnnakhon.ac.th



Effects of Training with a Simple Relaxation Music and Meditation Program on the Level of Anxiety of Pregnant Women while Waiting for a Cesarean Section

Sunsanee Somphet¹ and Tassanee Noonart^{2*}

¹Surgery room, Surat Thani Hospital

²College of Nursing, Nakhon Si Thammarat

(Received: 13 March 2024; Revised: 6 May 2024; Accepted: 8 May 2024)

Abstract

The objectives this quasi-experimental research was to compare the anxiety levels of pregnant women who underwent waiting for cesarean section before and after receiving a program of relaxing music and simple meditation, and to compare the anxiety levels between the control group and the experimental group. The sample groups were pregnant woman who underwent waiting for cesarean section in the obstetrics and gynecology operating room Surat Thani Hospital. There were 68 of sample that assigned into control group (n=34) and the experimental group (n=34). Research tools were a simple program of relaxing music and meditation and the questionnaires used to collect data including general information questionnaires, questionnaire for information on diagnosis and anesthesia methods, and the anxiety questionnaire (The State-Trait Anxiety Inventory [STAI]). The content validity tool was equal to 1, and the reliability Cronbach alpha coefficient was .80. Statistics used to analyze data were descriptive statistics and inferential statistics.

The research results found that after receiving a program of relaxing music and simple meditation, the experiment group had level of anxiety statistically significantly less than before receiving the program ($\bar{X}$ =2.44, S.D.=0.61) and ($\bar{X}$ =1.12, S.D.=0.33). The experimental group that received a simple relaxation music and meditation program had significantly lower anxiety levels than the control group that received normal nursing care ($\bar{X}$ =1.12, S.D.=0.33) and ($\bar{X}$ =2.47, S.D.=0.70). Training with a simple relaxation music and meditation can reduce anxiety levels in pregnant women who underwent waiting for a cesarean section.

Keywords: simple relaxation music and meditation, anxiety of pregnant women, caesarean section

*Corresponding Author: Tassanee Noonart; tassanee@bcnnakhon.ac.th



บทนำ

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นวิธีการคลอดที่จำเป็นในหญิงตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อน ทางด้านสูติกรรม และไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ เช่น การผิดสัดส่วนระหว่างศีรษะทารกกับเชิงกรานมารดา ภาวะรกเกาะต่ำ มีโรคแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือมีข้อบ่งชี้ทางด้านทารก เช่น ภาวะขาดออกซิเจน ทารกอยู่ในท่าผิดปกติ เป็นต้น เพื่อช่วยให้มารดาและทารกปลอดภัยจากการคลอด ในปัจจุบันความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์มีมากขึ้น แพทย์ สามารถวินิจฉัยภาวะที่มารดาและทารกในครรภ์จะได้รับอันตรายจากการคลอดทางช่องคลอดได้เร็วขึ้น จึงทำให้การคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ปัจจุบันอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบจำนวนเฉลี่ยร้อยละ 15 และอัตราการผ่าตัดคลอดในประเทศไทยพบจำนวนเฉลี่ยร้อยละ 35-50 (โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ, 2565) ซึ่งสูงกว่าองค์การอนามัยโลกกำหนด สำหรับสถิติการผ่าตัดคลอดที่ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในปี พ.ศ. 2565 พบผู้คลอดเข้ารับการผ่าตัดคลอดจำนวน 2,809 ราย ร้อยละ 58.52 (เวชระเบียนห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี, 2565)

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องถือเป็นการผ่าตัดใหญ่ ถึงแม้ว่าจะมีความปลอดภัยต่อมารดาและทารกค่อนข้างสูง แต่ก็ยังมีความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้จากการผ่าตัดค่อนข้างมาก เนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับความบอบช้ำ มีการสูญเสียเลือด การได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วไปหรือยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน ร่วมกับการรบกวนการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ขณะผ่าตัด ทำให้ลำไส้หยุดทำงานชั่วคราวหลังผ่าตัด มีผลกระทบต่อความสบายทางด้านร่างกายและจิตสังคมของสตรี หลังผ่าตัดคลอดอย่างมาก โดยเฉพาะใน 24 ชั่วโมงถึง 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้เกิดความกลัว ความตึงเครียด และวิตกกังวลต่อหญิงตั้งครรภ์ได้ โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นครรภ์แรก ซึ่งจากการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ในประเทศตะวันตกประมาณร้อยละ 20 มีอาการทางคลินิก เนื่องจากความกลัวการคลอด ส่งผลทำให้เกิดความวิตกกังวล (Kazemi, Vaziri-harami, Vaziri-harami & Mousavian, 2023)

ความวิตกกังวล เป็นสภาวะอารมณ์ที่เกิดจากการรับรู้และประเมินสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่ง และเป็นความรู้สึกตึงเครียดที่เกิดจากการรับรู้ เนื่องจากกระบวนการทางความคิดขณะที่มี สิ่งเร้ามากระตุ้น โดยบุคคลประเมินว่าสิ่งเร้านั้นจะทำให้เกิดอันตรายหรือคุกคามต่อบุคคล โดยสิ่งเร้านั้น อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือเป็นเพียงการคาดการณ์ ซึ่งมีผลต่อกระบวนการความคิด และส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา จิตใจ และพฤติกรรม ซึ่งระดับของความวิตกกังวลจะแตกต่างกันตามการรับรู้และกระบวนการทางความคิดของแต่ละบุคคล (Spielberger, 1983) หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนและอันตรายที่จะเกิดกับตนเองและทารก ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์หลังผ่าตัดคลอดรับรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดในแง่ลบ ส่วนความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์เป็นภาวะที่เกิดจากการคาดเดาหรือการประเมินสิ่งเร้าของบุคคลที่มีผลทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ ไม่สบายใจ ทุกข์ใจ เกิดความหวาดหวั่น หรือกลัวการเกิดอันตรายจากสิ่งกำลังจะเกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ



ความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ในการผ่าตัดคลอด เกิดขึ้นจากหลายปัจจัย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่าย เคยได้รับการผ่าตัดอื่น ๆ (ไม่รวมผ่าตัดคลอด) มาก่อน ประสบการณ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และลักษณะแผลจากการผ่าตัดคลอด และจากการศึกษาความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในหญิงตั้งครรภ์ที่รอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจำนวน 112 ราย พบว่า ความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่รอรับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอยู่ในระดับสูง (ชวรัตน์ เหลืองอร่าม, 2566) นอกจากนี้ความวิตกกังวลที่สูงจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด เนื่องจากเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองทางอารมณ์ด้านลบ และเป็นภัยคุกคามความรู้สึกที่มีสาเหตุมาจากความกลัว สถานการณ์ในอนาคตที่ยังมาไม่ถึง ส่งผลกระทบต่อพยาธิวิทยาของร่างกาย ได้แก่ กล้ามเนื้อหดเกร็ง เหงื่อออกบริเวณปลายมือและปลายเท้า ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยหายใจเร็วขึ้นเพราะร่างกายต้องการใช้ออกซิเจนมากขึ้น และเพิ่มอัตราการเผาผลาญของร่างกาย เป็นต้น นอกจากนี้ยังส่งผลทำให้ผู้ป่วยปวดแผลหลังผ่าตัดมากขึ้น รวมทั้งลดระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจึงเพิ่มอัตรา การติดเชื้อของแผลผ่าตัดและทำให้การหายของแผลต้องใช้เวลายาวนานขึ้นอีกด้วย (ตฤไล จำปาวัลย์, 2561) และในปัจจุบันทางโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีมีการดูแลให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์รอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ห้องผ่าตัดตามคิวการผ่าตัด มีการซักประวัติและตรวจสอบความเรียบร้อยก่อนผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแต่ไม่ได้มีการประเมินระดับความวิตกกังวล หรือโปรแกรมใดๆที่ช่วยในการลดระดับความวิตกกังวล มีการพูดคุยให้คำแนะนำเบื้องต้นหากหญิงตั้งครรภ์ขณะรอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีข้อสงสัยในการผ่าตัดหรือสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมเท่านั้น

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ขณะรอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพื่อให้สามารถเผชิญกับความเครียดและความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดคลอดถือเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะส่งผลต่อสภาพจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ไม่ให้เกิดความวิตกกังวลที่สูงเกินไป จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการนำดนตรีบำบัดมาใช้เป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยทุกระยะของการผ่าตัด ซึ่งงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าดนตรีบำบัดมีผลช่วยทำให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด รู้สึกผ่อนคลายจึงทำให้ความวิตกกังวลลดลง รวมทั้งมีผลทำให้ในขณะผ่าตัดค่าเฉลี่ยความดันของหลอดเลือดแดง (Mean arterial pressure: MAP) และอัตราการเต้นของหัวใจของผู้ป่วยลดลง (ณัฐกานต์ เสงี่ยมพร, จารุวรรณ แซ่เต็ง และกวีศักดิ์ จิตตวัฒน์รัตน์, 2564) จากการศึกษาในกลุ่มสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม และเข้ารับการผ่าตัดพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ฟังดนตรีบำบัดอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด มีค่าเฉลี่ยความดันของหลอดเลือดแดงและอัตราการเต้นของหัวใจลดลง (แพรวพรรณ แสงทองรุ่งเจริญ และศรีสุดา งามขำ, 2562) สอดคล้องกับผู้ป่วยที่ฟังดนตรีบำบัดขณะผู้ป่วย ได้รับหัตถการให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน (regional anesthesia: RA) ซึ่งมีค่าระบบไหลเวียนโลหิตและระดับความวิตกกังวลลดลง (Bae, Lim, Hur & Lee, 2014) สำหรับในสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการตรวจด้วย คลื่นความถี่สูงทางช่องคลอดการฟังดนตรีบำบัดขณะทำหัตถการมีผลช่วยลดระดับความวิตกกังวลได้ (รัตนา เพิ่มเพ็ชร และเบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ, 2559) ในผู้ป่วยกลุ่มที่ เข้ารับการผ่าตัดคลอดจากการศึกษาของบุคลากรทางการแพทย์ ที่นำดนตรีบำบัดมาผสมผสานกับการรักษาเพื่อลดระดับความวิตกกังวลในระยะก่อนผ่าตัดและขณะผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่าการฟังดนตรีบำบัดมีส่วนช่วยลดระดับ



ความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ (Sargar et al, 2015) ซึ่งดนตรีบำบัดที่เหมาะสมในการนำมาใช้สำหรับลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยควรเป็นดนตรีบรรเลงประเภทไม่มีเนื้อร้อง ควรมีจังหวะหรือบีตประมาณ 70-80 ครั้ง/นาที ใกล้เคียงกับจังหวะการเต้นของหัวใจ จะทำให้สมองหลั่งสารแห่งความสุข ทำให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำงานตามปกติ มีเสียงธรรมชาติ จังหวะช้า มั่นคง สม่่าเสมอ ทำนองราบเรียบ นุ่มนวล ระดับเสียงปานกลาง-ต่ำ ความเข้มของเสียงไม่ดังมาก ผู้เข้ารับการผ่าตัดที่ได้ฟังดนตรีจะช่วยให้จิตใจสงบ ลดความวิตกกังวล (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2565) นอกจากดนตรีแล้ว ยังพบว่าการทำสมาธิบำบัด สามารถช่วยลดความวิตกกังวลได้ โดยการทำสมาธิบำบัดเป็นการฝึกปฏิบัติที่ใช้ความตั้งใจ จดจ่อ และแน่วแน่อยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งในช่วงระยะเวลาหนึ่ง จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติเกิดความสงบ รู้สึกตัว หรือมีสติในการใช้ชีวิตมากขึ้น ปัจจุบันมีการนำการทำสมาธิมาประยุกต์ใช้กับชีวิตประจำวัน สามารถลดความวิตกกังวล ความเครียด และความทุกข์ทางใจได้ จากการศึกษาผลของการทำสมาธิบำบัดต่อความวิตกกังวลและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายพบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างหลังการทำสมาธิบำบัดต่ำกว่าก่อนทำสมาธิบำบัด และเพิ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ (พราวพิมล กิตติวงศ์วิชัย, 2566) รวมถึงสมาธิบำบัดและดนตรีบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยก่อนถอดท่อเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจยาก มีความวิตกกังวลลดลง (ชนากานต พรหมมาสุข, 2567) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำดนตรีผ่อนคลายร่วมกับสมาธิอย่างง่ายมาสร้างเป็นโปรแกรมเพื่อลดความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ในขณะรอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ขณะรอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีความผ่อนคลาย วิตกกังวลลดลง และไม่เกิดผลกระทบต่องานร่างกายและจิตใจทั้งในระยะรอคลอดและหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ขณะรอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมดนตรีผ่อนคลายและสมาธิอย่างง่าย
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ขณะรอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หญิงตั้งครรภ์ในขณะรอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมดนตรีผ่อนคลายและสมาธิอย่างง่ายมีระดับความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมดนตรีผ่อนคลายและสมาธิอย่างง่าย
2. หญิงตั้งครรภ์ในขณะรอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมดนตรีผ่อนคลายและสมาธิอย่างง่ายมีระดับความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัตหลังการทดลอง (Posttest control group design)

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2566-เมษายน 2567 จำนวนทั้งหมด 1,140 คน

เกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้

1. หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่รู้สึกตัวดี ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ อายุครรภ์ครบกำหนดคลอด อาจจะมีประวัติเคยผ่าตัดคลอดมาแล้วหรือไม่ก็ได้

2. การประเมินความเสี่ยงก่อนเข้ารับการผ่าตัดอยู่ในเกณฑ์ปกติ และเป็น case elective c/s

3. ฟัง พูด ภาษาไทยได้ และการได้ยินปกติ

4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่บังคับ

เกณฑ์การคัดออก ดังนี้

1. หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในกรณีฉุกเฉินหรือเข้าสู่ระยะการคลอดและมดลูกหดตัว

2. หญิงตั้งครรภ์ขอถอนตัวจากการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่รอรับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ห้องคลอด และขณะรอผ่าตัดห้องผ่าตัดสูตินรีเวช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2566-เมษายน 2567 จำนวน 68 คน ผู้วิจัยควบคุมความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีคุณสมบัติต่าง ๆ คล้ายคลึงกันมากที่สุดโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกัน (Homogeneous selection)

การศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G-power ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่ามีการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้ดนตรีผ่อนคลายและสมาธิเพื่อลดความวิตกกังวล (Bae, Lim, Hur & Lee, 2014) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.8 และขนาดของอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.7 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 68 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 34 ราย

เครื่องมือการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือโปรแกรมดนตรีผ่อนคลายและสมาธิอย่างง่าย มีการดำเนินการดังนี้

1.1 ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยต่างๆ เกี่ยวกับคุณสมบัติและองค์ประกอบของดนตรีประเภทต่างๆ ตลอดจนอิทธิพลของดนตรีต่อร่างกาย อารมณ์ และจิตใจของบุคคล ผู้วิจัยจึงเลือกเสียงธรรมชาติ คือ เสียงสายน้ำไหล ซึ่งเป็นเสียงธรรมชาติที่สามารถดึงดูดความสนใจได้ดี และสามารถโน้มน้าวให้เกิดอารมณ์สงบ มีความยาว



20 นาที รวมถึงมีผลลดความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์ที่รอรับการเจาะตรวจน้ำคร่ำ (อรนิต นิคม, นางลักขณ์ เฉลิมสุข และบังอร ศุภวิทพัฒนา, 2562)

1.2 แบบฝึกทำสมาธิอย่างง่าย โดยให้หญิงตั้งครรภ์อยู่ในท่านอนที่สงบและสบาย ให้ใจไปจดจ่อที่ช่องว่างบนหน้าผากระหว่างคิ้วหรือที่เรียกว่า “ตาที่สาม” แล้วสัมผัส หรืออุบรีเวณหน้าผากระหว่างคิ้วด้วยนิ้วเบาๆ เพื่อให้รู้สึกผ่อนคลาย ค่อยๆหลับตาลง นึกถึงสถานที่ที่สวยงาม พยายามคิดหรือจินตนาการว่าตัวเองกำลังอยู่ในสถานที่นั้น ค่อยๆ นับจังหวะลมหายใจเข้าออก ให้พุ่งจุดสนใจไปที่ลมหายใจเข้า-ออก โดยหายใจเข้า-ออกอย่างช้าๆ เบาๆ ในขณะที่กำลังสูดลมหายใจเข้า ให้นับ 1-2-3 และเมื่อหายใจออก ก็ให้นับ 1-2-3 เช่นกัน ทำเช่นนี้เป็นจังหวะจนครบ 20 นาที ค่อยๆลืมตาขึ้น

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย อายุ อายุครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา และประสบการณ์การผ่าตัดคลอด

2.2 แบบสอบถามข้อมูลการวินิจฉัยและวิธีการระงับความรู้สึก จำนวน 4 ข้อ ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอด ชนิดของการดมยาสลบ เป็นแบบเลือกตอบ ส่วนน้ำหนักทารกแรกคลอด และ คะแนน Apgar Score ที่ 1, 5 นาทีโดยเติมคำในช่องว่าง

2.3 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ The State-Trait Anxiety Inventory [STAI] form Y-1 จำนวน 20 ข้อ คำถามแต่ละข้อแบ่งระดับความรู้สึกเป็น 4 ระดับ แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ The State-Trait Anxiety Inventory [STAI] form Y-1 ในแบบสอบถามความวิตก STAI ของสปิลเบอร์เกอร์และคณะ (Spielberger et al, 1983 อ้างในดาราพรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2534) ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยดาราพรรณ ต๊ะปิ่นตา (2534) ซึ่งเป็นแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI form Y-1) จำนวน 20 ข้อ ที่ประกอบด้วยข้อความที่แสดงความวิตกกังวลในทางบวก 10 ข้อ คือ 3 4 6 7 9 12 13 14 17 18 และ ข้อความที่แสดงความวิตกกังวลในทางลบ 10 ข้อ คือ 1 2 5 8 10 11 15 16 19 20 แต่ละข้อจะประเมินความวิตกกังวลเป็น 4 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามทางด้านบวกให้ 4 คะแนน (ไม่มีเลย) ถึง 1 คะแนน (มากที่สุด) ส่วนข้อคำถามทางด้านลบให้ 1 คะแนน (ไม่มีเลย) ถึง 4 คะแนน (มากที่สุด) โดยแบ่งคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญตามช่วงอันตรภาคขึ้นเป็น 3 ระดับดังนี้

คะแนนอยู่ระหว่าง 20-39 คะแนน หมายถึง ความวิตกกังวลขณะเผชิญ ระดับต่ำ

คะแนนอยู่ระหว่าง 40-59 คะแนน หมายถึง ความวิตกกังวลขณะเผชิญ ระดับปานกลาง

คะแนนอยู่ระหว่าง 60-80 คะแนน หมายถึง ความวิตกกังวลขณะเผชิญ ระดับสูง

3. เครื่องมือและอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ เครื่องเล่นเพลงจากโทรศัพท์มือถือ เพื่อส่งสัญญาณเสียงผ่านระบบคลื่นวิทยุบลูทูธมายังหูฟัง และป้องกันผู้เข้าร่วมการวิจัยปรับเปลี่ยนความดังของเสียง และหูฟังชนิดครอบทั้งใบหูแบบ ไร้สาย เพื่อป้องกันเสียงรบกวนจากภายนอกและขจัดความไม่สบายของผู้ป่วยจากสายเคเบิลเพลงบรรเลง ดนตรีบรรเลงเพื่อความผ่อนคลาย

4. ป้ายข้อความ “กิจกรรมฝึกดนตรีผ่อนคลายและสมาธิอย่างง่ายห้ามรบกวน 20 นาที” เพื่อป้องกันการรบกวน



การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โปรแกรมดนตรีผ่อนคลายและสมาธิอย่างง่าย ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านดนตรีบำบัด และสมาธิบำบัด ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลจากสถาบันอุดมศึกษาในกำกับของรัฐ ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 3 ท่าน อาจารย์ทางด้านดนตรี 1 ท่าน และอาจารย์ทางด้านสมาธิ 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา หลังผ่านการตรวจสอบแล้ว ผู้วิจัยคำนวณหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยค่าความตรงของเนื้อหาที่ยอมรับได้สำหรับเครื่องมือนี้เท่ากับ 1 แล้วนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย แล้วนำข้อเสนอแนะมาปรับใช้กับโปรแกรมอีกครั้งเพื่อให้เหมาะสมกับการทดลองมากที่สุด

ผู้วิจัยทดลองใช้ (Try out) ในผู้ป่วยที่รอเข้ารับการผ่าตัดคลอด จำนวน 10 ราย และผู้วิจัย ทดสอบซ้ำ (Test-retest reliability) เมื่อระยะเวลาห่าง จากการประเมิน ครั้งแรก 15 นาที โดยการคำนวณประสิทธิภาพครอนบาค เพื่อตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Cronbach's Alpha Coefficients) ซึ่งเครื่องมือนี้มีค่าเท่ากับ .80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาผลของการฝึกด้วยโปรแกรมดนตรีผ่อนคลายและสมาธิอย่างง่ายต่อระดับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ขณะรอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1. ยื่นหนังสือขออนุมัติโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาล
2. ผู้วิจัย/ผู้ร่วมวิจัย/ผู้ช่วยวิจัย ชี้แจงโครงการและแนวทางในการวิจัยให้แก่ทีมผ่าตัดที่เกี่ยวข้องทราบ
3. แนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ อธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ในการเข้าร่วมการวิจัย และการตอบแบบสอบถาม อธิบายการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับและยินดีให้ความร่วมมือ ผู้วิจัย/ผู้ร่วมวิจัย/ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ใช้เวลา 10-15 นาที

2. ขั้นตอนการวิจัย

2.1 ขั้นตอนการในกลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัย/ผู้ร่วมวิจัย/ผู้ช่วยวิจัย ให้หญิงตั้งครรภ์ขณะรอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกลุ่มควบคุม นอนพักในท่าที่สุขสบาย และนอนพักเป็นระยะเวลา 5 นาที เพื่อเตรียมความพร้อม และทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามข้อมูลการวินิจฉัยและวิธีการระงับความรู้สึก

2. ผู้วิจัย/ผู้ร่วมวิจัย/ผู้ช่วยวิจัย ประเมินความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัด โดยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ The State-Trait Anxiety Inventory [STAI] form Y-1 ใช้เวลา 20-30 นาที ขณะรอผ่าตัดที่ห้องคลอด

3. หญิงตั้งครรภ์กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ



4. ภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ 20 นาที ให้กลุ่มควบคุมพักเป็นระยะเวลา 5 นาที แล้วประเมินความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัด โดยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ The State-Trait Anxiety Inventory [STAI] form Y-1 ใช้เวลา 20-30 นาที ขณะรอผ่าตัดที่ห้องผ่าตัดอีกครั้ง

2.2 ขั้นตอนการในกลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัย/ผู้ร่วมวิจัย/ผู้ช่วยวิจัย ให้หญิงตั้งครรภ์ขณะรอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกลุ่มทดลอง นอนพักในท่าที่สบาย และนอนพักเป็นระยะเวลา 5 นาที เพื่อเตรียมความพร้อม และทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามข้อมูลการวินิจฉัยและวิธีการระงับความรู้สึก

2. ผู้วิจัย/ผู้ร่วมวิจัย/ผู้ช่วยวิจัย ประเมินความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัด โดยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ The State-Trait Anxiety Inventory [STAI] form Y-1 ใช้เวลา 20-30 นาที ขณะรอผ่าตัดที่ห้องเตรียมผ่าตัด

3. หญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมดนตรีผ่อนคลายและสมาธิอย่างง่าย เป็นเวลานาน 20 นาที

4. ภายหลัง 20 นาที ให้กลุ่มทดลองพักเป็นระยะเวลา 5 นาที แล้วประเมินความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัด โดยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ The State-Trait Anxiety Inventory [STAI] form Y-1 ใช้เวลา 20-30 นาที ขณะรอผ่าตัดที่ห้องผ่าตัดอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง เข้าสู่ขั้นตอนการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีการตรวจสอบความสมบูรณ์และความครบถ้วนของข้อมูล หลังจากนั้นได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-square และสถิติ Independent t-test ทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov

3. เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ขณะรอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องก่อนและหลังได้รับโปรแกรมดนตรีผ่อนคลายและสมาธิอย่างง่ายโดยทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่าการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ ใช้สถิติวิลคอกสัน (Wilcoxon)

4. เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ขณะรอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมดนตรีผ่อนคลายและสมาธิอย่างง่าย กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่าการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ ใช้สถิติแมนวิทนี ยู (Mann - Witney U test)



จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เอกสารรับรองเลขที่ 080/2566 รับรองวันที่ 30 ตุลาคม 2566 ถึงวันที่ 30 ตุลาคม 2567 เลขที่โครงการวิจัย REC 66-0078 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ สามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลจะกระทำในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ในทางการศึกษาเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นติใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 28.94 ปี (S.D.=4.87) มีอายุครรภ์เฉลี่ย 38 สัปดาห์ (S.D.=.46) มีระดับการศึกษาต่ำกว่าหรือเท่ากับมัธยมศึกษา ร้อยละ 61.76 มีระดับการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 39.24 ไม่มีประสบการณ์ผ่าตัดคลอด ร้อยละ 47.06 มีประสบการณ์ผ่าตัดคลอดร้อยละ 52.84 ส่วนใหญ่ใช้วิธีระงับความรู้สึกแบบ General anesthesia ร้อยละ 97.10

กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 31.21 ปี (S.D.=4.72) มีอายุครรภ์เฉลี่ย 38 สัปดาห์ (S.D.=.64) มีระดับการศึกษาต่ำกว่าหรือเท่ากับมัธยมศึกษา ร้อยละ 50 มีระดับการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 50 ไม่มีประสบการณ์ผ่าตัดคลอด ร้อยละ 44.12 มีประสบการณ์ผ่าตัดคลอดร้อยละ 55.88 มีวิธีระงับความรู้สึก ประกอบด้วย General anesthesia ร้อยละ 75

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ขณะรอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องก่อนและหลังได้รับโปรแกรมดนตรีผ่อนคลายและสมาธิอย่างง่าย

ผลการวิจัย พบว่า หญิงตั้งครรภ์ขณะรอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องหลังจากที่ได้รับโปรแกรมดนตรีผ่อนคลายและสมาธิอย่างง่าย มีระดับความวิตกกังวลน้อยกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมดนตรีผ่อนคลายและสมาธิอย่างง่าย ($\bar{X}=2.44$, S.D.=.61 และ ($\bar{X}=1.12$, S.D.=.33) ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ขณะรอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องก่อนและหลังได้รับโปรแกรมดนตรีผ่อนคลายและสมาธิอย่างง่าย โดยใช้สถิติวิลคอกสัน ($n=68$)

ครั้งที่ของการประเมิน	ระดับความวิตกกังวล				Wilcoxon Signed Ranks Test
	คะแนน	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	
ก่อนการทดลอง	48.80	ปานกลาง	2.44	0.61	.000***
หลังการทดลอง	22.40	ต่ำ	1.12	0.33	

*** p value<.05



ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ขณะรอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมดนตรีผ่อนคลายและสมาธิอย่างง่ายต่อระดับความวิตกกังวลกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์ขณะรอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมดนตรีผ่อนคลายและสมาธิอย่างง่ายมีระดับความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{X}=1.12$, S.D.=.33 และ $\bar{X}=2.47$, S.D.=.70) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($u=.044$, $p<.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ขณะรอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมดนตรีผ่อนคลายและสมาธิอย่างง่ายต่อระดับความวิตกกังวลกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามปกติจากโรงพยาบาล ด้วยสถิติแมนวิทนี ยู ($n=68$)

กลุ่ม	ระดับความวิตกกังวล				u
	คะแนน	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	
กลุ่มควบคุม	49.40	ปานกลาง	2.47	.70	.044***
กลุ่มทดลอง	22.40	ต่ำ	1.12	.33	

***p value<.05

การอภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมดนตรีผ่อนคลายและสมาธิอย่างง่ายต่อระดับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ขณะรอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เป็นการศึกษาในกลุ่มของหญิงตั้งครรภ์ที่รอรับการผ่าตัด ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี อายุเฉลี่ยประมาณ 30 ปี ซึ่งเป็นอายุที่อยู่ในช่วงวัยเจริญพันธุ์ อายุครรภ์ครบกำหนดคลอดเฉลี่ย 38 สัปดาห์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะฉุกเฉินใดๆ ขณะรอผ่าตัดคลอด ใช้วิธีระงับความรู้สึกแบบ General anesthesia เป็นส่วนใหญ่ซึ่งเป็นการทำให้หญิงตั้งครรภ์ปราศจากความรู้สึก เมื่อทำการผ่าตัดหรือทำหัตถการต่างๆปราศจากความเจ็บปวดและไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น (พิชัย จันทศิลป์ และชยารักษ์ สัจจาณิขย, 2564) ที่เกิดจากการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลในระดับปานกลางก่อนได้รับโปรแกรมดนตรีผ่อนคลายและสมาธิอย่างง่าย

หลังได้รับโปรแกรมดนตรีผ่อนคลายและสมาธิอย่างง่าย หญิงตั้งครรภ์ขณะรอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มีระดับความวิตกกังวล น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม กล่าวคือก่อนเข้ารับโปรแกรมดนตรีผ่อนคลายและสมาธิอย่างง่าย คะแนนระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเท่ากับ 48.80 หลังการทดลองคะแนนระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเท่ากับ 22.40 และเมื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ขณะรอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า หญิงตั้งครรภ์ขณะรอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมดนตรีผ่อนคลายและสมาธิอย่างง่ายมีค่าคะแนนเท่ากับ 22.40 อยู่ในระดับต่ำ ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าคะแนนเท่ากับ 49.40 อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากโปรแกรมดนตรีผ่อนคลายและสมาธิอย่างง่ายเป็นเพลงบรรเลงที่ไม่มีเนื้อร้อง มีเสียงธรรมชาติ ทำนองราบเรียบ นุ่มนวล ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลลดลงจิตใจสงบขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนา เพิ่มเพชร และเบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ (2559) ที่ศึกษาผลของดนตรี



บำบัดต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดคลอด ที่ห้องผ่าตัดสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี พบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดขณะรอการผ่าตัดของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลลดลง หลังฟังดนตรีบำบัดโดยอยู่ในระดับเล็กน้อย เช่นเดียวกับการศึกษาของ อรนิต นิคม, นางลักณ์ เฉลิมสุข และบังอร ศุภวิทิพัฒนา (2562) ที่ศึกษาผลของดนตรีต่อความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์ที่รอรับการเจาะตรวจน้ำคร่ำ พบว่าสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการฟังดนตรีมีความวิตกกังวลลดลงภายหลังฟังดนตรีน้อยกว่าก่อนฟังดนตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่รอรับการเจาะตรวจน้ำคร่ำในกลุ่มที่ได้รับการฟังดนตรีร่วมกับการดูแลตามปกติมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงการศึกษาของ นิตยา วงษ์แตงอ่อน (2564) ที่ศึกษาผลของการใช้ดนตรีบำบัดต่อความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี พบว่าหลังการฟังดนตรีบำบัด กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดลดลงกว่าก่อนฟังดนตรีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อฟังดนตรีสตรีตั้งครรภ์จะปรับอารมณ์ความรู้สึกด้านบวกออกมากระตุ้นให้มีการหลั่งเอนโดรฟิน หญิงตั้งครรภ์จะเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย และลดเครียดความวิตกกังวลลง ทั้งนี้ยังพบว่าดนตรีมีผลต่อร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณของบุคคล ดนตรีจะไปกระตุ้นศูนย์ควบคุมการให้รางวัลในสมอง (Brain reward center) ของระบบลิมบิก ดนตรีบำบัดทำให้ผู้รับการบำบัดเกิดความรู้สึกพึงพอใจ โดยดนตรีจะไปกระตุ้นการหลั่งสารเอ็นโดรฟิน (Endorphins) ลดการกระตุ้นประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก (Sympathetic) ทำให้การหลั่งสารเอพิเนฟริน (Epinephrine) และสารนอร์เอพิเนฟริน (Norepinephrine) ลดลง ดนตรีบำบัดจึงช่วยลดระดับความวิตกกังวลลงได้ จึงเป็นเทคนิคที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ที่มีความวิตกกังวล เครียด จากความเจ็บป่วยต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความผ่อนคลาย หรือ หลุดจากอาการที่เป็นอยู่ได้ (สายันต์ บุญใบ, 2560; สรวาลี สุนทรวิจิตร, 2562) ทั้งนี้นอกจากการฟังดนตรีสตรีตั้งครรภ์ขณะรอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องยังได้ทำสมาธิอย่างง่ายร่วมด้วย การทำสมาธิทำให้สตรีตั้งครรภ์ลดความวิตกกังวลได้อีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ พรราวพิมล กิตติวงศ์วิชัย (2566) ที่พบว่าการทำสมาธิบำบัดทำให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหลังการทำสมาธิบำบัดต่ำกว่าก่อนทำสมาธิบำบัด รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยกอนกอดท้อเครื่องช่วยหายใจโดยไซโปรแกรมสมาธิบำบัดและดนตรีบำบัดในผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจยาก ผู้ป่วยที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมสมาธิบำบัดและดนตรีบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยภาวะความวิตกกังวลในระยะหลังทดลองต่ำกว่าระยะก่อนทดลอง (ชนากานต พรหมมาสุข, 2567) ดังนั้นดนตรีที่มีความประสานกลมกลืนกับเสียงธรรมชาติ ร่วมกับการทำสมาธิอย่างง่ายจะช่วยให้เกิดความสมดุลของพลังงานทำให้ความวิตกกังวลลดลง การทำสมาธิกำหนดลมหายใจ เป็นวิธีการที่ใช้ในการเผชิญภาวะวิกฤตของชีวิตสามารถช่วยลดความเครียดในภาวะวิกฤตชีวิตลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาการสังเคราะห์รูปแบบการจัดการความเครียดในภาวะวิกฤตชีวิตของผู้สูงอายุ (สมสุข นิธิอุทัย, ประทีป จินน์ และอรพินทร์ ชูชม, 2560) ที่พบว่าช่วยลดความไม่สบายใจหรือลดความวิตกกังวลลง และจัดการกับภาวะวิกฤตในชีวิตได้อย่างเหมาะสม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าดนตรีผ่อนคลายและสมาธิอย่างง่ายส่งผลให้ระดับความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์ขณะรอรับการผ่าตัดคลอดลดลง จึงมี



ข้อเสนอแนะให้ส่งเสริมการนำดนตรีผ่อนคลายและสมาธิอย่างง่าย ไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่รอรับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์ขณะรอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องหลังได้รับโปรแกรมดนตรีผ่อนคลายและสมาธิอย่างง่ายมีระดับความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังนั้นพยาบาลในห้องผ่าตัดสามารถนำโปรแกรมดนตรีผ่อนคลายและสมาธิอย่างง่ายไปใช้ร่วมกับการปฏิบัติการพยาบาลตามปกติ เพื่อลดความวิตกกังวลในขณะรอผ่าตัดคลอดรวมถึงหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลของโปรแกรมดนตรีผ่อนคลายและสมาธิอย่างง่ายในกลุ่มผู้ป่วยที่รอผ่าตัดที่มีลักษณะคล้ายกับก่อนผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนาคุณภาพการบริการ และลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด หรืออาจประยุกต์ใช้เป็นพื้นฐานความรู้ และข้อมูลในการนำไปพัฒนาการศึกษาวิจัยเพื่อต่อยอดความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยอื่นๆ ต่อไป เช่น ผู้ป่วยที่รอผ่าตัดทางนรีเวช หรือผ่าตัดหู คอ จมูก ที่ไม่ฉุกเฉิน เป็นต้น

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลอง จะเลือกแบบสุ่มตามคุณสมบัติเข้าในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ขณะรอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนเข้าโปรแกรมระดับปานกลาง ซึ่งอาจต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มที่มีระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญระดับสูง เช่น หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ และจำเป็นต้องผ่าตัดคลอด วัตถุประสงค์ความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงก่อนเข้ารับโปรแกรมดนตรีผ่อนคลายและสมาธิอย่างง่าย

เอกสารอ้างอิง

- ชฎารัตน์ เหลืองอร่าม. (2565). ความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี. สืบค้นจาก <https://hpc.go.th/rcenter/>
- ชนากานต พรหมมาสุข. (2567). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยก่อนคลอดต่อเครื่องช่วยหายใจโดยใช้โปรแกรมสมาธิบำบัดและดนตรีบำบัดในผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจยากเพื่อป้องกันการติดเชื้อในปอดจากการใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ, 3(1), 216-221.
- ดาราพรรณ ต๊ะปันตา. (2534). การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยเอดส์ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิตภาควิชาจิตวิทยา, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ตมิลลา จำปาวัลย์. (2561). ความวิตกกังวลตามสถานการณ์ (State Anxiety). วารสารพุทธจิตวิทยา, 3(1). 13-20.



เอกสารอ้างอิง

- ณัฐกานต์ เสงี่ยมพร, จารุวรรณ แซ่เต็ง และกวีศักดิ์ จิตตวัฒน์รัตน์. (2564). *Critical Care in Postoperative Gynecologic Patients*. สืบค้นจาก <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/topic-review/6904/>
- นิตยา วงษ์แดงอ่อน. (2564). ผลของการใช้ดนตรีบำบัดต่อความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี. สืบค้นจาก <https://apps.hpc.go.th/dmkm/web/uploads/2021/>
- พรารพิมล กิตติวงศ์วิชัย. (2566). ผลของการทำสมาธิบำบัดต่อความวิตกกังวลและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 20(1). 216-226.
- พิชัย จันทศิลป์ และชยาวรักษ์ สัจจาณชัย. (2564). ผลลัพธ์การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อทำการผ่าตัดข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*. 5(10), 127-142.
- แพรวพรรณ แสงทองรุ่งเจริญ และศรีสุดา งามขำ. (2562). การจัดการความปวดในระยะคลอดบนพื้นฐานทฤษฎีเชื่อมโยงระบบประสาท. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ*, 25(2). 1-12.
- รัตนา เพิ่มเพ็ชร และเบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ. (2559). ผลของดนตรีบำบัดต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดคลอด. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 17(3). 34-43.
- เวชระเบียนห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. (2565). สถิติการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ปี 2565. โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี.
- สมสุข นิธิอุทัย, ประทีป จินี่ และอรพินทร์ ชูชม. (2560). การสังเคราะห์รูปแบบการจัดการความเครียดในภาวะวิกฤตชีวิตของผู้สูงอายุ. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา*, 9(2), 73-92.
- สายันต์ บุญใบ. (2560). ดนตรีบำบัด. *วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์*, 4(1), 1-6.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. (2565). ดนตรีบำบัด: เครื่องมือทรงพลังเชิงบวก ช่วยรักษาอาการป่วยทางกายและจิตใจ. สืบค้นจาก <https://resourcecenter-uat.thaihealth.or.th/>
- อรนิต นิคม, นงลักษณ์ เฉลิมสุข และบังอร ศุภวิทิตพัฒนา. (2562). ผลของดนตรีต่อความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะตรวจน้ำคร่ำ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(3), 115-124.
- Bae I, Lim HM, Hur MH, Lee MS. (2014). Intra-operative music listening for anxiety the BIS index and the vital signs of patients undergoing regional anesthesia. *Complementary Therapies in Medicine*, 22, 251-257.
- Kazemi, S. N., Vaziri-harami, R., Vaziri-harami, S., & Mousavian, F. S. (2023). *Anxiety Disorders in Pregnant Women and its Effects on Choosing the Delivery Method*. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/>



เอกสารอ้างอิง

- Sargar D, Chakrabarty K, Bradra B, Singh R, Mandal U, Ghosh D, et al. (2015). Effects of music on patients undergoing caesarean section under spinal anesthesia. *International Journal of Recent Trends in Science and Technology*. 13, 663-667.
- Spielberger, C. D. (1983). *State-trait anxiety inventory a comprehensive bibliography*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.



ผลการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

โรงพยาบาลเขาย้ายสน จังหวัดพัทลุง

จิราภรณ์ สุทธิรักษ์*

โรงพยาบาลเขาย้ายสน จังหวัดพัทลุง

(วันที่รับบทความ: 12 มีนาคม 2567; วันที่แก้ไข: 3 พฤษภาคม 2567; วันที่ตอบรับ: 6 พฤษภาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อน-หลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของพยาบาลและพัฒนาทักษะของพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเขาย้ายสน จังหวัดพัทลุง จำนวน 30 คน โดยจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ การอภิปรายกลุ่มย่อยกรณีศึกษา การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสาธิต การฝึกทักษะทำคลอดปกติ และให้คู่มือการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบประเมินความรู้เรื่องการตกเลือดหลังคลอด และแบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ทดสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหา ได้เท่ากับ .84 และตรวจสอบหาความเที่ยงของแบบประเมินความรู้เรื่องการตกเลือดหลังคลอด โดยใช้สูตร Kuder-Richardson 20 ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .80 และความเที่ยงของแบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดโดยใช้สูตรคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและทดสอบ Pair t-test

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการตกเลือดหลังคลอด และคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดของพยาบาล ก่อนและหลังได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ จะเห็นได้ว่าการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมช่วยให้พยาบาลมีความรู้ และการปฏิบัติการพยาบาลที่ดีขึ้น ดังนั้นจึงต้องได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานในการพัฒนาแนวทางการดูแลอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนด้านความรู้ เพื่อการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้อง เหมาะสม สามารถป้องกันการตกเลือดหลังคลอดได้

คำสำคัญ: การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม, การตกเลือดหลังคลอด, การปฏิบัติการพยาบาล

*ผู้รับผิดชอบบทความ: จิราภรณ์ สุทธิรักษ์; ra2517@live.com



Effects of Nurse Participatory Learning to Prevent Postpartum Hemorrhage Khao Chaison Hospital, Phatthalung Province

Jiraporn Suttiruk*

Khao Chaison Hospital, Phatthalung Province

(Received: 12 March 2024; Revised: 3 May 2024; Accepted: 6 May 2024)

Abstract

The quasi-experimental one-group pretest-posttest design aimed to study the effects of participatory learning of nurses and nursing skills to prevent postpartum hemorrhage. The sample group consisted of 30 professional nurses from Khao Chaison Hospital, Phatthalung Province. The participatory learning approach included knowledge dissemination, case-study subgroup discussions, experience sharing, demonstrations, delivery skill training, and nursing practice guidelines for preventing postpartum hemorrhage. Data collection instruments included a knowledge assessment questionnaire on postpartum hemorrhage and a questionnaire on nursing practices to prevent postpartum hemorrhage. The Content Validity Index (CVI) of research tools was .84. The reliabilities of research tools were tested including the knowledge assessment questionnaire on postpartum hemorrhage using the Kuder-Richardson 20 formula, with a reliability was .80 and the reliability of the nursing practice questionnaire to prevent postpartum hemorrhage using the formula for calculating the Cronbach's Alpha Coefficient reliability was .88. Data analysis utilized descriptive statistics and pair t-tests for two non-independent groups.

The research results found that mean score of knowledge of postpartum hemorrhage and nursing practice scores to prevent postpartum hemorrhage by nurses before and after receiving participatory learning were significantly different at the $p < .001$ level. Participatory learning certainly contributed to nurses' knowledge improvement and nursing practice skills. Therefore, continuous support from organizations was crucial for ongoing care guideline development, and support knowledge to ensure appropriate and effective nursing practices to prevent postpartum hemorrhage.

Keywords: participatory learning, postpartum hemorrhage, nursing practice

*Corresponding author: Jiraporn Suttirak; ra2517@live.com



บทนำ

การตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage) เป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญทางสูติกรรมที่ทำให้เกิดความพิการ และการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก (Smit, Chan, Middeldorp & Roosmalen, 2014) ซึ่งถือเป็นภาวะฉุกเฉินที่สามารถเกิดขึ้นได้กับหญิงตั้งครรภ์ทุกรายไม่สามารถทำนายล่วงหน้าได้ ส่วนใหญ่เกิดขึ้นทันที จากข้อมูลองค์การอนามัยโลกพบว่า มารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 25 (World Health Organization, 2014) ความชุกของไทย ปี พ.ศ. 2552 ถึง 2558 พบว่าภาวะตกเลือดใน 24 ชั่วโมงหลังคลอดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดา ร้อยละ 2.30, 2.37, 2.44, 2.40, 2.39, 2.54 และ 2.65 โดยมีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับ (จิรัสย์พล ไทยนันท์, 2566) และในปีงบประมาณ 2562 (ต.ค. 2561-ก.ย. 2562) พบอัตราการตายมารดาเท่ากับ 19.8 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน โดยพบวามารดามากกว่าครึ่งหนึ่งเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดที่สำคัญและพบได้บ่อยมี 4 สาเหตุหลัก (4T) ได้แก่ 1) Tone คือ มดลูกหดรั้งตัวไม่ดี (Uterine atony) 2) Trauma คือ การฉีกขาดของช่องทางคลอด (Laceration of the genital tract) 3) Tissue คือ การมีเศษรก/เนื้อเยื่อหรือรกค้าง และ 4) Thrombin คือ ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด (Perry et al, 2010; Su, 2012; Murray & McKinney, 2014) เมื่อเกิดการตกเลือดหลังคลอดหากร่างกายไม่สามารถทนได้มารดาจะเกิดภาวะช็อก มีผลกระทบต่อระบบอวัยวะต่างๆในร่างกาย ทำให้องค์กรรักษายอยู่ในโรงพยาบาลนาน เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น (Einerson et al, 2016) ส่งผลถึงสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารก บางรายต้องถูกตัดมดลูกทำให้มีปัญหาภาพลักษณ์ อาจกระทบต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัวได้ (Devendra et al, 2015) จากอุบัติการณ์ที่พบมีโอกาสเกิดความไม่พึงพอใจ และการร้องเรียนของผู้ป่วยและญาติ จึงนำไปสู่การทบทวนคุณภาพการพยาบาล

การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดมีความสำคัญในทุกระยะของการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในระยะคลอดซึ่งตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2012) ให้ปฏิบัติด้วยการจัดการในระยะที่ 3 ของการคลอดโดยเร็ว เรียกว่า Active Management of the Third Stage of Labor (AMTSL) ซึ่งมีรายละเอียดที่สำคัญ คือให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตั้งแต่วินาทีที่ 2 ของการคลอดกับมารดาทุกราย ในการทำคลอดปกติทางช่องคลอด ให้ใช้วิธีการทำคลอดรกแบบ controlled cord traction เพราะช่วยลดเวลาในระยะที่ 3 ของการคลอดทำให้เสียเลือดลดลง คลึงมดลูกทันทีหลังรกคลอด ประเมินการหดตัวของมดลูกในระยะหลังคลอดแก่มารดาทุกราย เพื่อเฝ้าระวังการหดรั้งตัวของมดลูกที่ผิดปกติ

การแก้ไขปัญหาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ส่งผลให้พยาบาลมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาทางการพยาบาลได้ดีขึ้น (ศิริภรณ์ ปิ่นโพธิ์ และสมพร วัฒนกุลเกียรติ, 2564) ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผดุงครรภ์ผู้ดูแลงานอนามัยแม่และเด็กได้พัฒนาคุณภาพงานเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดมาตามลำดับ จึงได้ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์มาเป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า หน่วยงาน The Florida Perinatal Quality Collaborative (FPQC)/ACOG Obstetric Hemorrhage Initiative (OHI) ซึ่งร่วมมือกันภายใต้ The Florida Department of Health



ได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเกี่ยวกับการป้องกันและรักษามารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด เพื่อเป็นเครื่องมือช่วยให้การปฏิบัติทางการพยาบาลมีคุณภาพยิ่งขึ้น นอกจากการมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเกี่ยวกับภาวะเลือดออกทางสูติกรรมที่เป็นมาตรฐาน และการพัฒนาคู่มือหรือแนวทาง ขั้นตอน และวิธีการปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดที่ชัดเจน มีความร่วมมือกันอย่างดีระหว่างหน่วยงานกับคลังเลือด เพื่อให้การเข้าถึงการใช้เลือดอย่างรวดเร็ว และสามารถเข้าถึงยาที่ใช้ในการรักษาภาวะตกเลือดได้โดยเร็วเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินขึ้น ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ระยะแรกรับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล และระยะคลอด เพื่อพัฒนาเป็นคำสั่งการรักษา (Order standing) ที่จำเป็นสำหรับกรณีเสี่ยง ใช้วิธีการจัดการในระยะที่ 3 ของการคลอดโดยเร็วในระยะคลอด ทำการประเมินการสูญเสียเลือดสะสมตั้งแต่ระยะคลอด ระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด และในหน่วยงานหลังคลอด โดยใช้เทคนิคการวัดปริมาตรที่เที่ยงตรง เช่น การตวง การชั่งน้ำหนักในหน่วยงานหลังคลอดแล้วยังมีการส่งเสริมสนับสนุนให้มีการเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม และฝึกซ้อมทักษะที่จำเป็นในการดูแลมารดาที่ตกเลือดหลังคลอด พร้อมทั้งมีการชี้แนะถึงข้อบกพร่องของสมาชิกในทีมเพื่อการพัฒนา (Debriefs) พร้อมทั้งควรมีการสร้างวัฒนธรรมของการบอกเล่าหรือการสนทนาเกี่ยวกับเหตุการณ์ หรือประเด็นสำคัญในการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดที่ควรต้องพัฒนา เพื่อให้ทุกคนในหน่วยงานเกิดความคุ้นเคยและเห็นถึงความสำคัญของการดูแลมารดาหลังคลอดตลอดเวลา (ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ, 2560)

ปีงบประมาณ 2561-2566 โรงพยาบาลเขายายจัน จังหวัดพัทลุง มีสถิติมารดาคลอดทั้งหมด 102, 72, 98, 87, 68 และ 58 ราย ตามลำดับ มารดาที่มีการตกเลือดหลังคลอดจำนวน 4, 3, 4, 2, 5 และ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.92, 4.16, 4.08, 2.29, 7.32 และ 1.72 ตามลำดับ แม้การตกเลือดหลังคลอดจะมีแนวโน้มลดลง แต่ปัญหาที่ยังต้องการแก้ไขเนื่องจากพบอุบัติการณ์ตกเลือดหลังคลอดร่วมกับภาวะช็อกจำนวน 1, 1, 1, 1, 2 และ 0 คิดเป็นร้อยละ 25, 33.33, 25, 50, 40 และ 0 ตามลำดับ ซึ่งตามตัวชี้วัดได้กำหนดอัตราการตกเลือดหลังคลอดร่วมกับภาวะช็อกไม่เกินร้อยละ สาเหตุที่ทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดของโรงพยาบาลเขายายจัน อำเภอเขายายจัน จังหวัดพัทลุง พบว่าสาเหตุเกิดจากภาวะมดลูกหดรัดตัวไม่ดี (Uterine atony) มาเป็นอันดับแรก รองลงมาคือ ภาวะรกค้าง (Retained Placenta) และอีกสาเหตุหนึ่ง คือ เกิดจากการฉีกขาดของช่องทางคลอด (Trauma) นอกจากนี้การเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดที่มาจากการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากร เช่น การประเมินความเสี่ยงไม่ครอบคลุม ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด มีทักษะ ความชำนาญในการทำคลอด เย็บแผลฝีเย็บ การดูแลมารดาในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดไม่เพียงพอ (สถิติโรงพยาบาลเขายายจัน, 2566) หากการสูญเสียเลือดยังดำเนินต่อไปไม่ได้รับการแก้ไขเสียเลือดยาวนาน มารดาจะเกิดภาวะช็อก การเกิดภาวะช็อก (Shock) จากการตกเลือดหลังคลอดสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากมารดาที่มีภาวะรกค้าง เป็นมารดาครรภ์หลังที่มีประวัติแท้ง มีประวัติตกเลือดมาก่อน (Miller et al, 2017)

การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดจึงเป็นสิ่งสำคัญ สำหรับพยาบาลซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่กับมารดาในระยะคลอดมากที่สุด ต้องเฝ้าระวังแต่ละระยะเพิ่มขึ้น โรงพยาบาลเขายายจันเป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอ ขนาด 30 เตียง และพัฒนาคุณภาพบริการตามนโยบายของกรมอนามัยโดยกำหนดให้การตกเลือดหลังคลอดเป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพการพยาบาล งานห้องคลอดโรงพยาบาลเขายายจันได้ให้ความสำคัญในการดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดโดยการจัดการในระยะ



ที่ 3 ของการคลอดโดยเร็ว มาใช้ปฏิบัติการพยาบาลซึ่งสามารถลดปริมาณเลือดจากการคลอดและความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดได้ และทบทวนการดูแลมารดาโดยใช้เครื่องมือ C3THER เป็นการทบทวนของแพทย์ พยาบาล อนามัยผู้ป่วย และเป็นเครื่องมือที่จะทำให้เกิดความเสี่ยงน้อยลง ซึ่งประกอบด้วย 1) Care ทบทวนมาตรฐานและปลอดภัยของขั้นตอนและแนวทางในขณะดูแลผู้ป่วย 2) Communication ทบทวนการสื่อสารให้ข้อมูลที่จำเป็นและเพียงพอ 3) Continuity การดูแลต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน 4) Team ทบทวนในเรื่องความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ 5) Human resource ทบทวนความเพียงพอของความรู้และทักษะของทีม 6) Environment/Equipment/Economic ทบทวนความถูกต้องเพียงพอ และความพร้อมในการใช้งานของสิ่งแวดล้อม 7) Record ทบทวนความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียนที่บันทึกในแต่ละเวร/วัน แต่การป้องกันก็ยังไม่ครอบคลุม เพราะการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยกลุ่มบุคคลใดบุคคลหนึ่ง สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดส่วนใหญ่เกิดจากรกและเศษรกค้าง การฉีกขาดของช่องทางคลอด และไม่ทราบสาเหตุ ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าสาเหตุของการตกเลือดเป็นสาเหตุที่ป้องกันได้ และจากข้อจำกัดด้านบุคลากร โรงพยาบาลเขาชัยสน จึงมีการบริหารจัดการโดยจัดเวรให้พยาบาลทุกคน ซึ่งเป็นพยาบาลจากแผนกต่าง ๆ หมุนเวียนกันมาปฏิบัติการพยาบาลในแผนกห้องคลอด โดยจากการนิเทศติดตามงาน พบว่าบุคลากรพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดไม่เป็นไปในทางเดียวกัน การประเมิน การส่งต่อข้อมูลไม่ต่อเนื่อง การปฏิบัติการพยาบาลตามความรู้พื้นฐานและประสบการณ์ของแต่ละบุคคลไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน แม้จะเคยได้รับความรู้มาแล้ว แต่ไม่ได้แสดงออกอย่างเต็มความสามารถ เนื่องจากอุปนิสัยมีจำนวนไม่มากทำให้ไม่มีประสบการณ์จึงขาดทักษะ ส่งผลถึงการตัดสินใจที่ล่าช้า และอาจทำให้เกิดการเสียชีวิตของมารดาได้ในที่สุด (สถิติโรงพยาบาลเขาชัยสน, 2566)

การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดจึงควรปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของโคลบ ซึ่งกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมให้การยอมรับและเชื่อว่าประสบการณ์คือ ความรู้ คนทุกคนย่อมมีความรู้ ความคิด และประสบการณ์ของตนเอง ยิ่งประสบการณ์มากยิ่งมีความรู้ในเรื่องนั้นกว้างขวางและลึกซึ้ง โดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเปิดโอกาสให้พยาบาลได้แลกเปลี่ยนความรู้กันและกัน ช่วยให้เกิดการถ่ายเทไหลเวียนของความรู้ (Flow of knowledge) ร่วมกันค้นหาคำตอบที่แท้จริงของปัญหา โดยเอาความรู้ความเชี่ยวชาญ ประสบการณ์ที่มีอยู่ของแต่ละคนมาแลกเปลี่ยนกัน ค้นหาคำตอบหรือข้อสรุปที่ดีและเหมาะสม ผ่านการมีปฏิสัมพันธ์อันดีต่อกันในเวทีการเรียนรู้ โดยกิจกรรมกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 1) ขั้นประสบการณ์ โดยจัดกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการ บรรยายด้วยสื่อและการให้คู่มือการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเพื่อนำไปศึกษาเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาประสบการณ์เดิมทั้งด้านความรู้ และการปฏิบัติการพยาบาล 2) ขั้นไตร่ตรอง เป็นการร่วมแลกเปลี่ยนกับกลุ่มด้วยการอภิปรายกลุ่มย่อยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สะท้อนความคิด และแก้ไขปัญหา ซึ่งช่วยให้เกิดทัศนคติที่ดีจนเป็นทักษะ และ 3) ขั้นสรุปหลักการ เป็นการสรุปหลักการ แนวคิด และนำความรู้ดังกล่าว มาทดลองปฏิบัติ โดยการสาธิตและการสาธิตย้อนกลับขั้นตอนการทำคลอดปกติ การฝึกปฏิบัติการพยาบาลระยะรับใหม่ ระยะคลอด การทำคลอดปกติ และระยะหลังคลอด และนำไปปฏิบัติงานจริง เพื่อให้พยาบาลเกิดความเชื่อมั่นทางการ



พยาบาลอย่างถูกต้อง นำไปสู่คุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ (Kolb, Rubin & Osland, 1991)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด
2. เพื่อพัฒนาทักษะของพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

สมมติฐานการวิจัย

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีส่วนช่วยให้พยาบาลมีความรู้ และทักษะ ในการดูแลและป้องกันการตกเลือดหลังคลอดได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองนี้เป็นการศึกษาผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของโคลบ (Kolb, Rubin & Osland, 1991) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดโดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดมีการดำเนินกิจกรรมด้วยการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ทบทวนประสบการณ์เดิม ทบทวนสิ่งที่เคยเรียนรู้มา และแบ่งปันประสบการณ์ที่เหมือนหรือแตกต่างไปจากตนเองด้วยการอภิปรายกลุ่มย่อยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และร่วมกันสรุปหลักการ แนวคิด และนำความรู้ดังกล่าวมาทดลองปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โดยจัดให้มีการสาธิตและการสาธิตย้อนกลับขั้นตอนการทำคลอดปกติ การฝึกปฏิบัติการพยาบาลระยะรับใหม่ ระยะคลอด การทำคลอดปกติ และระยะหลังคลอด และนำไปปฏิบัติงานจริง ซึ่งการทบทวนประสบการณ์เดิมทั้งด้านความรู้ และการปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับการอภิปรายกลุ่มย่อยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กรณีมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ทำให้ผ่านกระบวนการจัดระบบความคิดของตนเองได้สะท้อนความคิด และแก้ไขปัญหา เกิดทัศนคติที่ดีจนเป็นทักษะ สรุปเป็นความคิดรวบยอดที่ได้พัฒนาความรู้ความเข้าใจนำไปปฏิบัติ และประยุกต์ใช้ในการพยาบาลได้ง่าย ส่งผลให้มีความรู้ และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเพิ่มขึ้น ซึ่งสามารถสรุปได้ ดังภาพที่ 1



ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

ขั้นที่ 1 ประสพการณ์

กิจกรรมที่ 1 การอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนา
ประสบการณ์เดิมทั้งด้านความรู้ และการปฏิบัติการ
พยาบาล

ขั้นที่ 2 การไตร่ตรอง

กิจกรรมที่ 2 การอภิปรายกลุ่มย่อยแลกเปลี่ยน
ประสบการณ์ ทำให้ผ่านกระบวนการจัดระบบความคิด
ของตนเองได้สะท้อนความคิด และแก้ไขปัญหา เกิด
ทัศนคติที่ดีจนเป็นทักษะ

ขั้นที่ 3 การสรุปหลักการ

กิจกรรมที่ 3 สรุปเป็นความคิดรวบยอด

ขั้นตอนที่ 4 การทดลองปฏิบัติจริง

กิจกรรมที่ 4 นำไปปฏิบัติ และประยุกต์ใช้ในการ
พยาบาล



- ผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของพยาบาล
- ทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการ
ตกเลือดหลังคลอดของพยาบาล

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบหนึ่งกลุ่ม วัดผล
ก่อน-หลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาผลการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของพยาบาลเพื่อ
ป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง จำนวน 30 ราย
ซึ่งเป็นจำนวนพยาบาลทั้งหมดที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง

เกณฑ์การคัดเลือก มีดังนี้

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้หมุนเวียนขึ้นปฏิบัติงานแผนกห้องคลอดโรงพยาบาลเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง
2. ให้ความร่วมมือด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก มีดังนี้

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง



เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย

1) ขั้นประสบการณ์ เป็นการใช้เทคนิคกระบวนการเรียนผ่านประสบการณ์ ด้วยการทบทวนประสบการณ์เดิม ทบทวนสิ่งที่ได้ทำ เคยเรียนรู้มาเป็นองค์ความรู้ที่สะสมในตัวเอง และแบ่งปันประสบการณ์ที่เหมือนหรือแตกต่างไปจากตนเอง โดยจัดกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้เวลา 1 ชั่วโมง ซึ่งเป็นการบรรยายด้วยสื่อ การให้คู่มือการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเพื่อนำไปศึกษาเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาประสบการณ์เดิมทั้งด้านความรู้ และการปฏิบัติการพยาบาล

2) ขั้นไตร่ตรอง เป็นการนำความคิดเห็นของตนไปร่วมแลกเปลี่ยนกับกลุ่มด้วยการอภิปรายกลุ่มย่อยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำให้ผ่านกระบวนการจัดระบบความคิดของตนเองได้สะท้อนความคิด และแก้ไขปัญหา เกิดทัศนคติที่ดีจนเป็นทักษะ

3) ขั้นสรุปหลักการ เป็นขั้นตอนสรุปหลักการ แนวคิด และนำความรู้ดังกล่าว มาทดลองปฏิบัติ โดยจัดให้มีการสาธิตและการสาธิตย้อนกลับขั้นตอนการทำคลอดปกติ การฝึกปฏิบัติการพยาบาลระยะรับใหม่ ระยะคลอด การทำคลอดปกติ และระยะหลังคลอด และนำไปปฏิบัติงานจริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรสในปัจจุบัน ศาสนา การศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด และรายได้ต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เรื่องการตกเลือดหลังคลอด ประกอบด้วยคำถามที่ครอบคลุม การประเมินสภาพ และการพยาบาลทั้งในระยะเตรียมคลอด ระหว่างคลอดและหลังคลอด โดยผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 20 ข้อ ข้อคำถามกำหนดให้เลือกตอบโดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 20 คะแนน ซึ่งแปลผลคะแนนโดยใช้เกณฑ์ของ Bloom (1971) ดังนี้

คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (16-20 คะแนน) หมายถึง ความรู้ระดับสูง

คะแนนร้อยละ 60-79 (12-15 คะแนน) หมายถึง ความรู้ระดับปานกลาง

คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-11 คะแนน) หมายถึง ความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด เป็นแบบสอบถามที่ประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดโดยผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 16 ข้อ ข้อคำถามกำหนดให้เลือกตอบโดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ปฏิบัติทุกครั้งให้ 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งให้ 2 คะแนน ไม่ค่อยได้ปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน คะแนนเต็ม 48 คะแนน ซึ่งแปลผลคะแนน โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom (1971) ดังนี้

คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (39-48 คะแนน) หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับสูง

คะแนนร้อยละ 60-79 (29-38 คะแนน) หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง



คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (16-28 คะแนน) หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาสำหรับเครื่องมือที่ใช้ในศึกษา ดังนี้

1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้เรื่องการตกเลือดหลังคลอด และแบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย สูติแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในด้านแม่และเด็ก 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสูติศาสตร์ 1 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้องและความเหมาะสมด้านเนื้อหา และภาษาที่ใช้ได้ค่าความตรงเท่ากับ .84

2. การตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) ในโรงพยาบาลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 คน พบว่าความเที่ยงของแบบประเมินความรู้เรื่องการตกเลือดหลังคลอด โดยใช้สูตร Kuder-Richardson 20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80 และความเที่ยงของแบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดโดยใช้สูตรคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยเพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมในการวิจัยและติดตามการพิจารณา

2. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาชัยสนเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตดำเนินการวิจัย

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย โดยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย รูปแบบการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้จากการร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ร่วมวิจัย พร้อมให้ลงชื่อเพื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยและดำเนินการ ดังนี้

3.1. กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความรู้เรื่องการตกเลือดหลังคลอด และแบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด (Pre-test)

3.2 ส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย จัดกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้เวลา 1 ชม โดยให้กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มย่อยทบทวนประสบการณ์เดิม สิ่งที่ได้ทำ หรือสิ่งที่เคยเรียนรู้มา อภิปรายกลุ่มย่อยแลกเปลี่ยน



ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด และร่วมกันสรุปหลักการ แนวคิดพร้อมทั้งแจกคู่มือการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเพื่อนำไปศึกษาเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาประสบการณ์เดิมทั้งด้านความรู้และการปฏิบัติการพยาบาล จากนั้นกลุ่มตัวอย่างทดลองปฏิบัติ โดยจัดให้มีการสาธิตและการสาธิตย้อนกลับขั้นตอนการทำคลอดปกติ การฝึกปฏิบัติการพยาบาลระยะรับใหม่ ระยะคลอด การทำคลอดปกติ และระยะหลังคลอด และนำไปปฏิบัติงานจริง

3.3 กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความรู้เรื่องการตกเลือดหลังคลอด โดยทำการประเมินทันทีหลังเข้าร่วมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และแบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดโดยทำการประเมินหลังเข้าร่วมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 1 เดือน (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผลเบื้องต้น โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) ได้แก่ Pair t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติให้ทำการศึกษา จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง ตามหนังสือรับรองเลขที่ PPHOREC/2567 COA NO. 17 ลงวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567 จนถึงวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2568 ซึ่งการศึกษานี้ผู้วิจัยคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยอย่างเคร่งครัดในการเคารพสิทธิมนุษยชน มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยจัดทำเอกสารพิทักษ์สิทธิพร้อมทั้งชี้แจงกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ และหากกลุ่มตัวอย่างต้องการยุติการให้ข้อมูลหรือถอนตัวจากการวิจัยสามารถกระทำได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง และคำตอบที่ได้จะไม่มีการเปิดเผย การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการวิจัย และให้ลงนามในหนังสือพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาล จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่มีอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 40.0 ($\bar{X}=43.80$, S.D.=11.57) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.7 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี 93.3 นั้บถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 83.3 มีรายได้ 50,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 46.7 ($\bar{X}=40,180.00$, S.D.=14,438.22) มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล มากกว่า 20 ปี ร้อยละ 56.7 ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไป (N=30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
21-30 ปี	8	26.7
31-40 ปี	1	3.3
41-50 ปี	12	40.0
51-60 ปี	9	30.0
$\bar{X}=43.80$, S.D.=11.57, Min= 23, Max=58		
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	28	93.3
ปริญญาโท	2	6.7
ศาสนา		
พุทธ	25	83.3
อิสลาม	5	16.7
สถานภาพ		
โสด	10	33.3
คู่	19	63.3
หม้าย/แยกกันอยู่	1	3.3
รายได้ (บาท/เดือน)		
น้อยกว่า 20,000 บาท	6	20.0
20,000-29,999 บาท	1	3.3
30,000-39,999 บาท	2	6.7
40,000-49,999 บาท	7	23.3
50,000 บาทขึ้นไป	14	46.7
$\bar{X}=40,180.00$, S.D.=14,438.22		
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล (ปี)		
น้อยกว่า 10 ปี	8	26.7
11-19 ปี	5	16.7
มากกว่า 20 ปี	17	56.7



ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการตกเลือดหลังคลอดของพยาบาลก่อนและหลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการตกเลือดหลังคลอดก่อนได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 16.87 คะแนน (S.D.=1.46) ซึ่งมีความรู้ในระดับสูง และหลังได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการตกเลือดหลังคลอด 17.70 คะแนน (S.D.=4.05) ซึ่งมีความรู้ในระดับสูง เมื่อทดสอบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการตกเลือดหลังคลอดของพยาบาลก่อนและหลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยใช้สถิติทดสอบค่าทีชนิด 2 กลุ่มไม่เป็นอิสระต่อกัน พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<.05$ และพบว่าแม้ว่าหลังได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีคะแนนเพิ่มสูงขึ้น แต่บางรายมีคะแนนเท่าเดิม และมีคะแนนลดลง ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเพียง 0.83 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการตกเลือดหลังคลอด ของพยาบาลก่อนและหลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ความรู้เรื่องการตกเลือดหลังคลอด ของพยาบาล	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t-test	p value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการตกเลือด หลังคลอดของพยาบาล	16.87	1.46	17.70	4.05	-3.542	.001*

*p value<.05

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดของพยาบาลก่อนและหลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดของพยาบาลก่อนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 42.07 คะแนน (S.D.=5.29) ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับสูง และหลังได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด 46.03 คะแนน (S.D.=1.61) ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับสูง เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยใช้สถิติทดสอบค่าทีชนิด 2 กลุ่มไม่เป็นอิสระต่อกัน (Pair t-test) พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<.05$ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดของพยาบาลก่อนและหลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตก เลือดหลังคลอดของพยาบาล	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t-test	p value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
คะแนนการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน การตกเลือดหลังคลอดของพยาบาล	42.07	5.29	46.03	1.61	-4.497	.001*

*p value<.001



อภิปรายผล

ความรู้เรื่องการการตกเลือดหลังคลอดของพยาบาลโรงพยาบาลเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยใช้วิธีการบรรยายเรื่องการตกเลือดหลังคลอด ร่วมกับการอภิปรายกลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์กรณีมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด การสาธิตขั้นตอนการทำคลอดปกติ การดูแลมารดาในระยะหลังคลอด และการให้คู่มือการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด เพื่อนำไปศึกษาเพิ่มเติม กิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่เน้นให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ร่วมแชร์ประสบการณ์ และความรู้จากประสบการณ์ตรงจากการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้สามารถเชื่อมโยงความรู้ ความรู้เดิม กับประสบการณ์การทำงาน จึงเกิดการเรียนรู้เพิ่มขึ้นจากเดิม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณฐา เชียงบัว, วราภรณ์ บุญเชียง และศิวพร อังวัฒนา (2561) ที่ศึกษาผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้เข้าร่วมการศึกษาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลสารภี อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 40 ราย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตน เรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นเดียวกับการศึกษาของนุชรินทร์ โกสีย่วงศานนท์, สุคนธ์ ไขแก้ว และเบญจวรรณ พุทธิอังกูร (2561) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงานของผู้ตรวจการนอกเวลาราชการ ที่โรงพยาบาลระดับตติภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดกรมการแพทย์ กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงาน ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการมีความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงานสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีผลทำให้ผู้เข้าร่วมการศึกษามีความรู้ เกิดการพัฒนาความรู้ จึงควรนำการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาใช้เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพ

ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดของพยาบาลโรงพยาบาลเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลเป็นความสามารถด้านทักษะที่ต้องอาศัยความชำนาญเฉพาะด้าน ต้องใช้ระยะเวลาฝึกฝนตนเองอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนจะพบเจอกับกรณีมารดาตกเลือดหลังคลอดนานๆ ครั้ง พยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลในแผนกสูติกรรมเป็นพยาบาลที่อยู่ประจำในแผนกอื่นๆ ได้รับการมอบหมายให้มาปฏิบัติงานที่แผนกสูติกรรมเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยสูติกรรมเท่านั้น พยาบาลจึงต้องใช้การทบทวนแนวทางการดูแลต่างๆ บ่อยครั้งจนเกิดความเชี่ยวชาญ และชำนาญงาน จนสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ เมื่อเกิดการตกเลือดหลังคลอดในการฝึกทักษะปฏิบัติ ความรู้ก็เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดความเข้าใจ และเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติ จนสามารถปฏิบัติการ



พยาบาลได้อย่างถูกต้อง แม้กลุ่มตัวอย่างจะมีคะแนนความรู้ในการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง แต่ก็ยังมีกลุ่มตัวอย่างบางรายที่มีคะแนนเท่าเดิม และมีคะแนนลดลง รายที่มีคะแนนการปฏิบัติลดลงจากเดิม เนื่องจากในการปฏิบัติแต่ละครั้งขึ้นอยู่กับแพทย์ที่หมุนเวียนมาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชนซึ่งไม่ได้เป็นสูติแพทย์ การปฏิบัติจึงไม่ได้เป็นไปตามแนวทางการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอด บางครั้งขึ้นอยู่กับความรู้ความชำนาญของแพทย์ผู้ดูแล ซึ่งมีวิธีการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน แต่ก็ให้การดูแลตามแนวทางการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอด ดังนั้นด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาลจึงความแตกต่างกันทั้งก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจพร ไพบูลย์พลาย้อย (2558) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวน 115 คน ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมของหัวหน้าหอผู้ป่วย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และจากการศึกษาของ อรรถยา อมรพรหมภักดี (2562) ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการนิเทศการพยาบาลปฐมภูมิ ที่ส่งเสริมการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ มีทักษะ มีความมั่นใจ มีเจตคติที่ดี มีความพึงพอใจ ผู้ใช้บริการมีความปลอดภัยด้านสุขภาพ และเกิดความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล จะเห็นได้ว่าการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมช่วยให้พยาบาลมีทักษะการปฏิบัติการพยาบาลที่ดีขึ้น อันเกิดจากการรับรู้ การเล็งเห็นความสำคัญ และความร่วมมือร่วมใจของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานในการพัฒนาแนวทางการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจจะต้องกำหนดเป็นแนวทางในการฟื้นฟูวิชาการที่เป็นลายลักษณ์อักษร โดยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ เข้ามาดูแลสนับสนุนด้านความรู้ วิชาการ เพื่อการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้อง เหมาะสม สามารถป้องกันการตกเลือด และลดอัตราการเกิดภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดได้

นอกจากนี้ การส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติมีความสำคัญและจำเป็นในการป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติสามารถทำให้พยาบาลมีพฤติกรรมในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และลดการเกิดอุบัติการณ์และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยได้ ซึ่งหากมีการปฏิบัติที่ไม่เป็นไปตามที่กำหนด พยาบาลหรือทีมผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องจะต้องมีกระบวนการให้การดำเนินการเพื่อให้สามารถทำตามแนวปฏิบัติได้โดยการใช้กระบวนการสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแล การรายงานผู้ตรวจการเพื่อให้ร่วมตัดสินใจ การประสานการดูแล เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลตามมาตรฐาน และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีแนวทางการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือแนวปฏิบัติไปในองค์กร ของ โรเจอร์ (Roger, 1995) เพื่อให้บุคลากรยอมรับและนำไปใช้ในการปฏิบัติ ซึ่งมีมิติของเวลาเกี่ยวข้อง 5 ระยะ ได้แก่ การให้ความรู้ การโน้มน้าวจิตใจ การตัดสินใจ การนำไปใช้ และการยืนยันการใช้

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. รูปแบบการจัดโปรแกรมการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด สามารถนำไปใช้ได้โดยใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาพยาบาลให้มีความรู้ ความสามารถในการดูแลมารดาหลังคลอด ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา



และความต้องการของผู้ป่วยเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ทั้งยังเป็นรูปแบบที่ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม และฝึกซ้อมทักษะที่จำเป็นในการดูแลมารดาที่ตกเลือดหลังคลอด พร้อมทั้งมีการชี้แนะถึงข้อบกพร่องของสมาชิกในทีมเพื่อการพัฒนา และช่วยสร้างวัฒนธรรมของการบอกเล่าหรือการสนทนาเกี่ยวกับเหตุการณ์ หรือประเด็นสำคัญในการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดที่ควรต้องพัฒนา เพื่อให้ทุกคนในหน่วยงานเกิดความคุ้นเคยและเห็นถึงความสำคัญของการดูแลมารดาหลังคลอด

2. เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลมารดาเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้พบว่าความรู้ของพยาบาลหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญในการพัฒนาความรู้ของพยาบาลโดยมีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้น และสามารถนำความรู้มาปรับใช้เพื่อการดูแลหญิงหลังคลอดอย่างถูกต้องเหมาะสม

2. ควรนำการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมไปใช้ในการพัฒนาความรู้ และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับมารดาทั้งภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ และภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม

3. ควรมีการศึกษาวิจัยประเมินติดตามผลเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการลดการเกิดการตกเลือดหลังคลอดของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของพยาบาลระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- จิรย์พล ไทยนันท์. (2566). ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในการคลอดทางช่องคลอดที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา. *บูรพาเวชสาร*, 10(1), 1-17.
- ณฐา เชียงปิว, วราภรณ์ บุญเชียง และศิวพร อึ้งวัฒนา. (2561). ผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ อสม. *วารสารพยาบาลสาร*. 45(1), 87-99.
- นุชรินทร์ โกสีย์วงศานนท์, สุคนธ์ ไขแก้ว และเบญจวรรณ พุทธิอังกูร. (2561). ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงานของผู้ตรวจการนอกเวลาราชการ ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งสังกัดกรมการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์*. 14(1), 25-39.
- เบญจพร ไพบูลย์พลาย้อย. (2558). ผลของโปรแกรมการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. (การบริหารการพยาบาล) กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ. (2560). การตกเลือดหลังคลอด: บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน. *สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย*, 6(2), 146-157.



เอกสารอ้างอิง

- สถิติโรงพยาบาลเขาชัยสน. (2566). เวชระเบียนห้องคลอดโรงพยาบาลเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *แนวทางการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังมารดาตาย
สำหรับประเทศไทย*. สืบค้นจาก [https://multimedia.anamai.moph.go.th/associates/ebook-01-
momandchild/](https://multimedia.anamai.moph.go.th/associates/ebook-01-momandchild/)
- ศิริภรณ์ ปิ่นโพธิ์ และสมพร วัฒนกุลเกียรติ. (2564). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตก
เลือด ระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด แผนกสูติกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น. ใน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *การ
ประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 22 (ออนไลน์)* (น. 134-147). บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรรถยา อมรพรหมภักดี. (2562). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการนิเทศการพยาบาลปฐมภูมิ
ที่ส่งเสริมการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ*.
[ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์] กรุงเทพมหานคร: สถาบันพฤติกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- Bloom, Benjamin S. (1971). *Hand book on formative and summative evaluation of student. Learning*.
New York: Mc Graw-Hill Book Company.
- Devendra, B.N., Seema, K.B. & Kammappa, K.A. (2015). Episiotomy wound hematoma: Recognition,
management and healing assessment by REEDA scale in postpartum period. *IOSR Journal of
Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*. 14(9), 8-11.
- Einerson, B.D., Baksh, L., Fisher, J.A., Sullivan, A. & Clark, E.A.S. (2016). Postpartum hemorrhage
implementing your bundle. University of Utah. Retrieved from: [https://healthcare.utah.edu/
echo/docs/pregnancy-care-didactics/201609.09-postpartum-hemorrhage.pdf](https://healthcare.utah.edu/echo/docs/pregnancy-care-didactics/201609.09-postpartum-hemorrhage.pdf).
- Kolb, D.A, Rubin, I.M & Osland J. (1991). *Organizational behavior: An experiential approach*.
Englewood Cliffs: Prentice-Hall
- Miller, J.G., Goyal, N., & Wice, M. (2017). A cultural psychology of agency: morality, motivation, and
reciprocity. *Perspectives on Psychological Science*, 12(5), 867-875.
<https://doi.org/10.1177/1745691617706099>
- Murray, S.S. and McKinney, E.S. (2014). *Pain management during childbirth. In foundation of maternal-
newborn and women's health nursing*. 6thed., (pp.278-282). United States of America:
Saunders Elsevier



เอกสารอ้างอิง

- Perry, E., Hockenberry, M.J., Lowdermilk, D.L. and Winson, D. (2010). Postpartum complications. In Maternal Child Nursing Care. 4thed. (pp. 576-585). Canada: Mosby Elsevier.
- Roger EM. (1995). Diffusion of innovations. 4thed. The free press world stroke organization.
- Smit, M., Chan, L., Middeldorp, J., & Roosmalen, J. (2014). Postpartum hemorrhage in midwifery care in the Netherlands: validation of quality indicators for midwifery guidelines. BMC Pregnancy and Childbirth. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4266235/>
- Su C. W. (2012). Postpartum hemorrhage. *Primary care*, 39(1), 167–187. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2011.11.009>
- World Health Organization. (2012). *WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum hemorrhage*. Italy: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data Retrieved from https://iris.who.int/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf
- World Health Organization. (2014). Trends in maternal mortality: 1990 to 2013: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA. The world bank and the United Nations population [online]. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf?ua=1.



ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านไทย อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดอุดรธานี

สมชาย บุญตะวัน*

สาธารณสุขอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุดรธานี

(วันที่รับบทความ: 13 มีนาคม 2567; วันที่แก้ไข: 24 พฤษภาคม 2567; วันที่ตอบรับ: 3 มิถุนายน 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับประชาชนกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านไทย อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดอุดรธานี โดยประยุกต์ใช้ การเสริมสร้างความรอบรู้ในการจัดโปรแกรม กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและได้รับการรักษา จำนวน 136 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 68 คน กลุ่มควบคุม 68 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมดำเนินชีวิตประจำวันปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired Sample t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สรุปได้ว่าโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** สมชาย บุญตะวัน; tarzarn133@hotmail.com



Effectiveness of Health Literacy Program to Liver Flukes Preventing among Risk Population at Ban Thai Subdistrict, Khueangnai District, Ubon Ratchathani province

Somchai Boontawan*

Sawang Wirawong Public Health Office Ubon Ratchathani province

(Received: 13 March 2024; Revised: 24 May 2024; Accepted: 3 June 2024)

Abstract

This quasi-experimental research was to study the effectiveness of a health literacy program on liver flukes prevention among the at-risk population in Tumbol BarnThai Khueangnai District Ubon Ratchathani province. The health literacy program was applied. The sample were 136 people who infected with liver flukes and received medication and divided into 68 experimental group and 68 control group. The experimental group participated in the 12-week liver fluke prevention program, while the control group did not participate in the program. The research tool was a health literacy assessment, behavior, and health literacy program interview for liver fluke prevention. The data were analyzed using statistics, a Paired Sample t-test, and an independent t-test.

The results showed that health literacy scores concerning preventive behaviors for liver fluke prevention after participation in the program was more statistically significant than before participation and higher than the control group ($p < .05$). In conclusion, the health literacy program, and behaviors might be prevented and control the liver fluke disease.

Keywords: effectiveness of health literacy program, health literacy, behaviors, prevention of liver fluke

***Corresponding author:** Somchai Boontawan; tarzarn133@hotmail.com



บทนำ

พยาธิใบไม้ตับ (*Opisthorchis viverrini*) เป็นหนอนพยาธิที่มีความสำคัญทางการแพทย์ และการสาธารณสุข ของประเทศไทย องค์การอนามัยโลกได้จัดอันดับให้โรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี เป็นโรคที่สำคัญและได้มี การศึกษาพบว่า *O. viverrini* มีคุณสมบัติเป็นสารก่อมะเร็ง (Biological carcinogen) โดยเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้พัฒนาไป เป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma: CCA) (Sithithaworn et al, 2014) โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิต ลำดับต้นของประชากรไทย จากข้อมูล พบว่าในแต่ละปีมีคนเสียชีวิต จากโรคมะเร็งมากที่สุด โดยข้อมูลจากสถาบันมะเร็ง แห่งชาติ เผยว่าคนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง เฉลี่ยวันละ 221 ราย หรือคิดเป็น 80,665 รายต่อปี พบผู้ป่วยรายใหม่จาก มะเร็งเฉลี่ยวันละ 336 ราย หรือคิดเป็น 122,757 รายต่อปี โรคมะเร็งที่พบมากอันดับ 1 คือ มะเร็งตับและท่อน้ำดี อันดับ 2 คือ มะเร็งปอด และอันดับ 3 คือมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก ตามลำดับ (สำนักสารนิเทศ สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563) ความชุกของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในประเทศไทยพบมากที่สุด ในภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ สาเหตุสำคัญมาจากการกินปลาดิบ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561) โดยมีรายงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 พบว่า มีประชาชนติดพยาธิใบไม้ตับมากกว่าร้อยละ 5 ในบางส่วนของพื้นที่เสี่ยงสูง อัตราป่วย ด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีรายใหม่ เขตสุขภาพที่ 10 ในปี 2553-2562 เท่ากับ 16.69 25.01 30.72 30.78 31.39 29.55 34.81 33.12 34.19 และ 34.13 ต่อแสนประชากร ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้น

จังหวัดอุบลราชธานี มีอัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในปี 2559-2564 เท่ากับ 27.97, 21.88 23.26, 23.05, 20.98 และ 24.19 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของจังหวัดอุบลราชธานี ในปี 2559-2565 พบความชุกการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 13.01, 9.5, 6.2, 4.60, 4.19, 2.86 และ 4.67 ต่อแสน ประชากรตามลำดับ ถึงแม้สถิติการระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับของจังหวัดอุบลราชธานีมีแนวโน้มลดลง แต่อุบัติการณ์ โรคมะเร็งท่อน้ำดีกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากการพัฒนาของโรคจากพยาธิใบไม้ตับไปเป็นมะเร็งท่อน้ำดีจากปัจจัย ต่างๆ อำเภอเชียงในมีอัตราความชุก ปี 2559-2562 ร้อยละ 8.15, 6.12, 5.28 และ 7.40 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และมีอัตราการติดเชื้อซ้ำ เท่ากับร้อยละ 9.75 อำเภอเชียงในมีการตรวจคัดกรอง (Kato's thick smear) การติดเชื้อพยาธิ ใบไม้ตับในพื้นที่ตำบลใหม่ ปี 2566 จำนวน 5 ตำบล พบอัตราความชุกการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ตำบลศรีสุข ร้อยละ 7.29 ตำบลกลางใหญ่ ร้อยละ 2.43 ตำบลแดงหม้อ ร้อยละ 9.75 ตำบลบ้านกอก ร้อยละ 2.75 และตำบลบ้านไทย ร้อยละ 10.77 มีความชุกสูงที่สุดซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ อัตราความชุกของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ไม่เกิน ร้อยละ 5 ในระยะเวลา 8 ปี คือ ในปี พ.ศ. 2556-2564 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556) อีกทั้งยังมี รายงานอัตราการเสียชีวิตด้วยมะเร็งท่อน้ำดี/มะเร็งตับในพื้นที่ตำบลบ้านไทย ในปี พ.ศ. 2562-2566 คิดเป็นร้อยละ 4, 11, 8, 9 และ 13 ของจำนวนประชากรที่เสียชีวิตทั้งหมดในปีนั้นๆ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ทอง, 2566) ประชาชนมีวิถีชีวิต และพฤติกรรมมารับประทานปลาน้ำจืดจากแหล่งน้ำธรรมชาติ ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ เช่น ก้อยปลาดิบ ลาบปลาดิบ ปลาต้ม ปลาจืด ปลาจุ่ม หรือส้มตำปลาจืด เป็นต้น



จากข้อมูลสถานการณ์ปัญหาในประชาชนในพื้นที่ตำบลบ้านไทยพบว่าประชาชนยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่ต้องมีการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการส่งเสริมและพัฒนาปัจจัยที่เกี่ยวข้องให้ประชาชนเกิด “ความรู้ด้านสุขภาพ” หรือ “Health Literacy” ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1998) และ ขวัญเมือง แก้วดำเกิง (2561) ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ว่าเป็นดัชนีที่สามารถสะท้อน และใช้อธิบายการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชน (NutBeam, 2008) ระบุว่าความรู้ด้านสุขภาพ เป็นสมรรถนะ ของบุคคลที่สามารถเข้าถึง ทำความเข้าใจและใช้ข้อมูล เพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้และความ เข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลง ทักษะ และแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ด้วยตนเอง (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2566) กระทรวงสาธารณสุข จึงจัดลำดับให้ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นประเด็นสำคัญ เร่งด่วนที่ต้องส่งเสริมการดำเนินงานเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และทักษะด้านสุขภาพทั้งใน ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมอย่างทั่วถึง

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการสร้างความรอบรู้เป็นทักษะที่สำคัญและจำเป็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมให้ประชาชนพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคล เพื่อรักษาสุขภาพของตนเองอย่างยั่งยืน กระบวนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ แบบจำลอง V-shape มี 6 องค์ประกอบคือ การเข้าถึง การเข้าใจได้ตอบ และซักถามแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ เป็นการเรียนรู้ที่ผู้เรียนจะเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด เป็นการเปลี่ยนแปลงความเชื่อพื้นฐานของบุคคลทั้งในด้านความรู้ เพื่อเปลี่ยนแปลงตนเองจากพฤติกรรมเดิมไปสู่พฤติกรรมใหม่ จากการศึกษาเหล่านี้ทำให้กระบวนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ด้วย V-shape ได้ถูกนำมาใช้ในหลายงานวิจัย อย่างในงานวิจัยของ เรื่องประสิทธิผลโปรแกรมสุศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี และการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ตำบลมหาชัย อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พลอยไพลิน ทับทิม และรุจิรา ดวงสงค์, 2557)

จากความสำเร็จของการใช้ “แบบจำลอง V-shape” และมีกระบวนการสำคัญที่เหมาะสมจะนำมาเป็นพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยจึงมุ่งหวังที่จะนำแบบจำลอง V-shape นี้มาปรับใช้เพื่อสร้างความรอบรู้ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ตำบลบ้านไทย อำเภอเชียงใน จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งอาจส่งผลต่อการลดอุบัติการณ์ของโรคมาเรียมที่พบบ่อยในพื้นที่นี้ด้วย ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตามกระบวนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ตามแบบจำลอง V-shape มาใช้ประชาชนตำบลบ้านไทย อำเภอเชียงใน จังหวัดอุบลราชธานีที่ตรวจพบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และได้รับการรักษาด้วยยาไปแล้ว โดยผู้วิจัยคาดหวังว่า หลังจากประชาชนได้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ แล้วประชาชนจะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพยาธิ



ไปไม้ดับและมะเร็งท่อน้ำดีมากขึ้น นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมากขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์ทอง ตำบลตำบลบ้านไทย อำเภอลำลูกเกด จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เปรียบเทียบความแตกต่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างหลังการศึกษา
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างหลังการศึกษา

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยประสิทธิผลโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับประชาชนกลุ่มเสี่ยง ต.บ้านไทย อ.ลำลูกเกด จ.อุบลราชธานี ได้พัฒนาโดยใช้แนวคิดกระบวนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ตามแบบจำลอง V-shape ดังนี้

ตัวแปรต้น

กลุ่มตัวอย่าง ตำบลบ้านไทย อำเภอลำลูกเกด จังหวัดอุบลราชธานี

1. ข้อมูลทั่วไป
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
3. พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
 - 3.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร
 - 3.2 พฤติกรรมสุขอนามัยส่วนบุคคล

โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับประชาชนกลุ่มเสี่ยง

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมการสร้างแรงจูงใจ/การคืนข้อมูล
สถานการณ์ ฝึกการค้นหาข้อมูล กลั่นกรอง ตรวจสอบความน่าเชื่อถือ ก่อนนำข้อมูลมาใช้ทำ ความเข้าใจ
กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมสื่อการเรียนรู้ของกลุ่มเป้าหมาย /สื่อชุมชน/online ฝึกการเรียนรู้ (วิธีจดจำ สร้างความเข้าใจ)

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมกลุ่มการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
ร่วมกันฝึกการใช้คำถาม Ask Me 3 และสื่อสารเจรจา

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมประกาศตน
ไม่กินปลาดิบ ฝึกการตัดสินใจ (ระบุปัญหา กำหนดทางเลือก ประเมินทางเลือก แสดงจุดยืน)

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรม TEACH-BACK / การ
ใช้คำถามเพื่อสร้างการเรียนรู้

กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมสนับสนุนทางสังคม/
ติดตามเยี่ยม

ตัวแปรตาม

ความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม

1. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ
2. มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
 - 2.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร
 - 2.2 พฤติกรรมสุขอนามัยส่วนบุคคล

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ two group pretest-Post test design กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมได้รับการปฏิบัติตามปกติของการดำเนินงานในพื้นที่

ประชากร คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนทองและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแดงหม้อ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งตรวจพบพยาธิใบไม้ตับและได้รับการรักษาด้วยยาพาราซิควอนเทล ในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 161 คน เนื่องจากทั้งสองตำบลดังกล่าวเป็นตำบลที่พบความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูง ในอำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา มีลักษณะสภาพแวดล้อมที่มีคล้ายคลึงกัน คือ พื้นที่ชุมชนตั้งอยู่ในพื้นที่ราบลุ่ม มีแหล่งน้ำตามธรรมชาติหลายสายไหลผ่าน ประชาชนในพื้นที่มีการบริโภคปลาน้ำจืดจากแหล่งน้ำตามธรรมชาติและมีระยะทางห่างกัน 37 กิโลเมตร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและได้รับการรักษา โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.4 โดยกำหนดค่า Effect size เท่ากับ 0.5 และค่าแอลฟา (Alpha) ที่ 0.05 ใช้ค่าอำนาจทดสอบที่ 0.75 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 57 คน เพื่อการป้องกันการถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมในระหว่างการศึกษา (drop out) จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เป็นกลุ่มละ 68 คน ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 136 แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 68 คน และกลุ่มควบคุม 68 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่ ตำบลบ้านไทย อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน
2. เป็นผู้ที่ตรวจจากระบบพยาธิใบไม้ตับแล้วได้รับการรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ ปี พ.ศ. 2566
3. เป็นผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน การพูด และการมองเห็น
4. ยินยอมและให้ความร่วมมือเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัยทุกครั้ง

เกณฑ์การคัดออก

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้งเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย
2. ตรวจพบโรคมาเร็งตับและโรคมาเร็งท่อน้ำดีในขณะที่เข้าร่วมโปรแกรม
3. ผู้ที่ป่วยหรือเสียชีวิตจากเหตุอื่น ๆ ในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมาเร็งท่อน้ำดี และโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ



ส่วนที่ 1 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ของกองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (กองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2566) จำนวน 37 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา บทบาททางสังคม อาชีพ การตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิในรอบ 1 ปี

ตอนที่ 2 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ

เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ วัดความยากง่ายของการกระทำตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติจนถึงปฏิบัติทุกครั้ง มีเกณฑ์การให้คะแนนและเกณฑ์การแปลผล ดังนี้

- 1 คะแนน คือ ท่านไม่เคยปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นเลย
- 2 คะแนน คือ ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นน้อยกว่าร้อยละ 49
- 3 คะแนน คือ ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นประมาณร้อยละ 50-69
- 4 คะแนน คือ ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นประมาณร้อยละ 70-99
- 5 คะแนน คือ ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นทุกครั้งร้อยละ 100

ตอนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 14 ข้อ

เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ วัดความถี่ของการปฏิบัติตั้งแต่ระดับไม่ปฏิบัติจนถึงปฏิบัติทุกวัน ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหาร จำนวน 10 ข้อ และพฤติกรรมสุขวิทยาส่วนบุคคล จำนวน 4 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนและเกณฑ์การแปลผล ดังนี้

- 1 คะแนน คือ ท่านไม่เคยปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นเลย
- 2 คะแนน คือ ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นน้อยกว่าร้อยละ 49
- 3 คะแนน คือ ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นประมาณร้อยละ 50-69
- 4 คะแนน คือ ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นประมาณร้อยละ 70-99
- 5 คะแนน คือ ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นทุกครั้งร้อยละ 100

ส่วนที่ 2 โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมการสร้างแรงจูงใจ การค้นหาข้อมูล สถานการณ์ ฝึกการค้นหาข้อมูล กลั่นกรอง ตรวจสอบความน่าเชื่อถือ ก่อนนำข้อมูลมาใช้ทำ ความเข้าใจ

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมสื่อการเรียนรู้ของกลุ่มเป้าหมาย การเข้าถึงสื่อชุมชน/online ฝึกการเรียนรู้ (วิธีจดจำ สร้างความเข้าใจ) บทเรียนชีวิตที่ผ่านมาเกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับ ดูหนังสั้นเกี่ยวกับประเด็นปัญหาพยาธิใบไม้ตับ

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมกลุ่มการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันฝึกการใช้คำถาม Ask Me 3 และสื่อสารเจรจา สร้าง



แรงจูงใจให้กับกลุ่มทดลองว่าหากมีความตั้งใจจริงทุกคนสามารถปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับได้ พร้อมทั้งแนะนำ และเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้ซักถาม แลกเปลี่ยนเรียนรู้

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรม ประกาศตนไม่กินปลาดิบ ฝึกการตัดสินใจ เป็นกิจกรรมที่ให้กลุ่มทดลองได้ตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง กลุ่มทดลองแต่ละคนควรมีเป้าหมาย และให้กลุ่มทดลองได้ประกาศตนไม่กินปลาดิบ เป็นการส่งเสริม สนับสนุน ให้แสดงออกถึงความมุ่งมั่น ตั้งใจจริงที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยให้คำมั่นสัญญากับตัวเอง

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรม TEACH-BACK การใช้คำถามเพื่อสร้างการเรียนรู้ การทบทวนระหว่างการดำเนินกิจกรรม และหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มทดลองได้สะท้อนความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค และสิ่งที่ผู้ร่วมกิจกรรมได้เรียนรู้

กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมสนับสนุนทางสังคม ติดตามเยี่ยมเป็นกิจกรรมหรือพฤติกรรมการช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายสังคม ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ค่าความเชื่อมั่นของเนื้อหา ผู้วิจัยใช้แบบประเมินจากกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2566) มีค่าความเชื่อมั่น ดังนี้ แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ค่าความเชื่อมั่น 0.924 แบบประเมินด้านพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งเป็นพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ค่าความเชื่อมั่น 0.884 และพฤติกรรมสุขวิยาส่วนบุคคล ค่าความเชื่อมั่น 0.738

การหาความตรงของเนื้อหา เครื่องมือส่วนที่ 2 โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่สร้างขึ้น นำไปตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ด้านเวชกรรมป้องกันโรค ด้านการควบคุมป้องกันโรคติดต่อ และด้านส่งเสริมสุขภาพ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ซึ่งทุกข้อมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.5-1.0

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ two group pre-test-post-test design กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมเพื่อสร้างความรอบรู้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมได้รับการปฏิบัติตามปกติของการดำเนินงานในพื้นที่

1. ขั้นเตรียมการ

- 1.1 ผู้วิจัยเตรียมข้อมูลกลุ่มประชากรที่ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่
- 1.2 ประสานงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน ตัวแทน อสม. ในพื้นที่ และเก็บข้อมูลศึกษาชุมชน ประกอบด้วย แผนที่เดินดิน แหล่งน้ำ วัฒนธรรม ระบบสุขภาพปฎิทินชุมชน
- 1.3 เตรียมเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ คัดเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้



1.4 เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เทคนิคและขั้นตอนในการดำเนินการ ทำความเข้าใจกับแบบสอบถาม การเตรียมเป็นพี่เลี้ยงในกระบวนการกลุ่ม

2. ขั้นตอนการ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามแผนการจัดโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับให้แก่กลุ่มทดลอง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยแนะนำทีม กิจกรรมนันทนาการทำความรู้จักกับกลุ่มทดลอง และเกริ่นนำกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 เก็บแบบสอบถาม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลอง และเก็บแบบสอบถามในกลุ่มควบคุม โดยทีมผู้วิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ในพื้นที่

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมการสร้างแรงจูงใจ การคืนข้อมูล สถานการณ์ ฝึกการค้นหาข้อมูล กลั่นกรอง ตรวจสอบความน่าเชื่อถือ ก่อนนำข้อมูลมาใช้ทำ ความเข้าใจ

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 2 สื่อการเรียนรู้ของกลุ่มเป้าหมาย การเข้าถึงสื่อชุมชน/online ฝึกการเรียนรู้บทเรียนชีวิตที่ผ่านมาเกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับ ดูหนังสั้นเกี่ยวกับประเด็นปัญหาพยาธิใบไม้ตับ

สัปดาห์ที่ 3-9 กิจกรรมที่ 3 กลุ่มการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันฝึกการใช้คำถาม Ask Me 3 และสื่อสารเจรจาสร้างแรงจูงใจให้กับกลุ่มทดลองว่าหากมีความตั้งใจจริงทุกคนสามารถปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับได้ พร้อมทั้งแนะนำกลุ่มทดลองเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และเปิดโอกาสให้กลุ่มได้ซักถาม แลกเปลี่ยนรู้เรียน

สัปดาห์ที่ 10 กิจกรรมที่ 4 ประกาศตนไม่กินปลาดิบ ฝึกการตัดสินใจ เป็นกิจกรรมที่ให้กลุ่มทดลองได้ตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง กลุ่มทดลองแต่ละคนควรมีเป้าหมาย และให้กลุ่มทดลองได้ประกาศตนไม่กินปลาดิบ

สัปดาห์ที่ 11 กิจกรรมที่ 5 กิจกรรม TEACH-BACK การใช้คำถามเพื่อสร้างการเรียนรู้ การทบทวนระหว่างการทำกิจกรรม และหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

สัปดาห์ที่ 12 กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมสนับสนุนทางสังคม ติดตามเยี่ยมเป็นกิจกรรมจากบุคคลในเครือข่ายสังคม ผู้นำชุมชน อสม. และเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข สรุปกิจกรรม และ แบบสอบถามหลังเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

2. วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ โดยใช้สถิติ Paired Sample t-test และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ

Independent Sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05



จริยธรรมวิจัย

การทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2567-8) รับรองวันที่ 4 มกราคม 2567 ซึ่งได้กำหนดแนวทางป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่อาจเกิดขึ้น และมีการปกปิดข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 59.40 และ 40.60 มีอายุเฉลี่ย 55.91 ปี (S.D.=11.58) ส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 62.52 มีบทบาททางสังคม ส่วนใหญ่เป็นประชาชนทั่วไป ร้อยละ 84.44 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 84.42 ในรอบ 1 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพหาไข้พยาธิ และมีผลการตรวจพบไข้พยาธิทุกราย

กลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 55.60 และ 44.40 มีอายุเฉลี่ย 59.14 ปี (S.D.=10.18) ส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 59.44 มีบทบาททางสังคม ส่วนใหญ่เป็นประชาชนทั่วไป ร้อยละ 93.82 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 43.84 ตามลำดับ ในรอบ 1 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพหาไข้พยาธิ และมีผลการตรวจพบไข้พยาธิทุกราย

ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ระดับประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์ทอง ตำบลตำบลบ้านไทย อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างระดับคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ระดับของกลุ่มทดลอง พบว่ามีระดับความรอบรู้เพิ่มขึ้นก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม คือ การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและการบริการสุขภาพ การเข้าใจบริการสุขภาพ และการตัดสินใจใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างระดับคะแนนค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n=68)

ความรู้ด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง				t	p value
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	3.49	1.10	4.23	0.59	-4.579	<.001*
2. การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	3.59	1.07	4.23	0.48	-3.701	.001*
3. การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ	3.63	0.79	4.09	0.50	-3.881	.001*
4. การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.81	0.67	4.32	0.47	-4.367	<.001*

*p value<.05

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้สถิติ Independent Sample t-test พบว่า มีระดับคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างระดับคะแนนค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=68)

การเปรียบเทียบ	หลังทดลอง			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
1. ความรู้ด้านสุขภาพ	4.55	0.18	4.21	0.37
2. พฤติกรรมสุขภาพ	4.05	0.14	3.65	0.43

*p value<.05

อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่าหลังจากที่กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับสูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้นในด้าน การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การประเมินข้อมูลสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ อธิบายได้ว่า โปรแกรมที่เสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ ในกิจกรรมการสร้างความรู้ การสร้างแรงจูงใจ การค้นหาข้อมูล สถานการณ์ ฝึกการค้นหาข้อมูล กลั่นกรอง ตรวจสอบ ความน่าเชื่อถือ ก่อน



นำข้อมูลมาใช้ทำความเข้าใจ กิจกรรมสื่อการเรียนรู้ของกลุ่มเป้าหมาย การใช้สื่อชุมชน สื่อ online ฝึกการเรียนรู้ ด้วยวิธีจดจำ สร้างความเข้าใจ กิจกรรมกลุ่มการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันฝึกการใช้คำถาม Ask Me 3 และสื่อสารเจรจา กิจกรรมเหล่านี้สามารถกระตุ้นให้เกิดความรอบรู้ เห็นความสำคัญที่ได้จากการเรียนรู้อย่างแท้จริง และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมถึงการสอดแทรกความรู้เรื่องโรคมะเร็งไปยังผู้ป่วยในตัวกิจกรรม โดยมีการกระตุ้นให้เกิดความรอบรู้จากการทำกิจกรรมเกี่ยวกับประเด็นปัญหาพยาธิใบไม้ตับ แนวทางการรักษามะเร็งท่อน้ำดี และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับโดยใช้รูปแบบการฝึกการใช้คำถาม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยน และยอมรับฟังเหตุผลของกันและกัน มีความนึกคิดถึงเหตุและผล ซึ่งส่งผลทำให้กลุ่มทดลองเกิดการเรียนรู้ได้อย่างแท้จริง เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ (ฉัตรลดา ดีพร้อม และนิวัฒน์ วงศ์ใหญ่, 2561) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 26 คน เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งพยาธิใบไม้ตับ พบว่า หลังการพัฒนากระบวนการป้องกันโรคมะเร็งพยาธิใบไม้ตับในตำบลชานุมาน อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ มีความรู้ และการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น และในกลุ่มเสี่ยงพบว่า มีความรู้เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งพยาธิใบไม้ตับของผู้ที่ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ และสอดคล้องกับการศึกษาของ การนำมาประยุกต์ใช้เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้าน การป้องกันโรคมะเร็งพยาธิ ใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ภายหลังการทดลอง มีการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพต่อการป้องกันโรคมะเร็งพยาธิใบไม้ตับ ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ ต่อการป้องกันโรคมะเร็งพยาธิใบไม้ตับ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพต่อการป้องกันโรคมะเร็งพยาธิใบไม้ตับ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองต่อการ ป้องกันโรคมะเร็งพยาธิใบไม้ตับ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศต่อการป้องกัน โรคมะเร็งพยาธิใบไม้ตับ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องต่อการป้องกันโรคมะเร็งพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งพยาธิใบไม้ตับสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p \text{ value} < .05$ เป็นการเรียนรู้ที่เป็นการนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงภายในอย่างแท้จริง (ลักขณา มาคะพุด จุฑามาศ นพรัตน์ และมนัสนันท์ ลิ้มปิติยากุล, 2565)

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งพยาธิใบไม้ตับ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อธิบายได้ว่า ในการจัดกิจกรรมประกาศตน ไม่กินปลาดิบ ฝึกการตัดสินใจ ระบุปัญหา กำหนดทางเลือก ประเมินทางเลือก แสดงจุดยืนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการส่งเสริมให้มีเป้าหมาย สนับสนุนให้แสดงออกถึงความมุ่งมั่น ตั้งใจจริงที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนั้น การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็งพยาธิใบไม้ตับที่ดี และถูกต้องมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ (รมย์ฤดี เวสน์ และอาชญญา รัตนอุบล, 2557) ที่พบว่า รูปแบบการฝึกอบรมตามแนวคิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงและทฤษฎีการเห็นคุณค่าในตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อีกทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จคือ การเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง การเห็นคุณค่าในตนเอง

ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งพยาธิใบไม้ตับ มีข้อดี คือเป็นการฝึกฝน เรียนรู้ด้วยตนเองในการสร้างแรงจูงใจ การสืบค้นข้อมูล การคิดวิเคราะห์จากการเรียนรู้ที่ได้รับ และการฝึกตั้ง



คำถามเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนพูดคุย และกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สามารถ ทำให้เกิดความสนใจ แลกเปลี่ยน และเกิดความรู้ด้านสุขภาพได้อย่างแท้จริง ทั้งนี้กิจกรรมนี้เป็นการคืนข้อมูล สถานการณ์ ผัก การค้นหาข้อมูล รวมทั้งกิจกรรม Ask Me 3 และสื่อสารเจราจา ของกลุ่มทดลอง ส่วนกิจกรรมประกาศตนไม่กินปลาดิบ ผัก การตัดสินใจ เป็นการระบุปัญหาที่พบ กำหนดทางเลือก ประเมินทางเลือก แสดงจุดยืนด้วยตัวเอง ทำให้กลุ่มทดลองมองภาพความสำเร็จของกิจกรรมไปในทิศทางเดียวกัน ตลอดจนเห็นกิจกรรมที่จะขับเคลื่อน หนึ่งในมาตรการขับเคลื่อนงาน การสร้างเสริมความรู้ โดยเริ่มจากการพัฒนาการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ให้มีความรู้ความเข้าใจ และสามารถไปขยายผลการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มทดลอง โดยการใช้รูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและดำเนินการพัฒนาทักษะ ความรอบรู้ตามกิจกรรมที่ได้วางไว้และเก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ ประเมินผลของโปรแกรมเพื่อนำผลที่ได้มาพัฒนาต่อไป ซึ่งสอดคล้องและเป็นไปตามทิศทางแผนการ ดำเนินงานการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของ (กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค, 2563) จากการทดลองใช้ โปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในสถานศึกษานำร่อง ภายหลังการ ทดลองใช้โปรแกรม นักเรียนมีค่าคะแนนเฉลี่ยของด้านความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรค พยาธิใบไม้ตับ มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \text{ value} < .05$)

ดังนั้น การจัดกิจกรรมสร้างความรู้ด้านสุขภาพโรคพยาธิใบไม้ตับ ควรคำนึงถึงรูปแบบวิธีการสร้างการเรียนรู้ เข้าใจง่าย จากการสอบถามข้อมูลเชิงคุณภาพกลุ่มทดลองให้ความเห็นว่า ข้อมูลหรือสื่อง่ายต่อการเข้าถึง ต้องมี ความน่าสนใจ สนุก ประยุกต์สื่อในรูปแบบของเพลง ภาพประกอบทำให้มีสีสัน ดูแล้วไม่น่าเบื่อ จะทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. โปรแกรมสร้างความรู้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงนำไปสู่การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. การนำโปรแกรมสุศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมให้สุศึกษากับประชาชนกลุ่มอื่นๆ เช่น การจัด โปรแกรมสุศึกษาในกิจกรรมการให้บริการในสถานบริการเพื่อเป็นการให้ความรู้การให้สื่อสารในการป้องกันโรคพยาธิ ใบไม้ตับอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการในพื้นที่ อย่างต่อเนื่อง ตามบริบทของพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการศึกษาอย่างครอบคลุม และยั่งยืนในพื้นที่
2. ควรมีการตรวจคัดกรองพยาธิในกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพื่อวัดการเกิดโรคซ้ำ เพื่อเป็นการ ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม



เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). รายงานผลการดำเนินงานระยะ 3 ปีแรก ตั้งแต่ 2559-2561. นนทบุรี: สำนักโรคติดต่อทั่วไป.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). สธ. ตั้งเป้า 8 ปี กำจัดพยาธิใบไม้ตับและลดมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อลดการตายกว่าปีละ 15,000 คน หวังคนไทยกินปลาสุกอายุยืน. สืบค้นจาก <http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin>
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2566). เครื่องมือและโปรแกรมประเมิน HL และ HB ปี 2566. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. สืบค้นจาก <http://www.hed.go.th/linkHed/462>
- กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. (2563). คู่มือกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1188920211018040126.pdf>.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2561). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้*. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- ฉัตรลดา ดีพร้อม และนิวัฒน์ วงศ์ใหญ่. (2561). การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ตำบลธงธานี อำเภอร้อยบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด. *ราชวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*, 8(1), 20-24.
- พลอยไพลิน ทับทิม และรุจิรา ดวงสงค์. (2557). ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ตำบลมหาชัย อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 7(1), 25-34.
- รมย์ฤดี เวสน์ และอาชญญา รัตนอุบล. (2557). การพัฒนารูปแบบการฝึกอบรมตามแนวคิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง และทฤษฎีการเห็นคุณค่าในตนเอง. *วารสารครุศาสตร์*. 42(2), 95-99.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพหนอง. (2566). ทะเบียนรายงานการเสียชีวิต. รายงานต่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี.
- ลักขณา มาคะพุด จุฑามาศ นพรัตน์ และมนัสนันท์ ลิ้มปวิทยากุล. (2565). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง อุบลราชธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและนวัตกรรมการสุขภาพ กลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งประเทศไทย*. 1(1), 60-73.
- สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2563). 10 ธันวาคม วันต่อต้านโรคมะเร็ง. ข่าวในรั้ว สธ. สืบค้นจาก <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/150955>.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.



เอกสารอ้างอิง

- Sithithaworn, P., et al (2014). "Roles of liver flukes infection as risk factor for cholangiocarcinoma (42nd ed. p.38-39): *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*. Retrieved from https://www.academia.edu/31219540/Roles_of_liver_fluke_infection_as_risk_factor_for_cholangiocarcinoma.
- World Health Organization. (1998). The world health report 1998: life in the 21st century A vision for all / The world health report 1998: life in the 21st century A vision for all. Retrieved from <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/pah-25006>.



ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ ของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้

จรัสศรี ทหารไทย*

โรงพยาบาลพัทลุง

(วันที่รับบทความ: 10 มีนาคม 2567; วันที่แก้ไข: 30 พฤษภาคม 2567; วันที่ตอบรับ: 30 พฤษภาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อน-หลังการทดลอง เพื่อศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ จากโรงพยาบาลพัทลุง จำนวน 60 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึง ธันวาคม 2566 เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง โดยใช้ 4 กลยุทธ์ในการพัฒนาสมรรถนะแห่งตน ได้แก่ 1) การส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ 2) การสังเกตจากตัวแบบ 3) การได้รับคำแนะนำ และ 4) ประสบการณ์จากการลงมือกระทำ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของแบนดรา และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันอาการภูมิแพ้ของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ทดสอบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ t-test

ผลการศึกษา พบว่าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ดังนั้น โรงพยาบาลประจำคลินิกหู คอ จมูก ควรนำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ต่อไป

คำสำคัญ: สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง, พฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้, โรคจมูกอักเสบภูมิแพ้

*ผู้รับผิดชอบบทความ: จรัสศรี ทหารไทย; sarakrit04112542@gmail.com



The Effect of Program Enhancing Self-Efficacy in Self-Care on Preventive Allergy Behavior Among Patients with Allergic Rhinitis

Jaratsri Thahanthai*

Phatthalung hospital

(Received: 10 March 2024; Revised: 30 May 2024; Accepted: 30 May 2024)

Abstract

This quasi-experimental research with two groups pretest-posttest design was to study the self-efficacy promotion program for self-care on preventive allergy behavior of patients with allergic rhinitis. The sample group was 60 patients with allergic rhinitis from Phatthalung Hospital. Data was collected from November to December 2023. The research instrument consisted of a program enhancing self-efficacy in self-care using 4 strategies for developing self-efficacy: 1) promoting physical and emotional states, 2) observing models, 3) receiving advice, and 4) Experience from taking action developed according to Bandura's concept of promoting self-efficacy. The instrument used for data collection was a questionnaire on personal information and a questionnaire on behavior to prevent allergic symptoms of patients with allergic rhinitis. Data were analyzed using descriptive statistics. The mean differences were tested with t-test statistics.

The results found that the experimental group had mean score of self-prevention significantly different at $p < .05$ comparing before and after receiving the program. The mean score of preventive allergy behavior of the experimental group after receiving a enhancing self-efficacy in self-care of patients with allergic rhinitis was significantly higher than the control group at $p < .05$. Therefore, should continue to use the program enhancing self-efficacy as a guideline for promoting self-care in patients with allergic rhinitis.

Keywords: self-efficacy in self-care, preventive allergy behavior, allergic rhinitis

*Corresponding author: Jaratsri Thahanthai; sarakrit04112542@gmail.com



บทนำ

โรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ เป็นโรคที่เยื่อจมูกอักเสบ จากปฏิกิริยาภูมิแพ้ที่รักษาไม่หายขาด เกิดจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ที่มีความไวเกินต่อสารก่อภูมิแพ้เข้าสู่ร่างกาย ทำให้เกิดการอักเสบที่มีความไวเกินต่อสารก่อภูมิแพ้ (Type I hypersensitivity) หลังจากร่างกายได้รับสารก่อภูมิแพ้เข้าสู่ร่างกาย ทำให้เกิดการอักเสบขึ้นบริเวณเยื่อจมูกถูกกระตุ้นด้วยสารก่อภูมิแพ้จะแสดงอาการ ได้แก่ คัดจมูก น้ำมูกไหล จาม คันจมูก หรือระคายเคืองตา (สมาคมโรคภูมิแพ้โรคหืดและวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย, 2559; ทรงกลด เอี่ยมจตุรภัทร และคณะ, 2565) โรคนี้พบบ่อยและส่วนใหญ่เริ่มแสดงอาการในวัยเรียน หรือวัยรุ่นเนื่องจากระดับแอนติเจนจำเพาะเจาะจงกับสารก่อภูมิแพ้เพิ่มสูงขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น (Ward, Hisley & Kennedy, 2016) ซึ่งจากสถิติทั่วโลกพบความชุกของโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ ร้อยละ 18.1 โดยในทวีปแอฟริกาพบร้อยละ 3.6-22.8 ในทวีปอเมริกาพบร้อยละ 3.5-54.5 ในทวีปเอเชียพบร้อยละ 1.0-47.9 และทวีปยุโรปพบร้อยละ 1.0-43.9

จากรายงานการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตในกลุ่มประชากรวัยเด็กจนถึงผู้ใหญ่ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้และโรคหืดในประเทศไทย พบว่า มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มประชากรปกติในทุกด้าน (Sritipsukho, Satdhabudha & Nanthapisal, 2015) และจากรายงานการศึกษา พบว่า ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต โดยมีผลต่อกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย การใช้เวลาว่าง ด้านการนอน ไม่สามารถหลับได้ตามปกติ มีผลต่อการเรียน การทำงาน และการเข้าสังคม ในด้านภาพลักษณ์ และบุคลิกภาพ รวมทั้งอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ เยื่อตาอักเสบจากภูมิแพ้ โรคหอบหืด ผิวหนังอักเสบจากภูมิแพ้ ไซนัสอักเสบ นอนกรน หูชั้นกลางอักเสบ ริดสีดวงจมูก ไอเรื้อรัง กล้องเสียงอักเสบ ต่อมอดิโนอิดโต (Adenoid hypertrophy) อุดกั้นทางเดินหายใจและเกิดภาวะหยุดหายใจในขณะหลับได้ (มาลินี ทองดี และคณะ, 2562) มีรายงานจากการศึกษา พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้มีสุขภาพโดยรวมต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีอาการแพ้ทางจมูกอย่างมาก เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป ผู้ป่วยมักบ่นว่านอนหลับยาก ตื่นกลางดึก นอนหลับไม่เพียงพอ หรืออาการเหล่านี้รวมกัน ซึ่งเป็นผลมาจากอาการทางจมูก ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งอธิบายว่าอาการของตนมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันมากหรือปานกลาง ผู้ป่วยผู้ใหญ่จำนวนมากขึ้นรายงานว่าสุขภาพของพวกเขาจำกัดให้พวกเขาทำงานได้ดีในที่ทำงาน เมื่อเทียบกับผู้ใหญ่ที่ไม่มีอาการแพ้ทางจมูก และประสิทธิภาพการทำงานโดยประมาณของพวกเขาจะลดลงโดยเฉลี่ย 20% ในวันที่มีอาการทางจมูก (Meltzer, 2016) และเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจะส่งผลกระทบต่อตนเองและครอบครัว รวมทั้งต่อรายจ่ายของงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขในการดูแลรักษาต่อเนื่อง (Hayden & Womack, 2017) ทำให้ต้องใช้เวลาในการรักษานานขึ้น และรักษาต่อเนื่องด้วยการใช้ยาทุกวันเพื่อควบคุมอาการโรค จากผลกระทบข้างต้น องค์การอนามัยโลก (WHO) จึงได้เสนอการแบ่งชนิดของโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการวางแผนการรักษา โดยอาศัยอาการและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ระยะเวลาที่เป็นโดยแบ่งเป็นกลุ่ม มีอาการเป็นบางครั้ง (Intermittent) หรือ มีอาการตลอดเวลา (Persistent) และแบ่งตามความรุนแรง คือ อาการน้อย (Mild) หรือ อาการปานกลางถึงมาก (Moderate-severe) ขึ้นกับอาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีอาการเป็นบางครั้ง คือ มีอาการน้อยกว่า 4 วันต่อสัปดาห์ หรือมีอาการติดต่อกันน้อย



กว่า 4 สัปดาห์ และ 2) ผู้ป่วยที่มีอาการตลอดเวลา หมายถึง มีอาการมากกว่า 4 วัน ต่อสัปดาห์ และมีอาการติดต่อกัน นานกว่า 4 สัปดาห์ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกรำคาญในการดำเนินชีวิต (ทรงกลด เอี่ยมจตุรภัทร และคณะ, 2565)

ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยหลัก คือ พันธุกรรม 2) ปัจจัยที่เป็นสาเหตุโดยตรง ได้แก่ สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยแพ้ หรือสารก่อภูมิแพ้ชนิดที่ทำให้เกิดอาการได้บ่อยคือ สารที่อยู่ในอากาศ และเข้าสู่ร่างกายโดยการหายใจ เช่น ฝุ่นบ้าน, ตัวไรฝุ่น, เกสรพืช, ขนสัตว์ หรือสิ่งขับถ่ายของแมลงที่อาศัยอยู่ในบ้าน และปัจจัยเสริมที่ทำให้อาการแสดงออกมาหรือมีอาการมากขึ้น ได้แก่ โรคติดเชื้อ, สารระคายเคือง เช่น กลิ่นฉุน, ควันต่างๆ, ฝุ่นละอองทุกประเภท, ปัจจัยทางกายภาพ เช่น การออกกำลังกาย, การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของอุณหภูมิ, ปัจจัยทางจิตใจ เช่น เครียด, วิตกกังวล, ความผิดปกติทางกายวิภาคในจมูก เช่น ผ่นกั้นช่องจมูกคด เป็นต้น (ปารยะ อาศนะเสน, 2557) การควบคุมอาการของโรคเพื่อป้องกันให้เกิดอาการแสดงของโรคน้อยที่สุดหรือไม่มี ต้องอาศัยความร่วมมือ ระหว่างตัวผู้ป่วย และบุคลากรด้านสุขภาพ สิ่งสำคัญคือ พฤติกรรมในการป้องกันอาการภูมิแพ้ของตัวผู้ป่วย แต่จากการศึกษาพบว่า การไม่มาตรวจติดตามอาการภูมิแพ้อย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในเรื่องการใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ การไม่ดูแลสุขภาพให้แข็งแรง การหยุดยาเองเนื่องจากเห็นว่าไม่มีอาการแล้ว รวมถึงไม่ทราบสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการกำเริบ (พิมพ์พญา สมดี, 2558) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) มีความเชื่อมโยงกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยตรง มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เมื่อบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง ย่อมมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่มุ่งหวังได้สำเร็จมากกว่า บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ การเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการภูมิแพ้ของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ โดยการมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive master experience) การสังเกตจากตัวแบบ หรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) การได้รับคำแนะนำการใช้คำพูดโน้มน้าวชักจูง (Verbal personation) และการส่งเสริมสภาวะทางสรีระ และอารมณ์ (Physiological state) โดยเฉพาะการเน้นให้มีประสบการณ์การกระทำที่สำเร็จด้วยตนเอง จากการฝึกฝนจนเกิดทักษะ จะทำให้ผู้ป่วยเพิ่มความมั่นใจและรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ดังนั้นเมื่อได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนจึงก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Bandura, 1997) ดังนั้น ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบติดเชื้อมีทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตน คาดหวังในผลลัพธ์ และเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้อย่างต่อเนื่อง

สำหรับโรงพยาบาลพัทลุงมีผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกหู คอ จมูก ในปีพ.ศ. 2564-2566 จำนวน 725,789 และ 1,046 ครั้ง ตามลำดับ โดยในปี พ.ศ. 2566 มีจำนวนผู้ป่วยมากเป็นอันดับ 1 ของคลินิกหู คอ จมูก และมีค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 150-2,150 บาท/ครั้ง ซึ่งผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้พบได้ทั้งอาการน้อยถึงอาการมาก ผู้ป่วยอาจหายได้เอง หรือภายหลังได้รับการรักษา ถ้าผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมาได้ เช่น ไซนัสอักเสบ ริดสีดวงจมูก หอบ หูชั้นกลางอักเสบ ซึ่งจะต้องมีการดูแลรักษาที่ซับซ้อนยิ่งขึ้น และในบางกรณีอาจถึงขั้นต้องรับการผ่าตัด ทำให้มีผลถึงภาวะสังคมของผู้ป่วย ครอบครัว และงบประมาณในการรักษาเพิ่มมากขึ้น การปฏิบัติที่ถูกต้องจะสามารถป้องกัน หรือลดการกำเริบของอาการต่างๆ ในโรคนี้ได้ (สถิติ



โรงพยาบาลพัทลุง, 2566) ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า มีการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยโรคหอบหืด ซึ่งเป็นโรคแทรกซ้อนของโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้จากการดูแลที่ไม่ถูกต้อง (ฐิติมา แซ่แต้ และศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์, 2562) และแนวคิดการดูแลตนเอง (Self-care) โดยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ (จุไรรัตน์ กีบ่าง, 2554) ซึ่งโปรแกรมเหล่านั้นไม่มีการจัดกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง และยั่งยืน ดังนั้นผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของการศึกษา โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการอาการภูมิแพ้ของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ ตามแนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และติดตามเยี่ยมพร้อมจัดกิจกรรมที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการฝึกทักษะต่างๆ และปฏิบัติพฤติกรรม ในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันการอาการภูมิแพ้ของ โรคจมูกอักเสบภูมิแพ้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการอาการภูมิแพ้ของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการอาการภูมิแพ้ของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้กลุ่มภายในกลุ่มทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการอาการภูมิแพ้ของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการอาการภูมิแพ้ของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้กลุ่มภายในกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการอาการภูมิแพ้ของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ โดยนำกรอบแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) มาประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้เกิดพฤติกรรมป้องกันการอาการภูมิแพ้ การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่ดีขึ้น ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติของบุคคลในการดูแลตนเอง ทำให้อาการที่เป็นไม่รุนแรงและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน โดยใช้ 4 กลยุทธ์ในการพัฒนาสมรรถนะแห่งตน ได้แก่ 1) การส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ เป็นการส่งเสริมให้บุคคลมีความรู้สึกสุขสบายทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ จะทำให้มีความพร้อมในการทำกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้น 2) การสังเกตจากตัวแบบ โดยเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้จากผู้อื่นที่ประสบผลสำเร็จได้ 3) การได้รับคำแนะนำหรือคำพูดชักจูงโน้มน้าวให้บุคคลเชื่อว่าสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมตามตัวแบบนั้น ๆ และ 4) ประสบการณ์หรือการกระทำที่สำเร็จจากการลงมือกระทำ จะเป็นประสบการณ์ตรง และความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง



ซึ่งกลยุทธ์ทั้ง 4 ข้างต้นเป็นการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ และมีพฤติกรรมในการป้องกันอาการภูมิแพ้ได้ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน จะทำให้เกิดความมั่นใจ เชื่อมมั่นในตนเอง และมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันอาการภูมิแพ้ของตนเองให้ประสบความสำเร็จได้ สามารถเขียนสรุปกรอบแนวคิดได้ ดังนี้

ตัวแปรต้น

โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง

กิจกรรมที่ 1 การส่งเสริมสภาวะการทางสรีระและอารมณ์

1. สร้างสัมพันธภาพ และเตรียมความพร้อม
2. ให้เล่าอาการ อาการแสดง และการดูแลตนเองในช่วงที่มีอาการเจ็บป่วย
3. ให้เล่นเกมสื่โดยการตอบคำถามเกี่ยวกับเรื่องโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ อาการ อาการแสดง และสิ่งกระตุ้นที่ทำให้อาการกำเริบ

กิจกรรมที่ 2 การได้รับคำแนะนำ และการสังเกตจากตัวแบบผ่านกิจกรรม “รู้เท่าทันโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้”

1. ประเมินความรู้ และให้ความรู้เรื่องโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้
2. ดูตัวแบบผ่านวิดีโอ เรื่องการป้องกันโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้
3. ผู้วิจัยมอบคู่มือการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเรื่องโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้

กิจกรรมที่ 3 ประสพการณ์จากการลงมือกระทำผ่านกิจกรรม “ฉันทำได้”

1. ดูวิดีโอทัศน์การล้างจมูก เนื้อหาเกี่ยวกับประโยชน์ของการล้างจมูก การเตรียมอุปกรณ์ และการล้างจมูกที่ถูกต้องวิธี
2. สาธิตการล้างจมูก การใช้ยาพ่น และให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติ
3. กล่าวชื่นชมให้กำลังใจ สร้างความเชื่อมั่นให้ผู้ป่วย และนัดหมายครั้งต่อไป

ตัวแปรตาม

พฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) เพื่อศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ มีรูปแบบการศึกษาคือเป็นแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อน-หลังการทดลอง (Two Groups Pretest-Posttest Design) ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 1 เดือนระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึง ธันวาคม 2566

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ที่เข้ารับการตรวจรักษาที่คลินิกหู คอ จมูก โรงพยาบาลพัทลุง ระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึงเดือนธันวาคม 2566

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ จำนวน 60 ราย คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Two independent means ของ App n4Studies (Bernard, 2000) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้
2. ไม่มีประวัติเจ็บป่วยทางระบบประสาท หรือโรคจิต
3. มีความพร้อมและยินดีในการให้ข้อมูล
4. มีการรับรู้ที่ดี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ชัดเจน

เกณฑ์การคัดออก

1. มีอาการกำเริบ เหนื่อยหอบ จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
2. ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการ

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) และทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ จำนวน 30 คนแล้ว พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ดีขึ้น สามารถดูแลตนเองได้ และไม่มีอาการของโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้รุนแรงขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา การออกกำลังกาย การรักษาที่ได้รับ สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ชนิดที่นอน ระยะเวลาของการเป็นโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ และช่องทางการได้รับความรู้การดูแลตนเอง



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) โดยพฤติกรรมในการป้องกันมี 4 ด้าน คือ 1) การเรียนรู้เรื่องโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้และการรักษา 2) การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ 3) การใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ และ 4) การมีกิจกรรมการออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม จำนวน 14 ข้อ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบวัดแบบประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ

4 คะแนน ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ เป็นประจำทุกวัน (6-7 วัน/สัปดาห์)

3 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ เกือบทุกวัน (3-5 วัน/สัปดาห์)

2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ เป็นบางครั้ง (1-2 วัน/สัปดาห์)

1 คะแนน ปฏิบัติไม่ได้เลย หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ หรือไม่ได้ทำพฤติกรรมนั้นๆ

การแปลผลค่าคะแนน จากคะแนนเต็ม 56 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนระหว่าง 14-28 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ในระดับต่ำ

คะแนนระหว่าง 29-42 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ในระดับปานกลาง

คะแนนระหว่าง 43-56 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาสำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้ในศึกษา ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ นำไปตรวจสอบหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้องและความเหมาะสมของด้านเนื้อหา และภาษาที่ใช้ ได้ค่าความตรงเท่ากับ .86

2. การตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพัทลุงและคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยใช้สูตรคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัทลุงเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตดำเนินการวิจัย

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย รูปแบบการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้จากการร่วมโครงการวิจัย เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย พร้อมให้ลงชื่อเพื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย



3. ขั้นตอนการ ดำเนินการ ดังนี้

3.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยพากลุ่มตัวอย่างไปตรวจรักษา และนัดหมายในครั้งต่อไปเพื่อตรวจติดตามอาการ 1 เดือน หลังจากนั้นพยาบาลประจำห้องตรวจให้คำแนะนำเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ ในเรื่องของความหมาย สาเหตุ อาการ สิ่งกระตุ้นที่เป็นสาเหตุทำให้อาการกำเริบ และภาวะแทรกซ้อนของโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ การปฏิบัติตัวเมื่อ กลับบ้าน เช่น การรับประทานอาหาร การดูแลสุขภาพให้แข็งแรง การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้มีอาการกำเริบ การใช้ยา และการมาตรวจติดตามอาการตามนัด พร้อมทั้งให้ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ของผู้ป่วยโรค จมูกอักเสบภูมิแพ้

3.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเข้าแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดในการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการ วิจัย เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย หลังจากนั้นให้ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ของผู้ป่วยโรค จมูกอักเสบภูมิแพ้ (pre-test) หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของ กลุ่มตัวอย่างโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ โดยจัดกิจกรรมการสอนเป็นรายบุคคลใช้เวลาครั้งละประมาณ 30 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมการผ่อนคลาย เป็นขั้นตอนการส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ โดยมีกิจกรรม ดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพ และเตรียมความพร้อมโดยการจัดสถานที่ให้เงียบสงบ และให้กลุ่มตัวอย่างทำกิจวัตรประจำวันให้ เรียบร้อย 2) สอบถามเกี่ยวกับอาการ อาการแสดงของการเจ็บป่วย โดยให้เล่าอาการ อาการแสดง และการดูแลตนเอง ในช่วงที่มีอาการเจ็บป่วย 3) ให้เล่นเกมสื่โดยการตอบคำถามเกี่ยวกับเรื่องโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ อาการ อาการแสดง และ สิ่งกระตุ้นทำให้อาการกำเริบ กล่าวชื่นชม และมอบรางวัล

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมรู้เท่าทันโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ เป็นขั้นตอนใช้คำพูดชักจูง และชี้แนะด้วยวาจา การให้เห็น ตัวแบบ หรือประสบการณ์ของผู้อื่น ดำเนินกิจกรรม ดังนี้ 1) ประเมินความรู้ และให้ความรู้เรื่องโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ 2) ดูตัวแบบผ่านวีดิทัศน์ เรื่องการป้องกันโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ และการใช้ยาพ่นจมูก 3) ผู้วิจัยมอบคู่มือการปฏิบัติตัวในการ ดูแลตนเองเรื่องโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ ไปอ่านทบทวนความรู้ได้ตามต้องการ

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมฉันทำได้ เป็นขั้นตอนการส่งเสริมประสบการณ์การกระทำที่สำเร็จด้วยตัวเอง โดยมี กิจกรรมดังนี้ 1) ดุวิทัศน์การล้างจมูก เนื้อหาเกี่ยวกับประโยชน์ของการล้างจมูก การเตรียมอุปกรณ์ และการล้างจมูกที่ ถูกวิธี 2) สาธิตการล้างจมูก การใช้ยาพ่น และให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติ 3) กล่าวชื่นชมให้กำลังใจ สร้างความเชื่อมั่นให้ผู้ป่วย และหลังจากนั้น 1 สัปดาห์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ นัดหมายครั้งต่อไปอีก 1 เดือน พร้อมให้ตอบแบบสอบถาม พฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ (post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผลเบื้องต้น โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น หากมีการกระจายของข้อมูลปกติใช้



3. สถิติ paired t test ในการทดสอบความแตกต่างภายในกลุ่ม และใช้สถิติ independent t test ในการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม หากการกระจายของข้อมูลไม่ปกติ ใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test ในการทดสอบความแตกต่างภายในกลุ่ม และ ใช้สถิติ Mann-Whitney U Test ในการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม

จริยธรรมการวิจัย

วิจัยผ่านการพิจารณา จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพัทลุง เอกสารเลขที่ 47/2566 ลงวันที่ 7 พฤศจิกายน 2566 จนถึงวันที่ 6 พฤศจิกายน 2567 และหากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกอึดอัดไม่สะดวกใจสามารถออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา และไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการได้รับบริการพยาบาล หากเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย ผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ให้การดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ แนวปฏิบัติของการดูแลในภาวะฉุกเฉิน และพิจารณาให้ยุติการเข้าร่วมวิจัยซึ่งในการศึกษารั้งนี้โดยไม่มีปัญหาใดๆ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 45.97 ปี (S.D.=15.50) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.67 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 36.67 ออกกำลังกายด้วยการปั่นจักรยาน ร้อยละ 46.67 ได้รับการรักษาด้วยยารับประทาน ร้อยละ 90.00 มีระยะเวลาของการเป็นโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้เฉลี่ย 35.00 ปี (S.D.=14.14) ได้รับความรู้การดูแลตนเองจากพยาบาล ร้อยละ 63.33

กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 45.97 ปี (S.D.=15.50) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 43.33 ออกกำลังกายด้วยการปั่นจักรยาน ร้อยละ 56.67 ได้รับการรักษาด้วยยารับประทาน ร้อยละ 86.67 มีระยะเวลาของการเป็นโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้เฉลี่ย 35.33 ปี (S.D.=11.21) ได้รับความรู้การดูแลตนเองจากพยาบาล ร้อยละ 70.00 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		p value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
อายุ (ปี)	$\bar{X} = 45.97, S.D.=15.50$		$\bar{X} = 45.97, S.D.=15.50$		.987
< 20 ปี	2	6.67	2	6.67	
21-30 ปี	3	10.00	2	6.67	
31-40 ปี	6	20.00	10	33.33	
41-50 ปี	6	20.00	6	20.00	



ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		p value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
อายุ (ปี)					
51-60 ปี	7	23.33	4	13.33	
61-70 ปี	5	16.67	3	10.00	
71-80 ปี	1	3.33	3	10.00	
เพศ					
ชาย	7	23.33	10	33.33	.390
หญิง	23	76.67	20	66.67	
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	2	6.67	6	20.00	.311
มัธยมศึกษา	7	23.33	7	23.33	
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	8	26.67	3	10.00	
ปริญญาตรี	11	36.67	13	43.33	
สูงกว่าปริญญาตรี	2	6.67	1	3.33	
การออกกำลังกาย					
วิ่ง	13	43.33	10	33.33	.597
เดิน	3	10.00	2	6.67	
ปั่นจักรยาน	14	46.67	17	56.67	
ไม่ออกกำลังกาย	0	0.00	1	3.33	
การรักษาที่ได้รับ					
ยารับประทาน	27	90.00	26	86.67	.688
ยาพ่นจมูก	3	10.00	4	13.33	
สิ่งแวดล้อมในบ้าน					
แมว สุนัข	17	56.67	17	56.67	.438
แมลงสาบ	2	6.67	5	16.67	
ตุ๊กตา	0	0.00	2	6.67	
ที่บ้านมีคนสูบบุหรี่	3	10.00	2	6.67	
บ้านติดทุ่งหญ้า	2	6.67	1	3.33	
บ้านติดถนน	6	20.00	3	10.00	
ชนิดที่นอน					
ฟูก	22	73.33	25	83.33	.033*
เสื่อ	0	0.00	1	3.33	
ซักผ้าปูที่นอนทุกอาทิตย์	7	23.33	3	10.00	
ใช้ผ้าปูที่นอนกันไรฝุ่น	1	3.33	1	3.33	



ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		p value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
ระยะเวลาของการเป็นโรค	$\bar{X} = 35.00, S.D.=14.14$		$\bar{X} = 35.33, S.D.=11.21$		.920
จมูกอักเสบภูมิแพ้	4	6.67	2	6.67	
< 20 ปี	4	13.33	4	13.33	
20-29 ปี	7	23.33	9	30.00	
30-39 ปี	6	20.00	8	26.67	
40-49 ปี	9	30.00	7	23.33	
50-59 ปี					
ช่องทางการได้รับความรู้การดูแล					
ตนเอง					
พยาบาล	19	63.33	21	70.00	.052
ค้นคว้าจากสื่อออนไลน์	6	20.00	5	16.67	
เพื่อนผู้ป่วยที่มีประสบการณ์	5	16.67	4	13.33	

*p value<.05

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง

เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้กลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<.05$ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้กลุ่มทดลอง ก่อน และหลังทดลอง

พฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ของ ผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		t-test	p value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
กลุ่มทดลอง	43.63	8.52	59.80	4.05	-13.14	.000*

*p value<.05

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ $p<.05$ ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		t-test	p value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ก่อนได้รับโปรแกรม	47.77	7.66	43.63	8.52	1.976	.053
หลังได้รับโปรแกรม	47.37	7.11	59.80	4.05	8.322	.000*

*p value<.05

เมื่อพิจารณารายด้านหลังได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ทุกด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้รายด้านหลังได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		t-test	p value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1. การเรียนรู้เรื่องโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้และการรักษา	25.30	3.97	30.73	3.09	-5.92	.012*
2. ด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ	7.97	2.08	9.77	1.38	-3.95	.003*
3. ด้านการใช้ยาตามคำสั่งแพทย์	6.03	1.90	7.50	0.82	-3.88	.000*
4. ด้านการมีกิจกรรมการออกกำลังกายและการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม	8.07	1.86	11.80	0.66	10.37	.000*

*p value<.05

อภิปรายผล

เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้โดยรวมสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<.05$ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<.05$ เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Bandura (1997) ที่ว่า การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อมั่นของบุคคลที่จะสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จตามจุดหมายหมาย ถ้าหากบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะมีความอดทน อุทิศเวลา และกระตือรือร้นที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จ ผลการทดลอง แสดงให้เห็นว่า แม้กลุ่มตัวอย่างโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้จะได้รับคำแนะนำในการ



ปฏิบัติตัวในการป้องกันอาการภูมิแพ้ ก็ยังไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ คำแนะนำตามปกติ แต่ไม่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ไม่มีประสบการณ์จากการฝึกปฏิบัติจนสำเร็จ จึงไม่มีความมั่นใจที่จะปฏิบัติและมีทักษะที่ไม่เพียงพอในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ เกษราภรณ์ อ่อนทอง, นฤมล อีระรังสิกุล และศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์ (2564) ที่ทำการศึกษาลงมือโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ของเด็กวัยเรียนโรคภูมิแพ้ พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลการศึกษาระหว่างกลุ่ม ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ของผู้ป่วยโรคภูมิแพ้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ สามารถอธิบายได้ว่า บุคคลจะสามารถพัฒนาสมรรถนะแห่งตน และเกิดการเรียนรู้ สามารถพัฒนาโดยจัดกิจกรรมตามหลัก 4 กลยุทธ์ ได้แก่ 1) การส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ เป็นการส่งเสริมให้บุคคลมีความรู้สึกสุขสบายทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ ช่วยผ่อนคลาย และลดความวิตกกังวล จะทำให้เกิดการรับรู้ที่ตีความพร้อมในการทำกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างได้เล่าอาการแสดง และการดูแลตนเองในช่วงที่มีอาการเจ็บป่วย พร้อมทั้งได้ให้เล่นเกมสไลด์โดยการตอบคำถามเกี่ยวกับเรื่องโรคภูมิแพ้ อาการ อาการแสดง และสิ่งกระตุ้นที่ทำให้อาการกำเริบ เป็นการทบทวนความรู้เดิม 2) การสังเกตจากตัวแบบ หรือประสบการณ์ที่ได้จากการเห็นการกระทำของผู้อื่นที่ประสบผลสำเร็จได้ โดยมีการเปิดให้ดูตัวแบบผ่านวิดีโอ เรื่องการป้องกันโรคภูมิแพ้ ส่งผลให้เกิดความเข้าใจว่าปัญหาที่ตนเองเผชิญ ไม่ได้เกิดขึ้นกับตนเพียงคนเดียว มีผู้อื่นที่เผชิญเช่นเดียวกัน 3) การได้รับคำแนะนำ หรือคำพูดชักจูงโน้มน้าวให้บุคคลเชื่อว่าสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมตามตัวแบบนั้น ๆ ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นว่าสามารถทำได้เช่นเดียวกับผู้อื่น เกิดความตระหนักในการดูแลตนเองมากขึ้น ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่า การดูแลตนเองและการจัดการตนเองจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับและตัดสินใจว่าจะปฏิบัติตนตามคำแนะนำ และช่วยลดภาระโรค (Burden of disease) ได้ (Chodosh, Morton, Mojica, 2005; Kuehl, Abdulnour, O'Dell, Kyle, 2015) และ 4) ประสบการณ์หรือการกระทำที่สำเร็จจากการลงมือกระทำ โดยจัดกิจกรรมให้ดูวิดีโอการล้างจมูก เนื้อหาเกี่ยวกับประโยชน์ของการล้างจมูก การเตรียมอุปกรณ์ และการล้างจมูกที่ถูกต้อง สาธิตการล้างจมูก การใช้ยาพ่น และให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติ การที่กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง ส่งผลให้เกิดทักษะและความชำนาญมากขึ้น ได้มีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ พร้อมทั้งได้รับการชมเชย การให้กำลังใจ คำแนะนำเพิ่มเติม ส่งผลให้เกิดมั่นใจในความสามารถของตนเอง เชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้

จะเห็นได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย กิจกรรมการส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ กิจกรรมรู้เท่าทันโรคภูมิแพ้ และกิจกรรมฉันทำได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างโรคภูมิแพ้มีพฤติกรรมในการป้องกันอาการภูมิแพ้เพิ่มมากขึ้น



การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลในผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ มาอบรมให้ความรู้และการนำไปใช้แก่เจ้าหน้าที่ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน มีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองเพื่อไม่ให้เกิดอาการกำเริบ ลดความรุนแรงของโรคได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม
2. ด้านการศึกษา สามารถนำไปปรับใช้ในการเรียนการสอนทางการพยาบาล โดยการให้ความรู้แก่นักศึกษาพยาบาล ให้เห็นถึงความสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยการพัฒนาให้ผู้ป่วยเกิดสมรรถนะแห่งตน นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ถูกต้องเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเพิ่มเติมในส่วนของการติดตามผลระยะเวลานานมากขึ้น เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการติดตามอาการแสดงและพฤติกรรมในระยะสั้น รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนไม่มาก การศึกษาต่อไปในอนาคตจึงควรติดตามผลการรักษาที่ระยะเวลายาวนานมากขึ้น และกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนมากขึ้น ซึ่งจะทำให้ทราบปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการรักษาได้ดียิ่งขึ้น
2. ศึกษาเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้โดยเพื่อให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลในผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ในการลดอาการทางคลินิกที่ชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

- เกษราภรณ์ อ่อนทอง, นฤมล ชีระรังสิกุล และศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์. (2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ของเด็กวัยเรียนโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 29(2), 36-46.
- จุไรรัตน์ กีบาง. (2554). ผลของโปรแกรมพัฒนาความสามารถของเด็กวัยเรียนโรคโพรงจมูกอักเสบภูมิแพ้และผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กและพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จิตติมา แซ่แต้ และศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์. (2562). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและสมรรถภาพปอดของเด็กวัยเรียนโรคหืด. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 11(1), 139-150.
- ปารยะ อาศนะเสน. (2557). โรคจมูกอักเสบภูมิแพ้. สืบค้นจาก https://www.rcot.org/2021/pdf/allergic_rhinitis31-7-2017.pdf
- ทรงกลด เอี่ยมจตุรภัทร, ขจร เสรีศิริขจร, กรเกียรติ์ สนิทวงศ์, กรรณิการ์ รุ่งโรจน์วัฒนศิริ, กวินญรัตน์ จิตรอรุณห์, กังสดาล ต้นจรรักษ์ และคณะ. (2565). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ในคนไทย (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2565). *วารสารหุ คอ จมูก และไพบรุษ*, 23(1), 53-312.



เอกสารอ้างอิง

- พิมพ์พญา สมดี. (2558). พฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ของเด็กวัยเรียนโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก]. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- มาลินี ทองดี, ณิชภา เตชาภาพิทักษ์, ธนัชร กาฝากส้ม, อุมพร อุดมทรัพย์ากุล, ชามาศ วงศ์ษา และวรรณดา ไส้สวน. (2562). การศึกษาคุณภาพชีวิตและอาการทางจมูกของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบเรื้อรัง เปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษา. *รวมาริบดีเวชสาร*, 42(2), 21-29.
- สถิตโรพยาบาลพัทลุง. (2566). เวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลพัทลุง จังหวัดพัทลุง
- สมาคมโรคภูมิแพ้โรคหืดและวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย. (2559). *โรคภูมิแพ้ในเด็ก (ตอนที่1)*. สืบค้นจาก http://allergy.or.th/2016/resources_expert_detail
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman.
- Bernard, R. (2000). *Fundamentals of biostatistic* (5th ed). Duxbery: Thaomson learning.
- Chodosh, J., Morton, S.C. & Mojica, W. (2005) Meta-analysis: chronic disease self-management programs for older adults. *Annals of Internal Medicine*, 143(6), 427-438.
- Hayden, M.L., & Womack, C.R. (2017). Caring for patient with allergic rhinitis. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19(6), 290-298.
- Kuehl, B.L, Abdulnour, S., O'Dell, M., & Kyle, T.K. (2015). Understanding the role of the healthcare professional in patient self-management of allergic rhinitis. *SAGE Open Medicine*, 3.
- Meltzer, E.O. (2016). Quality of life in adults and children with allergic rhinitis. *Journal of Allergy Clinical Immunology*, 103(Suppl), 45-53.
- Sritipsukho, P., Satdhabudha, A., & Nanthapisal, S. (2015). Effect of allergic rhinitis and asthma on the quality of life in young Thai adolescents. *Asian Pacific Journal of Allergy and Immunology*, 33(3), 222-226.
- Ward, L.S., Hisley, M.S., & Kennedy, M.A. (2016). *Maternal-Child Nursing Care* (2th ed). Philadelphia: Davis Company.



คุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลบ้านเอื้อง อำเภอสว่างนคร จังหวัดนครพนม

จินตนา ทองสง่า¹, นพรัตน์ เสนาฮาต² และประจักษ์ บัวผัน^{2*}

¹นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

(วันที่รับบทความ: 14 มีนาคม 2567; วันที่แก้ไข: 4 พฤษภาคม 2567; วันที่ตอบรับ: 6 พฤษภาคม 2567)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทำนายการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลบ้านเอื้อง อำเภอสว่างนคร จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่าง คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลบ้านเอื้อง อำเภอสว่างนคร จังหวัดนครพนม จำนวน 159 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ คือแบบสอบถามสำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่าภาพรวมระดับการสนับสนุนจากองค์กรและระดับการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.20$, S.D.=0.36) และ ($\bar{X}=2.27$, S.D.=0.41) ตามลำดับ และตัวแปรทั้ง 4 ตัวแปร ประกอบด้วย การสนับสนุนจากองค์กรด้านบริหารจัดการ ด้านบุคลากร ด้านวัสดุอุปกรณ์ และคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านรายได้ สามารถร่วมกันในการพยากรณ์และมีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลบ้านเอื้อง อำเภอสว่างนคร จังหวัดนครพนม ได้ร้อยละ 49.1 ($R^2=0.491$)

จากผลการวิจัยควรส่งเสริมและสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงานและให้ความสำคัญกับการประสานงานในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในระดับหมู่บ้าน ระดับชุมชน และการประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: คุณลักษณะส่วนบุคคล, การสนับสนุนจากองค์กร, การดูแลผู้สูงอายุ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** ประจักษ์ บัวผัน; bprach@kku.ac.th



Personal Characteristics and Organizational Support Affecting an Elderly Care of Village Health Volunteers at Ban Ueang Sub-District, Si Songkhram District Nakhonphanom Province

Chintana Thongsanga¹, Nopparat Senahad² and Prachak Bouphan^{2*}

¹Master of Public Health program students Department of Public Health Administration Faculty of Public Health Khon Kaen University

²Department of Public Health Administration Faculty of Public Health Khon Kaen University

(Received: 14 March 2024; Revised: 4 May 2024; Accepted: 6 May 2024)

Abstract

This cross-sectional analytical research were to study the personal characteristics, and examine prediction factors support of the organization that related for caring of the elderly of village health volunteers in Ban Amon District, Si Songkhram District Nakhon Phanom Province. The sample group was simple selection of 159 village health volunteer in Ban Amon District, Si Songkhram District, Nakhon Province. The research tools were the questionnaires for collecting quantitative data, and in-depth interview guidelines for collecting qualitative. The data were analyzed by descriptive statistics, and inference statistics that including the correlation coefficient of Pearson and step-by-step multilateral regression analysis.

The results found overall of the level of support from the organization and the level of care for the elderly of village health volunteers was moderate level ($\bar{X}=2.20$, S.D.=0.36) and ($\bar{X}=2.27$, S.D.=0.41) respectively. There were four variables consist of support from the management organization, personnel, materials, equipment, and personal characteristics of income that might be predicted of the elderly care of village health volunteers in Ban Amon District Sri District Nakhon Phanom Province by 49.1% ($R^2=0.491$).

The finding of study should be encouraged and support the village health volunteers to participate for operational planning and focus on coordination in caring for the elderly. The level of operation could be at the village level and community level for coordination with other relevant agencies, so that village health volunteers can be caring effectively for the elderly.

Keywords: personal characteristics, organizational support, elderly care, village health volunteers

***Corresponding author:** Prachak Bouphan; bprach@kku.ac.th



บทนำ

จากสถานการณ์ประเทศไทยและทุกประเทศทั่วโลกกำลังเดินหน้าเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุประชากรโลกที่มีประชากรอายุเกิน 60 ปี จำนวน 962 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 12.7 ของประชากรโลกทั้งหมด โดยความเร็วของการสูงวัยของโลกในระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2550-2560) มีอัตราเพิ่มขึ้นสูงถึงร้อยละ 5.8 ต่อปี จากการคาดประมาณประชากรประเทศไทยของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุ ร้อยละ 17.1 เป็นสังคมสูงอายุและก้าวสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ ในปี 2564 จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นและปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพผู้สูงอายุส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายไปในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้เป็นผลทำให้ความเสี่ยงโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นที่อาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2562) การเข้าสู่สังคมสูงอายุมีผลกระทบทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม สถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มอัตราที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของผู้สูงอายุ ในขณะที่จำนวนประชากรวัยทำงานที่มีความสามารถในการเกื้อหนุนดูแลผู้สูงอายุกลับมีแนวโน้มลดลง ผู้สูงอายุยังมีปัญหาด้านความมั่นคงของรายได้ด้านการได้รับความคุ้มครองสิทธิและความปลอดภัยรวมถึงด้านการมีส่วนร่วมในสังคม นอกจากนี้ยังสะท้อนให้เห็นถึงภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยที่เพิ่มขึ้น ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) จึงมีการกำหนดแผนพัฒนายุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการพัฒนาและการเสริมสร้างทรัพยากรมนุษย์ มีเป้าหมายการพัฒนาคนไทยในทุกมิติและในทุกช่วงวัย ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิต สุขภาวะ และความเป็นอยู่ที่ดีของคนไทย โดยยุทธศาสตร์ที่กล่าวมานี้ส่งเสริมให้มีการผลักดันและขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุได้รับการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2561)

การดูแลผู้สูงอายุเป็นการดูแลให้มีสุขภาพแข็งแรง และป้องกันการเจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการด้านสาธารณสุขอย่างเหมาะสม โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยบริการที่เป็นจุดเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลชุมชนและศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนทั้งนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงมีบทบาทสำคัญในฐานะผู้นำด้านการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพของชุมชนและมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งประกอบไปด้วย 1) การดูแลทางด้านร่างกาย 2) การดูแลทางด้านจิตใจ 3) การดูแลทางด้านสังคม และ 4) การดูแลทางด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและในชุมชนต่อไป (World Health Organization, 2012) ซึ่งมีผู้ที่ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านไว้แล้ว พบว่า ภาพรวมการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลปอภาร อำเภอมือง จังหวัดร้อยเอ็ด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.47 (S.D.=0.30) (ภคมน สมศรี, มกราพันธ์ จุฑารส และประจักษ์ บัวผัน, 2564) และภาพรวมการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ตำบลบึงเกลือ อำเภอสว่างภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.44 (S.D.=0.28) (อันธิกา วาปีทะ และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์, 2562) และพบว่าภาพรวมการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน อำเภอมือง จังหวัดสกลนคร อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.43 (S.D.=0.35) (ไอลดา การประดิษฐ์ และประจักษ์ บัวผัน, 2562)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นบุคคลที่มีบทบาทความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ ต้องอาศัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคลนั้นคือ ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล หมายถึง



บุคลิกภาพหรือลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลที่แสดงออกและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) อาชีพ 6) รายได้ 7) ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 8) การได้รับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ (Schermerhorn, Osborn, Uhi-Bien & Hunt, 2011) นอกจากคุณลักษณะส่วนบุคคลแล้ว การสนับสนุนจากองค์กรเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความจำเป็นต่อการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ การสนับสนุนจากองค์กรในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพจึงจำเป็นต้องมีปัจจัยที่สนับสนุนการดำเนินงาน นั่นคือ การสนับสนุนจากองค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานอื่นๆ ซึ่งการสนับสนุนการดำเนินงานที่สำคัญประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านบุคลากร 2) ด้านงบประมาณ 3) ด้านวัสดุอุปกรณ์ และ 4) ด้านการบริหารจัดการ (ทองหล่อ เดชไทย, 2549)

จังหวัดนครพนม มีนโยบายในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุด้านสาธารณสุข เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพจากหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น เพื่อให้ผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข จากข้อมูลสารสนเทศภูมิศาสตร์ด้านสุขภาพของตำบลบ้านเอื้อง อำเภอสว่างนครพนม จังหวัดนครพนม ปีงบประมาณ 2563-2565 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุ 1,202 คน 1,242 และ 1,311 คน ตามลำดับ ซึ่งได้รับการดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพและการให้บริการสุขภาพจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวนทั้งสิ้น 236 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม, 2565ก) ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านร่างกาย จำนวน 671 คน คิดเป็นร้อยละ 51.2 ด้านจิตใจ จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 5.1 ด้านสังคม จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 6.5 และด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 332 คน คิดเป็น ร้อยละ 25.3 จากการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ผู้สูงอายุบางรายไม่ได้รับการดูแลปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย มีปัญหาด้านจิตใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง โดดเดี่ยวท่อนอกจากนี้ด้านสิ่งแวดล้อม ภายในบ้านยังไม่เอื้อต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำให้เพิ่มโอกาสในการเกิดอุบัติเหตุ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม, 2565ข) ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งถือเป็นบุคลากรที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุดและมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจึงนำไปสู่ประเด็นการศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลบ้านเอื้อง อำเภอสว่างนครพนม จังหวัดนครพนม เพื่อให้ทราบคุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลบ้านเอื้อง อำเภอสว่างนครพนม สามารถนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนพัฒนา แก้ไขปัญหาอุปสรรคในการสนับสนุนและพัฒนาคุณภาพดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลบ้านเอื้อง อำเภอสว่างนครพนม จังหวัดนครพนม



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional analytical research) **ประชากร** ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลบ้านเอื้อง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม จำนวน 236 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม, 2565ก)

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านเอื้อง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร การคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานของ Cohen (Cohen, 1988) ได้จำนวน 159 คน และสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

เกณฑ์การคัดเข้า คือ อสม. มีชื่ออยู่ในทะเบียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลบ้านเอื้อง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

เกณฑ์การคัดออก ดังนี้

- 1) อาสาสมัครที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้หลังจากการติดตามเกิน 2 ครั้ง
- 2) อาสาสมัครไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview Group) โดยการเลือกวิธีเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากบุคคลที่สามารถให้คำตอบเชิงลึกได้เพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ โดยเลือกบุคคลที่สามารถให้ข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลบ้านเอื้อง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม ได้ดีที่สุด (Key Informant) ซึ่งบุคคลดังกล่าวที่จะให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึกนั้น ต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถและมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานรวมถึงเป็นบุคคลที่มีอุปกรณ์พร้อม มีอินเทอร์เน็ตสำหรับการสัมภาษณ์อย่างเพียงพอและสามารถใช้โปรแกรมการสัมภาษณ์ออนไลน์ เช่น โทรศัพท์, Line, Google Meet, Zoom เป็นต้น โดยพิจารณาคัดเลือกดังนี้ 1) ผู้รับผิดชอบงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับจังหวัด 1 คน 2) ผู้รับผิดชอบงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับอำเภอ 1 คน 3) ผู้รับผิดชอบงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับตำบล 1 คน และ 4) ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับหมู่บ้าน 9 คน รวมทั้งหมดจำนวน 12 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้รับผิดชอบงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีเกณฑ์ดังนี้
 - 1.1) ผู้ที่ได้รับคำสั่งมอบหมายงานให้เป็นผู้รับผิดชอบงาน อสม.
 - 1.2) คงสถานภาพการทำงาน ยังไม่เกษียณอายุราชการ
 - 1.3) ปฏิบัติงานในจังหวัดนครพนม
2. ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับหมู่บ้าน มีเกณฑ์ดังนี้
 - 2.1) ขึ้นทะเบียนเป็น อสม.
 - 2.2) ผู้ที่เป็นผู้นำ อสม. ที่คงสถานภาพการทำงาน



2.3) ผู้ที่ปฏิบัติงานเป็น อสม. ในตำบลบ้านเอื้อง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้รับผิดชอบงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีเกณฑ์ดังนี้
 - 1.1) ผู้ที่ได้รับคำสั่งมอบหมายงานให้เป็นผู้รับผิดชอบงาน อสม. ที่ได้รับคำสั่งแต่งตั้งน้อยกว่า 1 ปี
2. ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับหมู่บ้าน มีเกณฑ์ดังนี้
 - 2.1) ผู้ที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็น อสม. มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยกว่า 1 ปี และไม่ประสงค์เข้าร่วม

กิจกรรม

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือเชิงปริมาณ มีทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1.1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดตามทฤษฎี Schermerhorn et al (2011) จำนวน 8 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) อาชีพ 6) รายได้ 7) ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 8) การได้รับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ โดยลักษณะคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและคำถามปลายเปิดให้เติมลงในช่องว่างตามความจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 1.2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนจากองค์กรผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดการสนับสนุนจากองค์กรตามแนวคิดตามทฤษฎี (ทองหล่อ เดชไทย, 2549) จำนวน 20 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย 1) ด้านบุคลากร 2) ด้านงบประมาณ 3) ด้านวัสดุอุปกรณ์ และ 4) ด้านการบริหารจัดการ โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 3 หมายถึง มาก 2 หมายถึง ปานกลาง และ 1 หมายถึง น้อย การแปลผลคะแนน ได้แบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย (Best, 1977) ดังนี้ ระดับการสนับสนุนจากองค์กรมาก (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00) ระดับการสนับสนุนจากองค์กรปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33) และระดับการสนับสนุนจากองค์กรน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66)

ส่วนที่ 1.3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจาก WHOQOL Measuring quality of life ของ World Health Organization (2012) จำนวน 20 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย 1) การดูแลทางด้านร่างกาย 2) การดูแลทางด้านจิตใจ 3) การดูแลทางด้านสังคม และ 4) การดูแลทางด้านสิ่งแวดล้อม โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 3 หมายถึง มาก 2 หมายถึง ปานกลาง และ 1 หมายถึง น้อย การแปลผลคะแนน ได้แบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย (Best, 1977) ดังนี้ การดูแลผู้สูงอายุระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00) การดูแลผู้สูงอายุระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33) และการดูแลผู้สูงอายุระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66)



ส่วนที่ 1.4 เป็นแบบสอบถามที่เป็นคำถามปลายเปิด ให้ผู้ตอบได้เสนอปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลบ้านเอื้อง อำเภอสว่างนครราชสีมา จังหวัดนครพนม ให้ตอบคำถามได้อย่างอิสระ

ชุดที่ 2 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview Guidelines) เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการนำเอาข้อมูลเชิงปริมาณที่พบปัญหาแล้วนำประเด็นปัญหามากำหนดแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก แล้วนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ คำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ กำหนดประเด็นไว้ 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 2.1 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ส่วนที่ 2.2 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการสนับสนุนจากองค์การในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ส่วนที่ 2.3 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ส่วนที่ 2.4 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยนำแต่ละข้อคำถามมาหาดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence: IOC) ทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.67-1.00 และตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามวิเคราะห์ค่าความเที่ยงโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficients) เพื่อหา ความเที่ยง โดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลท่าเรือ อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 19 มกราคม 2567 ถึงวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2567 ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำส่งแบบสอบถามด้วยตนเองพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รวมทั้งนัดหมายวันและเวลาในการส่งแบบสอบถามกลับคืนเมื่อ ครบกำหนด 20 วัน
2. เมื่อครบกำหนดนัดหมายส่งคืนแบบสอบถาม 20 วัน ผู้วิจัยจะไปเก็บแบบสอบถามคืนด้วยตนเอง



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data)

1.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ใช้สำหรับอธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับการสนับสนุนจากองค์กร และระดับการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน การวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน ใช้สำหรับการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา และการหาคุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกตลอดจน ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ มาสรุปแยกเป็นหมวดหมู่ โดยทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ วันที่ 9 มกราคม 2567 ถึง วันที่ 20 พฤศจิกายน 2567 เลขที่ HE662249

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของอสม.ในตำบลบ้านเอื้อง อำเภอสว่างนครพนม จังหวัดนครพนม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 61.0 มีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.6 โดยมีเฉลี่ยอายุ 55.31 ปี (S.D.=11.49 ปี) อายุต่ำสุด 24 ปี อายุสูงสุด 80 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 81.8 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 65.4 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 91.2 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 2,500- 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 47.8 โดยมีรายได้เฉลี่ย 3,835.85 บาทต่อเดือน รายได้ต่ำสุด 1,000 บาทต่อเดือน รายได้สูงสุด 15,000 บาทต่อเดือน ระยะเวลาปฏิบัติงานเป็น อสม. 11-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.8 โดยมีค่าเฉลี่ย 16.78 ปี และการได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. คิดเป็นร้อยละ 56.6

2) ระดับการสนับสนุนจากองค์กรของอสม.ในตำบลบ้านเอื้อง อำเภอสว่างนครพนม จังหวัดนครพนม

ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับการสนับสนุนจากองค์กรอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X}=2.20$ (S.D.=0.36) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการบริหารจัดการค่าเฉลี่ยสูงที่สุดและอยู่ในระดับมาก $\bar{X}=2.61$ (S.D.=0.92) ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ระดับการสนับสนุนจากองค์กรของ อสม.

การสนับสนุนจากองค์กร	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1. ด้านบุคลากร	2.40	0.39	มาก
2. ด้านงบประมาณ	1.82	0.60	ปานกลาง
3. ด้านวัสดุอุปกรณ์	1.96	0.57	ปานกลาง
4. ด้านการบริหารจัดการ	2.61	0.92	มาก
ภาพรวม	2.20	0.36	ปานกลาง

3) ระดับการดูแลผู้สูงอายุของ อสม.

ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X}=2.27$ (S.D.=0.41) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การดูแลทางด้านร่างกายมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดและอยู่ในระดับมาก $\bar{X}=2.41$ (S.D.=0.48) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับการดูแลผู้สูงอายุของ อสม.

การดูแลผู้สูงอายุ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1. การดูแลทางด้านร่างกาย	2.41	0.48	มาก
2. การดูแลทางด้านจิตใจ	2.23	0.49	ปานกลาง
3. การดูแลทางสังคม	2.26	0.48	ปานกลาง
4. การดูแลทางสิ่งแวดล้อม	2.19	0.46	ปานกลาง
ภาพรวม	2.27	0.41	ปานกลาง

4) คุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของ อสม.

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลด้านรายได้มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.199$, $p \text{ value}=0.012$) และคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านการได้รับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.189$, $p \text{ value}=0.017$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของ อสม.

คุณลักษณะส่วนบุคคล	การดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	$p < .05$	ระดับความสัมพันธ์
1. เพศ	-0.057	0.476	ไม่มีความสัมพันธ์
2. อายุ	0.134	0.092	ไม่มีความสัมพันธ์
3. สถานภาพสมรส	-0.031	0.699	ไม่มีความสัมพันธ์
4. ระดับการศึกษา	0.054	0.497	ไม่มีความสัมพันธ์



ตารางที่ 3 คุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	การดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p<.05	ระดับความสัมพันธ์
5. อาชีพ	0.012	0.878	ไม่มีความสัมพันธ์
6. รายได้	0.199*	0.012	ต่ำ
7. ระยะเวลาการ อสม.	-0.113	0.156	ไม่มีความสัมพันธ์
8. การได้รับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ	0.189*	0.017	ต่ำ

*p value<.05

5) การสนับสนุนจากองค์กรที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุ

ภาพรวมการสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.589, p value<.001) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการสนับสนุนจากองค์กรกับการดูแลผู้สูงอายุของ อสม.

ในตำบลบ้านเอื้อง อำเภอสว่างนครราชสีมา จังหวัดนครพนม

การสนับสนุนจากองค์กร	การดูแลผู้สูงอายุของ อสม.		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p<.001	ระดับความสัมพันธ์
การสนับสนุนจากองค์กร	0.589***	<.001	ปานกลาง
1. ด้านบุคลากร	0.578***	<.001	ปานกลาง
2. ด้านงบประมาณ	0.283***	<.001	ต่ำ
3. ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.417***	<.001	ปานกลาง
4. ด้านการบริหารจัดการ	0.581***	<.001	ปานกลาง

***p value<.001

6) คุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุของ อสม.ในตำบลบ้านเอื้อง อำเภอสว่างนครราชสีมา จังหวัดนครพนม

พบว่า การสนับสนุนการด้านบริหารจัดการ การสนับสนุนการด้านบุคลากร การสนับสนุนการด้านวัสดุอุปกรณ์ และคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านรายได้ต่อเดือน ตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปร สามารถร่วมกันในการพยากรณ์และมีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 49.1 ($R^2=0.491$, p value<.001)



จากผลการศึกษาตารางที่ 5 ได้ผลการถดถอยพหุเชิงเส้นตรง ซึ่งเป็นสมการทำนายในรูปแบบคะแนนดิบ ดังนี้ การดูแลผู้สูงอายุของ อสม.= $0.166+(0.379)$ (การสนับสนุนการด้านการบริหารจัดการ)+(0.325) (การสนับสนุนการด้านบุคลากร)+(0.135) (การสนับสนุนการด้านวัสดุอุปกรณ์)+(0.001) (คุณลักษณะส่วนบุคคลด้านรายได้) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการดูแลผู้สูงอายุของอสม.

ตัวแปร	B	95%CI		Beta	T	p <.001	R	R ²	R ² adj	R ² change
		Lower	Upper							
1. การสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการ	0.379	0.24	0.52	0.363	5.385	<.001	0.581	0.337	0.333	-
2. การสนับสนุนจากองค์การด้านบุคลากร	0.325	0.18	0.47	0.309	4.418	<.001	0.666	0.444	0.437	0.107
3. การสนับสนุนจากองค์การด้านวัสดุอุปกรณ์	0.135	0.04	0.22	0.186	2.967	.003	0.690	0.476	0.466	0.032
4. รายได้	0.001	0.00	0.00	0.122	2.100	.037	0.700	0.491	0.477	0.015

ค่าคงที่ 0.166, F= 37.093, p value<.001, R= 0.700, R²= 0.491, R²adj= 0.477

ส่วนที่ 2 ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าการสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการ พบว่า บางส่วนด้านการประสานการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งในพื้นที่มีการประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพียงอย่างเดียว มากกว่าการประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้การดำเนินงานไม่ครอบคลุมทุกมิติ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่สามารถให้การสนับสนุนในการปฏิบัติงานกลุ่มตัวอย่างให้ข้อเสนอแนะว่า ควรให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการประสานงานร่วมกับผู้นำชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม เพื่อส่งเสริมให้การดำเนินการดูแลผู้สูงอายุเกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การสนับสนุนจากองค์การด้านบุคลากร พบว่า การดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านบางแห่งยังขาดทักษะในการดูแลผู้สูงอายุบางทักษะและพบว่า มีบางทักษะที่ยังต้องการพัฒนาเพิ่มเติม กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาศักยภาพและองค์ความรู้ โดยการส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ารับการฝึกอบรมพัฒนาความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง รวมถึงสามารถเรียนรู้ได้จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การสนับสนุนจากองค์การด้านวัสดุอุปกรณ์ พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการสำรวจความต้องการใช้วัสดุอุปกรณ์ และการจัดสรรวัสดุอุปกรณ์ ทางแพทย์ เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วัสดุอุปกรณ์บางส่วนไม่เพียงพอต่อการใช้งาน และสภาพไม่พร้อมใช้งาน กลุ่มตัวอย่างให้ข้อเสนอแนะว่า ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการดูแลวัสดุอุปกรณ์บางส่วน เพื่อส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดการเรียนรู้ด้านการดูแลรักษาวัสดุอุปกรณ์



ด้านรายได้ พบว่า ด้านค่าตอบแทนหรือค่าป่วยการที่ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีการพิจารณารางวัลหรือสิ่งตอบแทนให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้ปฏิบัติงานในกรณีพิเศษอื่นๆ เพื่อเป็นการสร้างขวัญกำลังใจและขับเคลื่อนการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อภิปรายผล

1) ด้านรายได้มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. คือ การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีรายได้เพิ่มขึ้น จะส่งผลให้มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น อาจเป็นผลมาจากการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แม้เป็นงานที่เป็นจิตอาสา แต่รายได้ก็ถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตจนเดือดร้อนครัว รวมไปถึงใช้ในการปฏิบัติงาน จึงอาจเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความมุ่งมั่นพยายามในการปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมายมากยิ่งขึ้น ถ้ารายได้มากขึ้น ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สถิตย์ กลมวงศ์, ประจักษ์ บัวผัน และนครินทร์ ประสิทธิ์ (2566) พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลด้านรายได้มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แต่เนื่องจากสภาพปัญหาและบริบทในการดำรงชีวิตที่แตกต่างกันอาจส่งผลให้การศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ ตติยภรณ์ มงคลวัฒน์, ประจักษ์ บัวผัน และศุมาลิน ดีจันทร์ (2565) พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลด้านรายได้ไม่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2) การสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการมีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. คือ การสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการเพิ่มมากขึ้น จะส่งผลให้มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น เนื่องจากการสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการมีความสำคัญต่อการวางแผนดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จ เพื่อให้การบริหารจัดการในการปฏิบัติงานไปอย่างมีระบบแบบแผนและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ มนฤดี อุดมตัน, ประจักษ์ บัวผัน และมกราพันธุ์ จูฑะรสก (2562) พบว่า การสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการมีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แต่เนื่องจากความแตกต่างของนโยบายในการบริหารและสนับสนุนที่แตกต่างกันอาจทำให้ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ เฉลิมพล หนูยอด, มกราพันธุ์ จูฑะรสก และประจักษ์ บัวผัน (2565) พบว่าการสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3) การสนับสนุนจากองค์การด้านบุคลากรมีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. คือ การสนับสนุนจากองค์การด้านบุคลากรเพิ่มมากขึ้น อาจส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การปฏิบัติงานจำเป็นต้องอาศัยทรัพยากรกำลังคน การปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีจำนวนมาก กำลังคนที่จะปฏิบัติงานต้องเพียงพอ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ไอลดา การประดิษฐ์ และประจักษ์ บัวผัน (2562) พบว่า การสนับสนุนการด้านบุคลากรมีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แต่เนื่องจากการจัดสรรจำนวนของบุคลากรของแต่ละพื้นที่ที่ต่างกันอาจส่งผลให้การศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาของ ตติยภรณ์ มงคลวัฒน์, ประจักษ์ บัวผัน และศุมาลิน ดีจันทร์ (2565) พบว่าการสนับสนุนการด้านบุคลากรไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



4) การสนับสนุนการด้านวัสดุอุปกรณ์มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุของ อสม.คือ การสนับสนุนจากองค์การด้านวัสดุอุปกรณ์มีความสำคัญในการช่วยสนับสนุนให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพ ถ้ามีวัสดุอุปกรณ์ที่พร้อมใช้งาน และเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน จะทำให้การดำเนินงานขององค์การบรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่วางเอาไว้ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ วราภรณ์ นันทวงศ์ และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์ (2561) พบว่าการสนับสนุนจากองค์การด้านวัสดุอุปกรณ์มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แต่เนื่องจากความแตกต่างของการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่ไม่เพียงพอต่อการใช้งานอาจส่งผลให้การศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ มนฤดี อุดมตัน, ประจักษ์ บัวผัน และมกราพันธ์ จุฑารส (2562) พบว่าการสนับสนุนการด้านวัสดุอุปกรณ์ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงาน และให้ความสำคัญกับการประสานงานในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในระดับหมู่บ้านระดับชุมชน และการประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง
2. ควรให้ความสำคัญกับการจัดอบรมพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ความเข้าใจและสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ควรให้ความสำคัญในการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์อย่างเพียงพอสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุ
4. ควรให้ความสำคัญกับการจ่ายค่าตอบแทนให้เหมาะสมกับงานที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับมอบหมายเพิ่มเติม เพื่อเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจแก่อสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562). คู่มือแนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.

กรมอนามัย. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

เฉลิมพล หนูยอด, มกราพันธ์ จุฑารส และประจักษ์ บัวผัน. (2565). คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 29(2), 30-41.



เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *คู่มือแนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กรมอนามัย*. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- เฉลิมพล หนูยอด, มกราพันธุ์ จุฑารส, และประจักษ์ บัวผัน. (2565). คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 29(2), 30-41.
- ตติยภรณ์ มงคลวัจน์, ประจักษ์ บัวผัน, และศุมาลิน ตีจันทร์. (2565). การสนับสนุนจากองค์กรและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 29(2), 42-52.
- ทองหล่อ เดชไทย. (2549). *หลักการบริหารสาธารณสุข*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- ภคมน สมศรี, มกราพันธุ์ จุฑารส และประจักษ์ บัวผัน. (2564). คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลปอภาร อำเภอร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 21(3), 200-210.
- มนฤดี อุดมตัน, ประจักษ์ บัวผัน และมกราพันธุ์ จุฑารส. (2562). การดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่จังหวัดสุรินทร์. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 19(1), 161-171.
- วรภรณ์ นันทวงศ์ และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์. (2561). การสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 11(1), 395-402.
- สถิตย์ กลมวงศ์, ประจักษ์ บัวผัน, และนครินทร์ ประสิทธิ์. (2566). คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 23(1), 26-37.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2561). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (พ.ศ.2561-2580)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. (2565ก). *ฐานข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน*. นครพนม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. (2565ข). *รายงานประเมินผลการปฏิบัติงาน*. นครพนม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม.
- อันธิกา วาทะ และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์. (2562). การสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบึงเกลือ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 16(1), 166-175.



เอกสารอ้างอิง

- ไอลดา การประดิษฐ์, ประจักษ์ บัวผัน. (2562). คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ
ขออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองจังหวัดสกลนคร. *วารสารวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพ*,
13(3), 623-631.
- Best, J.W. (1977). *Research in education*. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavior sciences*. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence
Erlbaum.
- Schermerhorn, J.R., Osborn, R.N., Uhl-Bien, M., & Hunt, J.G. (2011). *Organizational Behavior 11th ed.*
New York: John Wiley & Sons.
- World Health Organization. (2012). *Programme on mental health: WHOQOL Measuring quality of life*.
Geneva: WHO.



พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของชุมชนบ้านเมืองจังใต้ ตำบลเมืองจัง อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน

เจนฤทัย เจริญศรี^{1*}, ดร.ณิ กิติวิเศษสกุล¹, อาริรัตน์ กันพิภ¹ และกฤติณัฐ นวพงษ์ปวีณ¹

¹คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

(วันที่รับบทความ: 16 เมษายน 2567; วันที่แก้ไข: 6 พฤษภาคม 2567; วันที่ตอบรับ: 8 พฤษภาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่าง คือประชาชนชุมชนบ้านเมืองจังใต้ ตำบลเมืองจัง อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน จำนวน 260 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถาม สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ Chi-Square

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.00 ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 26.54 เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 97.69 อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ อายุ 10-20 ปี ร้อยละ 58.08 มีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 92.31 ทักษะอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.23 พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับมีความเสี่ยงน้อย ร้อยละ 75.77 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการศึกษาสามารถนำข้อมูลไปปรับใช้ประกอบการวางแผนการป้องกัน ควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มนักดื่มหน้าใหม่อายุอยู่ระหว่าง 10-20 ปี และสร้างความตระหนักรู้ของชุมชนถึงผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อลดความเสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพ

คำสำคัญ: ความรู้, ทักษะ, พฤติกรรม, เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

*ผู้รับผิดชอบบทความ: เจนฤทัย เจริญศรี; janruethai.cha@bkkthon.ac.th



Alcohol Drinking Behavior of the Ban Mueang Chang Tai Community, Mueang Chang Subdistrict, Phu Piang District, Nan Province

Janruethai Charoensri^{1*}, Darunee Kitiwisetsakun¹, Areerut Kanfak¹ and Krittinat Navaphongpaveen¹

¹Faculty of Public Health, BangkokThonburi University

(Received: 16 April 2024; Revised: 6 May 2024; Accepted: 8 May 2024)

Abstract

The purposes of the descriptive research were to study the knowledge, attitude and alcohol drinks behavior, and the factors related to alcohol drinking behavior. The sample group of 260 people of Mueang Chang Tai Community, Mueang Chang Subdistrict, Phu Piang District, Nan Province, were purposively selected. The research tools used for collecting data were questionnaires. The statistics analysis were frequency, percentage, mean, and standard deviation and hypothesis testing was Chi-square.

The results found that most of the sample was female (60.00%), age range over 60 years (26.54%). Experience alcohol drinking was 97.69%. Alcohol beginners of age 10-20 years old were 58.08%. The knowledge, attitude and alcohol drinks behavior found that their knowledge was the good level (92.31%), attitude was the moderate level (69.23%), and alcohol drinks behavior was low risk (75.77%). The factors correlated statistical significance with alcohol drinks were gender, age and the knowledge. Findings from this study can be applied for preventing and controlling alcohol consumption among new drinkers aged 10-20 years and raise community awareness of the harmful effects of alcohol consumption to reduce health risks.

Keywords: knowledge, attitude, behavior, alcohol

***Corresponding author:** Janruethai Charoensri; janruethai.cha@bkkthon.ac.th



บทนำ

สุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดที่คนนิยมดื่มมากในระดับโลกประมาณ 1 ใน 3 ของประชากรโลก สำหรับประเทศไทยถึงแม้ว่าจะมีคนดื่มสุราอยู่จำนวนมาก แต่ปริมาณ และพฤติกรรมการดื่มมีความแตกต่างกันตาม เพศ อายุ ศาสนา เศรษฐฐานะ ค่านิยมทางสังคม และสภาวะสุขภาพ ความชุกของการดื่มสุราในหญิงไทยต่ำกว่าในชายไทย ถึงแม้ว่าหญิงไทยจะมีแนวโน้มการดื่มสุราเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบันก็ตาม ซึ่งเป็นแบบแผนที่คล้ายคลึงกับที่พบในประเทศอื่นๆ ส่วนใหญ่ทั่วโลก แบบแผน จำนวน อัตราความชุกของการดื่มสุราลักษณะต่างๆ ในประชากรไทยในปัจจุบัน รวมทั้งแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของค่านิยมเหล่านี้ในระยะเวลาประมาณ 10 ปีที่ผ่านมา (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2565)

จากการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ.2564 พบว่าในปี พ.ศ.2564 ประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป 15.96 ล้านคน หรือ (ร้อยละ 28.00) เป็นนักดื่มปัจจุบัน โดยความชุกของนักดื่มลดลงเล็กน้อยจากปี พ.ศ. 2560 หรือ (ร้อยละ 28.41) จำนวนนักดื่มปัจจุบันในปี 2560 เท่ากับ 15.89 ล้านคน เนื่องจากจำนวนประชากรไทยที่ใช้เป็นฐานในการประมาณค่าเพิ่มมากขึ้น เมื่อจำแนกตามเพศพบว่า ประชากรชาย 12.77 ล้านคน (ร้อยละ 46.44) เป็นนักดื่มปัจจุบัน สำหรับประชากรหญิง มีเพียง 3.20 ล้านคน (ร้อยละ 10.83) เท่านั้นที่เป็นนักดื่มปัจจุบัน ซึ่งอัตราความชุกในประชากรหญิงน้อยกว่าความชุกในประชากรชายถึงประมาณสี่เท่า และเมื่อจำแนกตามกลุ่มวัย ความชุกของการดื่มสุราในปัจจุบันสูงที่สุดในประชากรกลุ่มวัยทำงานตอนต้น (อายุ 25-44 ปี) โดยประชากรกลุ่มนี้ (ร้อยละ 36.53) เป็นนักดื่มปัจจุบัน และมีความชุกของนักดื่มปัจจุบันนี้ต่ำสุดในประชากรอายุ 15-19 ปี (ร้อยละ 8.97) และ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 15.06) ตามลำดับ ความชุกของนักดื่มหน้าใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมากในการสำรวจ ปี พ.ศ. 2564 ข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นถึง อิทธิพลของโฆษณาหรือการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่พยายามทำให้เกิดนักดื่มหน้าใหม่เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะนักดื่มเยาวชนและนักดื่มหญิง โดยการออกโฆษณาและผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดึงดูดความสนใจของเยาวชนและผู้หญิง รวมทั้งการทำตลาดในสื่อสมัยใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอินเทอร์เน็ต หรือสื่อออนไลน์ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564)

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความสูญเสียในชีวิตและทรัพย์สิน เพราะผู้ดื่มขาดสติยังคิดทำให้เกิดเหตุแห่งความสูญเสียและสร้างปัญหามากมายในชีวิต ได้แก่ ด้านสุขภาพ โดยภาวะโรคที่เป็นสาเหตุจากการเจ็บป่วยสูงสุดทั้งเพศชายและหญิง ได้แก่ โรคตับจากแอลกอฮอล์ โรคตับ โรคหัวใจขาดเลือด ภาวะซึมเศร้า ภาวะแอลกอฮอล์เป็นพิษเฉียบพลัน ด้านสังคมและวัฒนธรรม เช่น เกิดความรุนแรงในครอบครัว ทะเลาะวิวาท อุบัติเหตุทางถนน และ ด้านเศรษฐกิจและพัฒนาประเทศ เช่น สูญเสียค่ารักษาพยาบาลทางการแพทย์มหาศาล หน้าที่การงานมีปัญหา ทรัพย์สินเสียหายจากอุบัติเหตุ ประเทศขาดโอกาสเติบโตทางเศรษฐกิจ สะท้อนให้เห็นปัญหาด้านลบต่อประเทศชัดเจน (กรมสุขภาพจิต, 2565) คนที่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งสูงกว่าคนที่ไม่ดื่มถึง 1.2-5 เท่า และเป็นสาเหตุของโรคมะเร็งหลายชนิด เช่น มะเร็งช่องปาก มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งลำไส้ มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งตับ มะเร็งเต้านม (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563)



จากการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พบว่า จังหวัดน่าน มีอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นอันดับ 1 ของไทย คิดเป็นร้อยละ 43 ของประชากร จึงควรส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ ลด ละ เลิก ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เครือข่ายองค์กรงดเหล้าจังหวัดน่าน, 2566) จากการที่ผู้วิจัยลงพื้นที่สำรวจโดยการสอบถาม ผู้นำชุมชนบ้านเมืองจันทน์เบื้องต้น พบว่า ประชากรในวัยแรงงานส่วนใหญ่ของชุมชนบ้านเมืองจันทน์ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และทำงานรับจ้าง ซึ่งมีการใช้แรงงานทำงานหนัก หลังจากเสร็จจากภารกิจมักจะมีการหาวิธีที่จะผ่อนคลาย โดยการหาเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มาดื่มเป็นประจำเกือบทุกวัน เกิดปัญหาการทะเลาะวิวาทในครอบครัว และมีแนวโน้ม มีผู้ติดยาเพิ่มขึ้น

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่ปัจจัยทางครอบครัว สังคม และสภาพทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน ผู้ศึกษาวิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของชุมชนบ้านเมืองจันทน์ ตำบลเมืองจันทน์ อำเภอกู่เพียง จังหวัดน่าน เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน และความสัมพันธระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความรู้ ทักษะ กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของชุมชนบ้านเมืองจันทน์ ตำบลเมืองจันทน์ อำเภอกู่เพียง จังหวัดน่าน ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผน สร้างนโยบาย และมาตรการทางสังคม นำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ให้สอดคล้องกับนโยบาย และมาตรการของรัฐบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

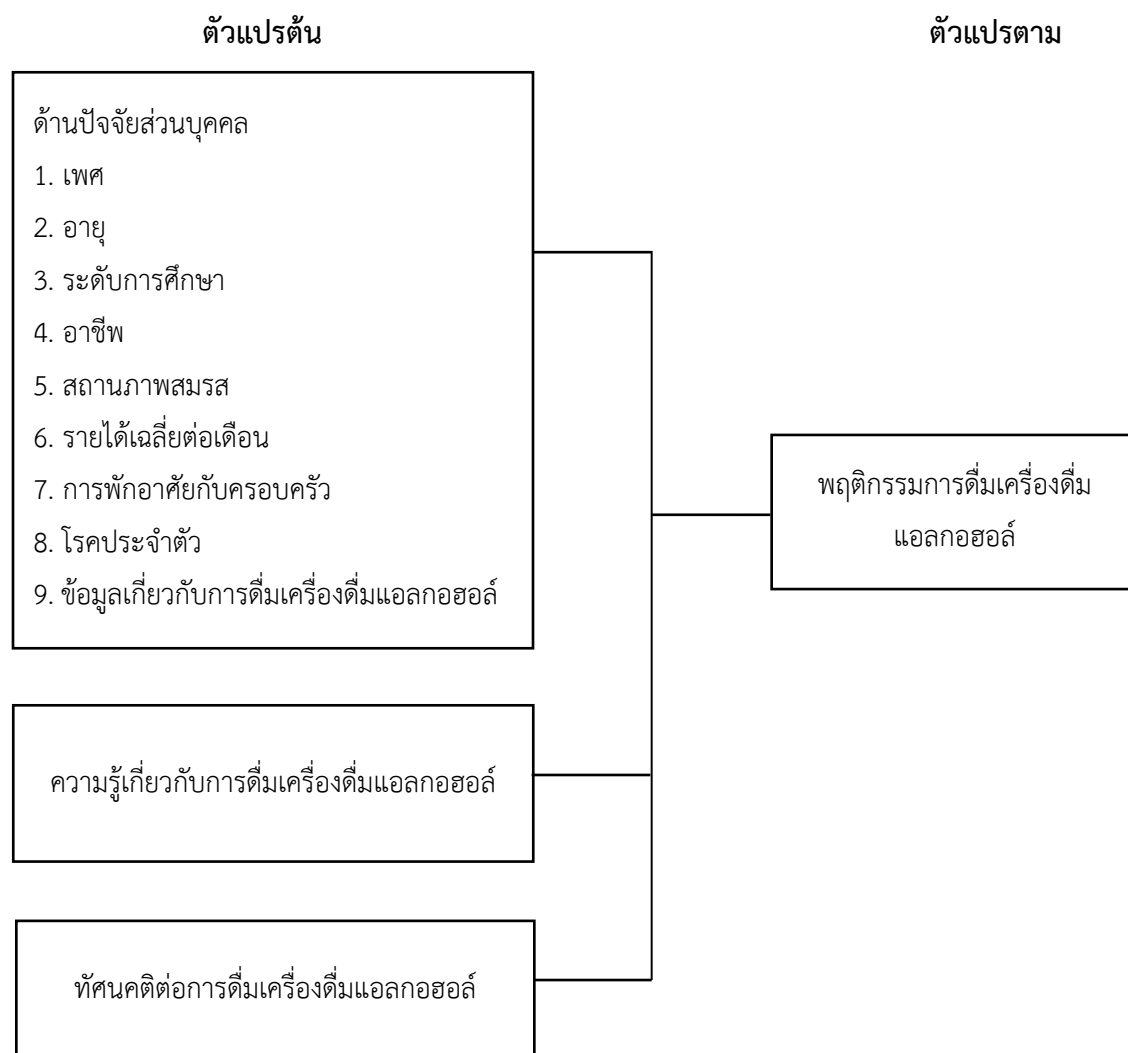
- 1) เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของชุมชนบ้านเมืองจันทน์ ตำบลเมืองจันทน์ อำเภอกู่เพียง จังหวัดน่าน
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของชุมชนบ้านเมืองจันทน์ ตำบลเมืองจันทน์ อำเภอกู่เพียง จังหวัดน่าน

สมมติฐานของการวิจัย

- 1) ความรู้ ทักษะ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของชุมชนบ้านเมืองจันทน์ ตำบลเมืองจันทน์ อำเภอกู่เพียง จังหวัดน่าน
- 2) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของชุมชนบ้านเมืองจันทน์ ตำบลเมืองจันทน์ อำเภอกู่เพียง จังหวัดน่าน



กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม 2566-เดือนกุมภาพันธ์ 2567



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง มีเกณฑ์การคัดเลือกแบบเจาะจง 1 ชุมชน คือ ชุมชนบ้านเมืองจังใต้ ตำบลเมืองจัง อำเภอกุเวียง จังหวัดน่าน ซึ่งใช้ประชากรทั้งหมดในช่วงอายุ 20-60 ปีขึ้นไป จำนวน 260 คน โดยใช้ประชากรทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ ผู้ที่ยินยอมร่วมมือในการวิจัย สามารถอ่านออก เขียนได้ ติดต่อสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี

เกณฑ์การคัดออก ดังนี้ เป็นผู้พิการ ทางหู ตา สติปัญญา ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่อยู่ในช่วงเวลาที่เข้าเก็บข้อมูล หรือมีเจ็บป่วยกระทันหัน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้การวิจัยเป็นลักษณะแบบสอบถาม สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิด วัตถุประสงค์ของการศึกษา และแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อ้างอิงจากแบบประเมิน Audit ขององค์การอนามัยโลก (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2552) แบ่งออกเป็น 4 ส่วน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือนละ ปัจจุบันที่พำนักอาศัย โรคประจำตัว และข้อมูลเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 8 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และคำตอบแบบสั้น

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจในเรื่องของแอลกอฮอล์ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามตอบให้เลือกตอบ ซึ่งการให้คะแนนคำตอบที่ตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบผิดจะได้ 0 คะแนน ความรู้เป็นคะแนนรวม 15 คะแนน โดยพิจารณาจากการจัดช่วงคะแนนของ Bloom (1986) ได้ดังนี้ คะแนน 12-15 คะแนน หมายถึง ระดับดี คะแนน 9-11 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนน 0-8 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย

ส่วนที่ 3 ทักษะการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 15 ข้อ เป็นลักษณะแบบสอบถามปลายปิด แบบประมาณค่า (Likert's scale) มีการให้คะแนน ดังนี้ 4 หมายถึงมากที่สุด 3 หมายถึงมาก 2 หมายถึง น้อย และ 1 หมายถึงน้อยที่สุด ในการแบ่งระดับทัศนคติภาพรวม 3 ระดับ โดยพิจารณาจากการจัดช่วงคะแนน ของ Best (1981) ได้ดังนี้ ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 หมายถึง ระดับดี ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 หมายถึงระดับน้อย

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 10 ข้อ เป็นลักษณะแบบสอบถามปลายปิด แบบประมาณค่า (Likert's scale) (แบบประเมิน Audit ขององค์การอนามัยโลก, อ้างในกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, (2552)) มีการให้คะแนน ดังนี้

0 หมายถึง ไม่เคยเลย/1-2 ดื่มมาตรฐาน

1 หมายถึง เดือนละครั้งหรือน้อยกว่า/3-4 ดื่มมาตรฐาน/น้อยกว่าเดือนละครั้ง



- 2 หมายถึง 2-4 ครั้ง ต่อเดือน/5-6 ตีมาตรฐาน/เดือนละครั้ง
- 3 หมายถึง 2-3 ครั้ง ต่อสัปดาห์/7-9 ตีมาตรฐาน/สัปดาห์ละครั้ง/เคย แต่ไม่ได้เกิดขึ้นในปีที่แล้ว
- 4 หมายถึง 4 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์/ตั้งแต่ 10 ตีมาตรฐานขึ้นไป/ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน/เคยเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว

ในการแบ่งระดับพฤติกรรมภาพรวม 3 ระดับ โดยพิจารณาจากการจัดช่วงคะแนนของ Audit ขององค์การอนามัยโลก, อ้างอิงกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2552) ได้ดังนี้ คะแนน 0-7 คะแนน หมายถึง ระดับมีความเสี่ยงต่ำ คะแนน 8-15 หมายถึง ระดับมีความเสี่ยง และคะแนน 16 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ระดับมีความเสี่ยงสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ในการสร้างแบบสอบถามผู้วิจัยได้ศึกษาเนื้อหาและทฤษฎีจากเอกสารตำราและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องมากำหนดกรอบการวิจัยนำเนื้อหาและทฤษฎีมาสร้างข้อคำถามเป็นแบบสอบถามโดยปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ และให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบจำนวน 3 ท่าน ช่วยตรวจสอบความถูกต้อง และความตรงด้านเนื้อหาการใช้ภาษาแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดสอบและใช้ในการเก็บข้อมูลจริงโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC ทั้งฉบับ เท่ากับ .92

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้ (Try out) โดยไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษามากที่สุด คือ กลุ่มชุมชนแห่งหนึ่งในตำบลเมืองจัน อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดน่าน โดยแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์วิเคราะห์หาค่า KR-20 มีค่าเท่ากับ 0.60 แบบสอบถามด้านทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และด้านพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ วิเคราะห์หาค่าอัลฟาครอนบาค ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการติดต่อประสานงาน ผู้รับผิดชอบพื้นที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและ กลุ่มเป้าหมายคือ ประชากรชุมชนบ้านเมืองจันใต้ ตำบลเมืองจัน อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดน่าน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในชุมชนตามหลังคาเรือน พร้อมทั้งอธิบายให้เข้าใจ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิวิธีการตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลจากแบบสอบถามโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) หาค่าไคสแควร์ (Chi square) เพื่อใช้หาความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์



จริยธรรมการวิจัย

การศึกษารังนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์กับคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (วิทยาศาสตร์สุขภาพ) มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี เลขที่ 4/2567 รับรองวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนใหญ่กลุ่มประชากรเป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.00 ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 26.54 ระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 37.31 ประกอบอาชีพ เกษตรกร ร้อยละ 39.23 สถานภาพสมรส สมรส ร้อยละ 62.31 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 63.85 บ้านที่พักอาศัยบ้านของตนเอง ร้อยละ 94.23 มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดัน โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคไขข้ออักเสบ โรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 97.69 การดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 1 ปีที่ ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 75.38 อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ อายุ 10-20 ปี ร้อยละ 58.08 ชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่มบ่อยที่สุด เหล้าขาว ร้อยละ 31.15 สาเหตุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ เพราะต้องการทำตามเพื่อน ร้อยละ 56.92 อาการที่เคยเกิดขึ้นบ่อยจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาการเมาค้าง ร้อยละ 25.38 ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ ไม่มี ร้อยละ 48.08 รองลงมาคือโรคกระเพาะอาหาร ร้อยละ 25.38 ระหว่างการดื่มแอลกอฮอล์มีการใช้สารเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วย คือ บุหรี่ ร้อยละ 10.00

ส่วนที่ 2 ระดับความรู้เกี่ยวกับ ทักษะชีวิต และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มประชากรมีระดับความรู้ในระดับดี ร้อยละ 92.31 มีค่าคะแนนเฉลี่ย 12.70 (S.D.=1.73) ทักษะชีวิตที่มีต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มประชากรมีระดับทักษะชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.23 ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.84 (S.D.=0.41) พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มประชากรมีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับมีความเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 75.77 ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.26 (S.D.=4.68) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้เกี่ยวกับ ทักษะชีวิต และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มประชากรชุมชนบ้านเมืองจันทน์ ตำบลเมืองจันทน์ อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดน่าน (N=260)

ระดับความรู้ ทักษะชีวิต และพฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ดี (12-15 คะแนน)	240	92.31
ปานกลาง (9-11 คะแนน)	17	6.54
น้อย (0-8 คะแนน)	3	1.15
$\bar{X}=12.70$, S.D.=1.73, Min=2, Max=15		



ตารางที่ 1 ระดับความรู้เกี่ยวกับทัศนคติ และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มประชากรชุมชนบ้านเมืองจันทน์ ตำบลเมืองจันทน์ อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดน่าน (ต่อ)

ระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับทัศนคติที่มีต่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ดี (3.01–4.00 คะแนน)	69	26.54
ปานกลาง (2.01–3.00 คะแนน)	180	69.23
น้อย (1.00–2.00 คะแนน)	11	4.23
$\bar{X}=2.84$, S.D.=0.41, Min=.40, Max=3.80		
ระดับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
มีความเสี่ยงต่ำ (0-7 คะแนน)	197	75.77
มีความเสี่ยง (8-15 คะแนน)	52	20.00
มีความเสี่ยงสูง (16 คะแนนขึ้นไป)	11	4.23
$\bar{X}=4.27$, S.D.=4.68, Min=0, Max=21		

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนรายได้ ความรู้ และทัศนคติ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของกลุ่มประชากรชุมชนบ้านเมืองจันทน์ ตำบลเมืองจันทน์ อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดน่าน (N=260)

ตัวแปร	พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์			p-value
	มีความเสี่ยงต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	มีความเสี่ยง จำนวน (ร้อยละ)	มีความเสี่ยงสูง จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ				
ชาย	59 (56.73)	35 (33.65)	10 (9.62)	.001*
หญิง	138 (88.46)	17 (10.90)	1 (0.64)	
อายุ				
20-30 ปี	45 (73.77)	9 (14.75)	7 (11.48)	.001*
31-40 ปี	37 (80.43)	8 (17.39)	1 (2.17)	
41-50 ปี	25 (78.13)	5 (15.63)	2 (6.25)	
51-60 ปี	30 (57.69)	22 (42.31)	0 (0.00)	
มากกว่า 60 ปี	60 (86.96)	8 (11.59)	1 (1.45)	



ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของกลุ่มประชากรชุมชนบ้านเมืองจันใต้ ตำบลเมืองจัง อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดน่าน (ต่อ)

ตัวแปร	พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์			p-value
	มีความเสี่ยงต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	มีความเสี่ยง จำนวน (ร้อยละ)	มีความเสี่ยงสูง จำนวน (ร้อยละ)	
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	76 (78.35)	19 (19.59)	2 (2.06)	.006*
มัธยมศึกษา	33 (56.90)	21 (36.20)	4 (6.90)	
ปวช./ปวส.	9 (81.82)	0 (0.00)	2 (18.18)	
ปริญญาตรีขึ้นไป	79 (84.04)	12 (12.77)	3 (3.19)	
อาชีพ				
นักเรียน/นักศึกษา	29 (74.36)	8 (20.51)	2 (5.13)	.005*
รับราชการ	24 (88.89)	3 (11.11)	0 (0.00)	
เกษตรกร	70 (68.63)	30 (29.41)	2 (1.96)	
ธุรกิจส่วนตัว	28 (90.32)	3 (9.68)	0 (0.00)	
รับจ้างทั่วไป	30 (81.08)	4 (10.81)	3 (8.11)	
อื่นๆ	16 (66.66)	4 (16.67)	4 (16.67)	
รายได้ (บาทต่อเดือน)				
ต่ำกว่า 10,000 บาท	118 (71.08)	41 (24.70)	7 (4.22)	.206
10,001-15,000 บาท	39 (88.63)	4 (9.10)	1 (2.27)	
15,001-20,000 บาท	30 (83.33)	4 (11.11)	2 (5.56)	
มากกว่า 20,000 บาท	10 (71.43)	3 (21.43)	1 (7.14)	
ความรู้				
ดี (11-15 คะแนน)	143 (73.71)	45 (23.20)	6 (3.09)	.056
ปานกลาง (9-11 คะแนน)	51 (83.61)	6 (9.84)	4 (6.55)	
น้อย (0-8 คะแนน)	3 (60.00)	1 (20.00)	1 (20.00)	
ทัศนคติ				
ดี (3.01–4.00 คะแนน)	54 (78.26)	13 (18.84)	2 (2.90)	.421
ปานกลาง (2.01–3.00 คะแนน)	133 (73.89)	39 (21.67)	8 (4.44)	
น้อย (1.00–2.00 คะแนน)	10 (90.91)	0 (0.00)	1 (9.09)	

*p value <.05



การอภิปรายผล

การศึกษาความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 97.69 ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 75.38 อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ อายุ 10-20 ปี ร้อยละ 58.08 สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการที่เพื่อนชวน อยู่ในเกณฑ์อายุช่วงอายุรู้ยากลอง ซึ่งสอดคล้องกับ (อมรรัตน์ อัครเศรษฐสกุล, 2556) พบว่าอายุที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นครั้งแรกส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 10-19 ปี ร้อยละ 59.4 อายุเฉลี่ย 19 ปี สาเหตุส่วนใหญ่คือ เพื่อนชักชวน เฮฮากับเพื่อนฝูง

กลุ่มประชากรส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี เนื่องจากเข้าใจในเรื่องของโทษและผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีระดับทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง มีความคิดเห็นในเรื่องของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และผลเสียมากกว่าผลดี และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับความเสี่ยงต่ำ เนื่องจากไม่มีภาวะติดสุรา ไม่เม้าด่างจากการดื่มหนัก สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ จึงทำให้ไม่มีปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งสอดคล้องกับ (เพชรรัตน์ กิจสนาโยธิน, 2564) พบว่า พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับการดื่มแบบเสี่ยงต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากประชาชนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่มีภาวะติดสุราเรื้อรัง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จึงทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพน้อยไม่รุนแรง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าเพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ มีผลต่อระดับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยที่เพศชายจะมีระดับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าเพศหญิง เนื่องจากเพศชายส่วนใหญ่นิยมอยู่กับสังคมเพื่อน ความกล้าหาญ กล้าแสดงออกและผ่อนคลายความเครียดจากการทำงาน ด้านอายุ คนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่า อาจเกิดจากการสะสมของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่ช่วงอายุที่น้อยกว่า 60 ปี ด้านระดับการศึกษา ผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีจะมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับเสี่ยงต่ำ เนื่องจากมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น และด้านอาชีพ ผู้ที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับเสี่ยง เนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้าจากการทำงานหนัก อาจมีความเชื่อว่าการดื่มแอลกอฮอล์ทำให้ร่างกายกระชุ่มกระชวย ส่วนด้านรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แสดงว่ารายได้ ไม่มีผลต่อระดับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากไม่ว่ารายได้จะมากหรือน้อยก็สามารถเข้าถึงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ ซึ่งแตกต่างกับ (ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์, 2565) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล มีความแตกต่างของเพศ ระดับการศึกษา และอาชีพ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้านอายุ และรายได้ต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความสัมพันธ์กับปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ด้านความรู้ ทักษะ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แสดงว่าความรู้ ทักษะ ไม่ส่งผลต่อระดับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาจเป็นเพราะปัจจัยทางด้านวัฒนธรรมและวิถีชีวิตที่มีการดื่ม



เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นส่วนหนึ่งของการเลี้ยงฉลองและประกอบพิธีกรรมต่างๆ ตามความเชื่อของคนในบริบทนี้ ซึ่งสอดคล้องกับ (ปัญญพร ศรีชนาพันธ์ และคณะ, 2563) ที่พบว่า ปัจจัยด้านวัฒนธรรม/ประเพณีมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมเชิงบวกที่ทำให้เกิดการดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ ควรมีการส่งเสริมคนในชุมชนตระหนักถึงโทษของการดื่มแอลกอฮอล์มากยิ่งขึ้นด้วย

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ควรส่งเสริมป้องกันวางแผนรณรงค์เพื่อป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มอายุที่ 10-20 ปี ส่งเสริมให้ชุมชนได้ตระหนักถึงผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อลดไม่ให้เกิดความเสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรังในช่วงผู้สูงอายุที่อาจส่งผลแทรกซ้อนให้เกิดโรคร้ายแรงอื่นๆ ตามมา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาแบบหลายตัวแปร และเชิงคุณภาพ การรับรู้ รวมถึงผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ที่อาจจะส่งผลร้ายแรงต่อสุขภาพ ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมป้องกันโรคหรือผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อย่างเหมาะสมโดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่จะก้าวเข้าสู่วัยทำงาน และวัยผู้สูงอายุต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2565). "น้ำเมา" เพิ่มภาระครัวเรือนกว่า 170 ล้านบาท/ปี สร้างความเสียหายชีวิต-ประเทศ. สืบค้นจาก <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31837>.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552). "AUDIT แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ". สืบค้นจาก <https://dmh-elibrary.org/items/show/1209>.
- คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. (2563). สายดื่มควรรู้ โรคยอดฮิตจากฤทธิ์แอลกอฮอล์. สืบค้นจาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel/infographic/สายดื่มควรรู้-โรคยอดฮิต/>.
- เครือข่ายองค์กรงดเหล้าจังหวัดน่าน. (2566). "พบนักดื่มแอลกอฮอล์ จ.น่าน อันดับ 1 ของไทย สสส. ชวนวัดค่าเอนไซม์ตรวจสุขภาพตับหน่วยสุขภาพใกล้บ้าน". สืบค้นจาก <https://workpointtoday.com/news-5672>.
- ปัญญพร ศรีชนาพันธ์, ดารารัตน์ ธาตุรักษ์, วันไชย คำเสน, วิริยะ เดชแสง, ณัฐนรี ทองดีพันธ์, วันวิสาข์ ชูจิตร และคณะ. (2563). ปัจจัยต้นเหตุ พฤติกรรมเสี่ยง และแรงจูงใจที่ส่งผลให้เกิดการดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ของประชากรในเขตภาคเหนือตอนบน. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง, 9(2), 26-41.
- ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของคนในชุมชนตำบลดงบัง อำเภอนาควน จังหวัดมหาสารคาม. วารสารสุขภาพส่งเสริมสุขภาพอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อมศูนย์อนามัยที่ 9, 16(2), 711-722.
- เพชรรัตน์ กิจสนาโยธิน. (2564). การศึกษาพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ และคุณภาพชีวิตของประชาชน จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 14(3), 275-287.



เอกสารอ้างอิง

- ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์. (2565). *แบบแผนและแนวโน้มพฤติกรรมเครื่องดื่มสุราของ ประชากรไทย*. (รายงานวิจัย). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). *การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- อมรรัตน์ อัครเศรษฐสกุล. (2556). พฤติกรรมและผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน ตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดร. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 31(1), 101-109.
- Best, J. W. (1981). *Research in education* (4th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bloom, B.S. et al. (1986). *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: McGraw-Hill.



การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพระหว่างเพศหญิงและเพศชาย ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่

ก้องไพร ดันสุชาติ^{1*}, ปราโมทย์ เย็นบุญธรรม¹ และธวัชชัย แก้วอ้วน²

¹วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขและสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²สำนักงานสาธารณสุขอำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่

(วันที่รับบทความ: 5 มีนาคม 2567; วันที่แก้ไข: 27 พฤษภาคม 2567; วันที่ตอบรับ: 9 มิถุนายน 2567)

บทคัดย่อ

ความรู้ด้านสุขภาพเป็นกระบวนการทางปัญญา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง งานวิจัยภาคตัดขวางเชิงเปรียบเทียบครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ระดับความรู้ด้านสุขภาพและเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลอมก๋อย จำนวน 276 คน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน และแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติวิเคราะห์ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงโดยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในอายุเฉลี่ยและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างชายและหญิง แต่มีความแตกต่างกันในระดับระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน และความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า เพศหญิงมีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 60.9) การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพระหว่างเพศชายและเพศหญิง พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในขั้นพื้นฐาน ($Z=-2.391, p=.011$) ขั้นปฏิสัมพันธ์ ($Z=-2.547, p=.011$) ชั้นวิจารณ์ญาณ ($Z=-1.925, p=.013$) และภาพรวมของความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ($Z=-2.494, p=.017$) โดยผู้ป่วยเบาหวานเพศชายมีคะแนนค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ ขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ ขั้นวิจารณ์ญาณ และ ภาพรวมของความรู้ด้านสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่าเพศหญิง ซึ่งจากผลการวิจัยนี้บุคลากรสาธารณสุขสามารถวางแผนให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง หรือการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, ผู้ป่วยเบาหวาน, เพศ

*ผู้รับผิดชอบบทความ: ก้องไพร ดันสุชาติ; kongpraitu@scphpl.ac.th



The Comparison of health literacy between females and males who are sick with type 2 diabetes, Omkoi District, Chiang Mai Province

Kongprai Tunschart^{1*}, Pramote Yenboontham¹ and Thawatchai Kaewuan²

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

²Omkoi District Public Health Office Chiang Mai Province

(Received: 5 March 2024; Revised: 27 May 2024; Accepted: 9 June 2024)

Abstract

Health literacy is a cognitive process that is associated with self-care behavior of blood sugar control in people with type 2 diabetes. This comparative cross-sectional research aimed to study health literacy levels and compare the differences between male and female type 2 diabetics in Omkoi District, Chiang Mai Province. The sample was 276 patients who received services from the diabetes clinic at Omkoi Hospital. The research tools were questionnaire that comprised two parts: a personal characteristics questionnaire and a health literacy questionnaire. The data was analyzed using descriptive statistics and the Mann-Whitney U test.

The results showed that the majority of the sample was female, with no significant difference in average age and blood sugar control between males and females. There were significant differences in education level, duration of diabetes and health literacy between males and females. In terms of health literacy, it was found that females had insufficient health literacy more than males (60.9%). Comparison of health literacy between males and females showed a statistically significant difference in the basic level ($Z=-2.391$, $p=.011$), interactive level ($Z=-2.547$, $p=.011$), critical level ($Z=-1.925$, $p=.013$), and overall health literacy for diabetes patients ($Z=-2.494$, $p=.017$). Male diabetes patients had higher mean scores for basic health literacy, interactive health literacy, critical health literacy, and overall health literacy than females. From the results of this research, public health personnel can plan to provide self-care advice or organize activities to promote health literacy for diabetes patients appropriately.

Keywords: health literacy, diabetic patient, gender

***Corresponding author:** kongpraitu@scphpl.ac.th



บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้น ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ต่อเนื่องและยาวนาน นับเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขในปัจจุบัน จากข้อมูล International Diabetes federation (IDF) และการศึกษาระบาดวิทยาทั่วโลกพบความชุกของผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 9.3 (436 ล้านคน) ในปี 2019 และได้มีการคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็น ร้อยละ 10.9 (700 ล้านคน) ในปี 2045 สำหรับประเทศไทย จากผลการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พบความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 9.5 พบ โดยพบในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 10.3 และ 8.6 ตามลำดับ) (วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรระคเจริญ และวราภรณ์ เสถียรนพเก้า, 2564) และพบว่าเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานเป็นสาเหตุ ประมาณ 30,000 คน หรือประมาณ ร้อยละ 15 ของสาเหตุการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมด (Reutrakul & Deerochanawong, 2016) ปัญหาสำคัญของผู้ป่วยเบาหวาน คือ สัดส่วนของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับต่ำ โดยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์มีเพียงร้อยละ 26.3 (วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรระคเจริญ และวราภรณ์ เสถียรนพเก้า, 2564) ส่วนอีกร้อยละ 73.7 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ จากการศึกษาของ Boye et al (2022) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ ($HbA_{1c} < 7$) ลดโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต และปลายประสาท เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ตามเกณฑ์จะช่วยชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน และการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม ด้านการรับประทานอาหาร รับประทานยา และการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (โสวณิ มุกนพรัตน์ และนิชาพร ชูช่วย, 2567; อังศุมารินทร์ ปากวิเศษ และสมศักดิ์ อินทมาต, 2566) และจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของ ปาจร่า โพธิ์หัง (2564) พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในเรื่อง 3อ. 2ส. นอกจากนี้งานวิจัยของปิยนางค์ แซ่ก่ง (2566) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เช่นเดียวกับงานวิจัยของ วรณิ จิวสีบพงษ์, กฤษฎา เหล็กเพชร และจันทิมา นวมะวัฒน์ (2565) พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกระบวนการทางปัญญา (Nutbeam, 2000; Nutbeam, 2008) โดยแบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ 3 ระดับ ดังนี้ ขั้นพื้นฐาน (Functional health literacy) ได้แก่ ทักษะด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่จำเป็นต่อการเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ขั้นปฏิสัมพันธ์ (Communication/ interaction health literacy) ได้แก่ การมีทักษะพื้นฐานและการมีพหุปัญญา (Cognitive) รวมทั้งทักษะทางสังคม (social skill) ที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้นสามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิต



ประจำวันได้ ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณเน้นการกระทำของปัจเจกบุคคล (Individual action) การมีส่วนร่วม ผลักดันสังคม การเมืองไปพร้อมกัน จึงเป็นการเชื่อมโยงประโยชน์ของบุคคลสังคมและสุขภาพของประชาชนทั่วไป

จากบททวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานหรือผู้ป่วยโรคติดต่อไม่เรื้อรังอื่นๆ มีการศึกษาอย่างกว้างและมีการพัฒนาเครื่องมือมาใช้ในการประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพในหลายรูปแบบ และการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเพื่อให้ทราบถึงระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ หรือปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่วนการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นมีค่อนข้างน้อย โดยพบว่ามีการศึกษาของ ประการ เข้มแข็ง, นันทยา อ่อนคง และมณีนรัตน์ วงศ์พุ่ม (2559) ที่ทำการศึกษเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่า กลุ่มเสี่ยงในเขตชนบทมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจพื้นฐานสูงกว่ากลุ่มเสี่ยงในเขตเมือง ส่วนการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างเพศหญิงและชาย คือการศึกษาของ วิมลรัตน์ บุญเสถียร และ ortsay เจริญทิพย์เสกุล (2566) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุหญิงและชายในที่อยู่อาศัยอยู่ในชุมชน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากข้อมูล Health data center ของอำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 พบจำนวนผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 809 คน เป็น 870 คน และ 980 คน ตามลำดับ และพบว่าผู้ป่วยเบาหวาน อำเภออมก๋อย สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเป็นอันดับแรก ของจังหวัดเชียงใหม่ โดยระหว่างปี 2563-2565 เท่ากับร้อยละ 29.79, 41.38 และ 29.22 ตามลำดับ และพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนค่อนข้างน้อยถ้าเปรียบเทียบกับทุกอำเภอในจังหวัดเชียงใหม่ โดยปี 2563 พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา ร้อยละ 1.03 ภาวะแทรกซ้อนปลายประสาท (เท้า) ร้อยละ 10.42 และไม่พบอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนทางไต ปี 2564 พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนปลายประสาท (เท้า) ร้อยละ 1.70 ไม่พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา และไต ปี 2565 พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา ร้อยละ 0.13 ภาวะแทรกซ้อนปลายประสาท (เท้า) ร้อยละ 0.35 และ พบอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนทางไต 16.49 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2565) ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่กล่าวถึงผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีจะลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ซึ่งปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดคือความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพในเขตชนบทสูงกว่าเขตในเมือง (ปรการ เข้มแข็ง, นันทยา อ่อนคง และมณีนรัตน์ วงศ์พุ่ม, 2559) ด้วยเหตุผลดังกล่าว ประกอบกับการศึกษาความแตกต่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างเพศยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อยและยังไม่พบว่ามีศึกษาประเด็นดังกล่าวในพื้นที่

ดังนั้นเพื่อเติมเต็มช่องว่างขององค์ความรู้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิงและชาย อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการ



วางแผนพัฒนาหรือส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับเพศของผู้ป่วยเบาหวาน และสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสมที่มีความเฉพาะเจาะจงตามเพศของผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิงและเพศชาย อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิงและชาย อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยภาคตัดขวางเชิงเปรียบเทียบ (cross-sectional comparative study) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิงและชาย อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม-ธันวาคม 2566

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวาน ของโรงพยาบาลอมก๋อย ปี พ.ศ 2565 จำนวน 980 คน แยกเป็นเพศหญิง 710 คน เพศชาย 270 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลอมก๋อย ใช้สูตรคำนวณของ เครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970) โดยค่า $\chi^2=3.841$, $N= 980$, $P=0.5$ และ $d=0.05$ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 276 คน จากสูตรคำนวณ

$$n = \frac{\chi^2 NP(1-P)}{d^2 P(1-P)}$$

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota Sampling) โดยใช้เกณฑ์เพศ กำหนดสัดส่วนเพศหญิง 138 คน และเพศชาย 138 คน หลังจากนั้นใช้วิธีสุ่มตามสะดวก (Convenience Sampling)

เกณฑ์การคัดเข้า คือ ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยเบาหวานมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี อายุ 18 ปีขึ้นไป สมารถใจเข้าร่วมโครงการ สื่อสารด้วยการพูดฟังภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก คือ เป็นบุคคลวิกลจริต สติสัมชัญไม่สมบูรณ์ เป็นคนพิการ หนวก ตาบอด และเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง เช่น มะเร็ง โรคไตระยะสุดท้าย หรือ ไม่สามารถมาในวันนัดหมายได้



เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือวิจัยใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง การมีภาวะแทรกซ้อน การมีโรคร่วม ระยะเวลาในการเป็นเบาหวาน ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) วิธีการรักษาโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบความรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของ อารยา เชียงของ (อารยา เชียงของ, 2561) ข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วยความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน จำนวน 14 ข้อ ขั้นปฏิสัมพันธ์ จำนวน 6 ข้อ และขั้นวิจารณ์ญาณ 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดประมาณ 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ เห็นด้วยน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน เห็นด้วยน้อย เท่ากับ 2 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน เห็นด้วยมาก เท่ากับ 4 คะแนน และเห็นด้วยมากที่สุด 5 คะแนน โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 30-150 คะแนน แบ่งเป็นระดับเพียงพอ อยู่ระหว่าง 90-150 คะแนน (ร้อยละ 60.0-100) และระดับไม่เพียงพอ อยู่ระหว่าง 30-89 คะแนน (ร้อยละ 20.0-59.9)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิเคราะห์ความสอดคล้อง (Index of item objective congruence; IOC) ของแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง อำเภอมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ โดยผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 ท่าน แพทย์อายุรกรรม จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่รับผิดชอบงานคลินิกโรคเรื้อรัง จำนวน 1 ท่าน จากนั้นนำไปหาค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถามกับวัตถุประสงค์ด้วยการหาค่า IOC ได้เท่ากับ 1

การวิเคราะห์ความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง อำเภอมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ นำมาทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอมะแม่ม ซึ่งมีบริบทลักษณะของพื้นที่และลักษณะของประชากรที่คล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน ได้เท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ ดังนี้

1. ทำหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมก๋อย เพื่อขออนุญาตเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ติดต่อประสานงานขอความร่วมมือ เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานคลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลมก๋อย เพื่อนัดหมายเวลาในการเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน



3. อธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย พร้อมกันให้อาสาสมัคร อ่านทำความเข้าใจ และทำการลงลายมือชื่อ หรือพิมพ์ลายนิ้วมือในเอกสารยินยอมของอาสาสมัคร
4. เมื่อได้รับความยินยอมผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย และผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมในการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม รวมจำนวน 5 คน เป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภออมก๋อย เข้ามาช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล
5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานในวันที่มีคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลอมก๋อยจนครบตามจำนวน
6. การรวบรวมข้อมูลจะมีการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามในแต่ละครั้งเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. เปรียบเทียบลักษณะของข้อมูลทั่วไป ใช้ค่าสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-squared test และ Mann-Whitney U test
2. คะแนนเฉลี่ยและระดับความรู้ด้านสุขภาพภาพรวมของผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิงและชาย โดยใช้ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานระหว่างเพศหญิงและชาย ใช้ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Mann-Whitney U test

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยได้รับการอนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ REC No.CM 26/2566 ลงวันที่ 10 กรกฎาคม 2566 ผู้วิจัยได้จัดทำหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในการเก็บข้อมูล ได้ทำการขออนุญาต อธิบายวัตถุประสงค์และการเก็บรักษาความลับของผู้เข้าร่วมวิจัย และรายละเอียดของการวิจัย ตลอดจนสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย และการถอนตัวออกจากกรวิจัย ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้ การเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ การนำผลการศึกษากลับไปภาพรวม และข้อมูลจะถูกทำลายหลังจากมีการเผยแพร่งานวิจัยไปแล้วภายใน 1 ปี

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 เปรียบเทียบคุณลักษณะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองของเพศหญิงและเพศชาย

การเปรียบเทียบคุณลักษณะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองของเพศหญิงและเพศชาย ตามข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับการศึกษา พบว่า อายุ และ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่แตกต่างกัน ส่วนระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน และระดับการศึกษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=2.829, p=.005$; $\chi^2=12.51, p=.014$) ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของคุณลักษณะของผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิงและชาย

คุณลักษณะ	รวม (n=276)	หญิง (n=138)	ชาย (n=138)	ค่าสถิติ (p value)
อายุ (ปี) ($\bar{X}$ (S.D.))	56.16 (12.86)	55.89 (12.44)	56.42 (13.33)	Z=-0.468 (0.640)
ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน	7.04 (5.31)	7.90 (5.93)	6.19 (4.49)	Z=-2.829** (0.005)
การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด				
ควบคุมได้ดี (HbA1c<7)	183 (66.3)	86 (31.2)	97 (35.1)	$\chi^2 = 1.96$ (0.161)
ควบคุมได้ไม่ดี (HbA1c≥7)	93 (33.7)	52 (18.8)	41 (14.9)	
ระดับการศึกษา				$\chi^2 = 12.51^*$ (0.014)
ไม่ได้เรียนหนังสือ	141 (51.1)	81 (29.3)	60 (21.7)	
ประถมศึกษา	97 (35.1)	46 (16.7)	51 (18.5)	
มัธยมศึกษา	32 (11.6)	11 (4.0)	21 (7.6)	
อนุปริญญา / ปวส	2 (0.7)	0 (0)	2 (0.7)	
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	4 (1.4)	0 (0)	4 (1.4)	

หมายเหตุ Z=Mann-Whitney U test, χ^2 =Chi-square, *p value<.05, **p value<.01

ส่วนที่ 2 ระดับความรู้ด้านสุขภาพและเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานพบว่าเพศชาย สูงกว่าเพศหญิง ($\bar{X}$ =90.24, S.D.=18.95; $\bar{X}$ =84.30, S.D.=18.69 ตามลำดับ) และระดับความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานของเพศชายอยู่ในระดับเพียงพอ (อยู่ระหว่าง 90-150 คะแนน) ร้อยละ 53.6 ส่วนเพศหญิงมีความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 39.1 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ภาพรวมคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิงและชาย (n=276)

เพศ	Min-Max	$\bar{X}$ (S.D.)	ระดับความรู้ด้านสุขภาพ	
			ไม่เพียงพอ จำนวน (ร้อยละ)	เพียงพอ จำนวน (ร้อยละ)
หญิง	31-138	84.30 (18.69)	84 (60.9)	54 (39.1)
ชาย	31-137	90.24 (18.95)	64 (46.4)	74 (53.6)
คะแนนรวม	31-138	87.27 (19.02)	148 (53.6)	128 (46.4)

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของเพศหญิงและเพศชาย พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม (Z=-2.494, p=.017) ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Z=-2.391, p=.011) ความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (Z=-2.547, p=.011) ขั้นปฏิสัมพันธ์ขั้นวิจารณ์ญาณ (Z=1.925, p=.013) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



โดยเพศชายมีคะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้น
ปฏิสัมพันธ์ และความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ สูงกว่าเพศหญิง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิงและชาย (n=276)

ความรอบรู้ ด้านสุขภาพ	Min - Max	รวม (n=276) $\bar{X}$ (S.D.)	หญิง (n=138) $\bar{X}$ (S.D.)	ชาย (n=138) $\bar{X}$ (S.D.)	Z (p value)
ภาพรวม	31-138	87.27 (19.02)	84.30 (18.69)	90.24 (18.95)	-2.494* (0.017)
รายด้าน					
ขั้นพื้นฐาน	14-61	38.63 (8.91)	37.28 (8.52)	39.99 (7.206)	-2.391* (0.011)
ขั้นปฏิสัมพันธ์	6-30	18.07 (4.48)	17.35 (4.41)	18.80 (4.44)	-2.547* (0.011)
ขั้นวิจารณ์	10-46	28.00 (7.32)	27.18 (7.37)	28.83 (7.206)	-1.925* (0.013)

หมายเหตุ Z =Mann-Whitney U test, *p value<.05, **p value<.01

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในกลุ่มวัยกลางคน (อายุเฉลี่ย 56.16 ปี) ค่อนข้างสูงอายุประกอบกับระดับการศึกษาในภาพรวมของผู้ป่วยเบาหวานทั้งเพศชายและเพศหญิงร้อยละ 86.5 อยู่ในระดับประถมศึกษาและไม่ได้รับการศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับ ศิริพร จริยาจิรวัฒนา, ภัทรพร บุตรดี และพรวิมล นาคาศัย (2565) ที่ทำการศึกษาคำถามเกี่ยวกับสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของประชาชนไทยในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าอายุ 15-24 ปี 3.71 เท่า ผู้ที่เขียนหนังสือไม่ได้และเขียนไม่คล่องมีโอกาที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไม่เพียงพอมากกว่าผู้ที่เขียนหนังสือได้คล่อง 3.47 และ 2.13 เท่า เช่นเดียวกับการศึกษาของ วิมลรัตน์ บุญเสถียร และ อรทัย เจริญทิพย์สกุล (2566) ซึ่งพบข้อสรุปเบื้องต้น อายุ และ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยพบว่า บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงขึ้น มักจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่สูงกว่าคนที่มีการศึกษาน้อยกว่า และพบว่าคนที่มีการศึกษาเพิ่มขึ้นมีโอกาสเลือกงานที่มีรายได้สูงกว่าคนที่มีการศึกษาน้อย ซึ่งจะไม่สามารถเลือกงานที่มีรายได้สูงๆ จึงมักทำงานที่มีรายได้น้อยทำให้ขาดเวลาและโอกาสการค้นคว้าและเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ เนื่องจากต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ทำงานหาเลี้ยงชีพ จึงส่งผลต่อการรับข้อมูลข่าวสารการเลือกใช้บริการสุขภาพ หรืออาจส่งผลต่อการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ส่วนปัจจัยด้านอายุ พบว่า เมื่ออายุเพิ่มขึ้นทักษะการอ่านลดลง ทำให้ส่งผลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยทุกๆ ปี ที่อายุเพิ่มขึ้นค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งวัดทักษะพื้นฐานในการอ่านและเขียน (Functional health literacy) จะลดลงปี ละ 1.3 คะแนน (Baker, Gazmararian, Sudano, & Patterson, 2000) นอกจากนี้ยังพบว่าการที่บุคคลอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมในการดำรงชีวิตต่างกัน ส่งผลให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่างกัน เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เป็นเพียงความสามารถพื้นฐานในการพูดอ่าน เขียน หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำ ในการดูแลสุขภาพเท่านั้น แต่ครอบคลุมไปถึงมิติที่เกี่ยวข้องกับ



การตีความหมายข้อมูลวิเคราะห์เปรียบเทียบ ประเมินค่า และการตัดสินใจเลือกสิ่งที่เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งสิ่งแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่มีส่วนสำคัญในการหล่อหลอมความคิด ความเชื่อ การสื่อความหมาย การตีความ การทำความเข้าใจและการติดต่อสื่อสารของบุคคลในสังคม เมื่อเวลาผ่านไปสิ่งเหล่านี้จะถูกพัฒนาจนกลายเป็นวัฒนธรรมของกลุ่มคนในสังคม ซึ่งมีผลให้คนในสังคมนั้น ทำความเข้าใจ ตีความหมาย และตอบสนองต่อข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่ได้รับในลักษณะที่แตกต่างไปจากบุคคลสังคมอื่น

การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิงและเพศชาย พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยเบาหวานเพศชายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ และความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณสูงกว่าเพศหญิง การที่เพศหญิงและเพศชายมีความรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกัน เนื่องจากมีระดับการศึกษาแตกต่างกัน โดยพบว่า เพศชายมีระดับการศึกษาสูงกว่าเพศหญิงในทุกระดับเมื่อเปรียบเทียบกันทั้งระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา อนุปริญา ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ ของ ปาจร่า โพธิ์หัง (2564); วรรณสิริ นิลเนตร (2557); ชินดา เตชะวิจิตรจาร์ อัจฉรา ศรีสุภกรกรกุล และสุทัตตา ช่างเทศ (2561); จิรนนท์ ช่วยศรีนวล ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์ และสมเกียรติยศ วรเดช (2563) พบว่าเพศชายมีความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าเพศหญิง ทั้งนี้เนื่องจากบรรทัดฐานทางระบบสังคม วัฒนธรรมที่ส่งผลให้เพศชายมีโอกาสได้รับการศึกษาในระดับที่สูงกว่าเพศหญิง (Brice et al, 2008) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Quartuccio et al (2018) ที่พบว่าเพศชายมีความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าเพศหญิง เนื่องจากเพศชายได้รับการศึกษาสูงกว่าทำให้มีความรู้ด้านสุขภาพที่ดีกว่า และงานวิจัยของ พงษ์ศิริ งามอัมพรนารา (2560) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาหรืออนุปริญาและระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรีมีความรู้ด้านสุขภาพด้านรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศสูงกว่าผู้จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือไม่ได้เรียนหนังสือ

การเปรียบเทียบความรู้สุขภาพพรายด้านของผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิงและชาย ประกอบด้วย ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ เพศชายสูงกว่าเพศหญิง โดย ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional health literacy) เป็นสมรรถนะ ด้านการอ่าน การเขียน ที่จำเป็นเพื่อให้เข้าใจถึงบริบทด้านสุขภาพ เช่น การอ่านใบยินยอม ผลากยา การเขียนข้อมูล การดูแลสุขภาพ การทำความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูล ทั้งข้อความ การเขียน และการให้คำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมทั้งการปฏิบัติตามคำแนะนำ เช่น การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย เป็นต้น ความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (Communicative/Interactive health literacy) เป็นสมรรถนะ ในการใช้ความรู้และการสื่อสาร เพื่อให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เป็นการรู้เท่าทันทางปัญญา (Cognitive literacy) และทักษะทางสังคม (Social skill) ที่ทำให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การรู้จักซักถามผู้รู้ การถ่ายทอดความรู้ที่ตนเองมีให้ผู้อื่นได้เข้าใจ เพื่อนำข้อมูลมาสู่การเพิ่มพูนความรู้ความสามารถทางสุขภาพมากขึ้น ความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) เป็น



สมรรถนะ ในการประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในการสร้างเสริม และรักษาสุขภาพของตนเองให้คงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเพศชายสูงกว่าเพศหญิง อาจเนื่องมาจากสรีรวิทยาของสมองเพศชาย ที่ขนาดโต น้ำหนักมาก และมีจำนวนเซลล์สมองมากกว่าเพศหญิง (Goldman, 2017) และระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน โดยพิจารณาร้อยละของเพศชายมีจำนวนและร้อยละของผู้สำเร็จการศึกษาตั้งแต่ระดับประถมศึกษาขึ้นไปสูงกว่าเพศหญิง ซึ่ง ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ชินตา เตชะวิจิตรจารุ, อัจฉรา ศรีสุภกรกุล และสุทัตตา ช่าง เทศ, 2561; นิรชร ชูติพัฒนะ, อิศักดิ์ ศรีพิทักษ์ และอิสระ ทองสามสี, 2563; ปาจรา โพธิ์หัง, 2564) โดยระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจะเพิ่มขึ้นตามระดับการศึกษา ทั้งนี้การศึกษเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีความสัมพันธ์กับสุขภาพ ความเป็นอยู่ทั่วไปของแต่ละบุคคล ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรู้ความเข้าใจ และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่า เพราะทำให้บุคคลมีสติปัญญา ทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ได้ดี สามารถเรียนรู้เรื่องโรคและแผนการรักษา จึงปฏิบัติกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย (Ozdemir et al, 2010) ระดับการศึกษานับเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ใช้ทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ดีที่สุด (Çaylan et al, 2017) และจากการศึกษาของ Heizomi et al (2020) ยังพบว่าเพศชาย มีทักษะในการอ่าน การเข้าถึง รวมถึงการใช้ข้อมูลทางสุขภาพได้ดีกว่าเพศหญิง ประกอบกับการที่สังคมและวัฒนธรรมไทยที่หล่อหลอมและเอื้อโอกาสให้เพศชายมีลักษณะเป็นผู้นำ เชื้อมั่นในตนเอง และกล้าแสดงออก (คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2562) ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้เพศชายมีโอกาสฝึกฝนทักษะด้านการฟัง อ่าน เขียนมากกว่า ทำให้มีทักษะด้านต่างๆ ที่กล่าวมาสูงกว่า จึงเกิดความรู้ความเข้าใจข้อมูลข่าวสารสุขภาพมากกว่าและเรียนรู้ที่จะปฏิบัติตามข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ รวมถึงการตัดสินใจ และเลือกปฏิบัติในการสร้างเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองได้ดีกว่า

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ใช้ผลการวิจัยเป็นแนวทางสำหรับการวางแผนพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของตนเองได้โดยผู้ป่วยเบาหวาน เพศหญิงควรได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมากกว่าเพศชายประกอบเพศหญิงมีโอกาสได้รับการศึกษาน้อยกว่าเพศชาย ดังนั้น การสื่อสารให้ผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิงควรเป็นในลักษณะที่เข้าใจง่าย ชัดเจน สั้น กระชับตรงประเด็น ไม่ซับซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิงเข้าใจและปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมีความเฉพาะเจาะจงสำหรับเพศเพื่อลดช่องว่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในเพศชายและเพศหญิงต่อไป
2. ทำการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพในตัวแปรอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความแตกต่างกันของระดับการศึกษา หรือผู้ป่วยเบาหวานที่มีความแตกต่างกันของที่อยู่อาศัย เช่น ชุมชนเมืองชุมชนชนบท หรือกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีความแตกต่างกันทางชาติพันธุ์ เป็นต้น



เอกสารอ้างอิง

- คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2562). Gender role บทบาททางเพศ. สืบค้นจาก <https://www.psy.chula.ac.th/th/feature-articles/gender-role>
- จิรนนท์ ช่วยศรีนวล, ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์ และสมเกียรติยศ วรเดช. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายในอำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 6(01), 22-22.
- ซินตา เตชะวิจิตรจาร์, อัจฉรา ศรีสุภกรกุล และสุทัตตา ช่างเทศ. (2561). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 9 (ฉบับพิเศษ), 320-322.
- นิรชร ชูดีพัฒนะ, ธีรศักดิ์ ศรีพิทักษ์ และอิสระ ทองสามสี. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในนักเรียนวัยรุ่น จังหวัดยะลา. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 15(2), 98-105.
- ประการ เข้มแข็ง, นันทยา อ่อนคง และมนิรัตน์ วงศ์พุ่ม. (2559). การศึกษาเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก*, 4(1), 28-44.
- ปาจร่า โพธิ์หัง. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในประเทศไทย: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 29(3), 115-130.
- ปิยนาฏ แซ่ก้ง. (2566). ความรู้ด้านสุขภาพกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลนาบอน. *วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข*, 1(3), 59-72.
- พงษ์ศิริ งามอัมพรนารา. (2560). ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรรณิ จิวสืบพงษ์, กฤษฎา เหล็กเพชร และจันทิมา นวมะวัฒน์. (2565). ความรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 15(3), 30-43.
- วรรณศิริ นิลเนตร. (2557). ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาการวิจัยและการจัดการสุขภาพ]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรศเจริญ และวราภรณ์ เสถียรนพเก้า. (2564). รายงานการสำรวจสุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดี้ไซน์.



เอกสารอ้างอิง

- วิมล โรมา และสายชล คล้อยเอี่ยม. (2562). รายงานการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. (2565). ฐานข้อมูล Health data center ปี 2563-2565. สืบค้นจาก https://cmi.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b
- วิมลรัตน์ บุญเสถียร และอรรถัย เจริญทิพย์สกุล. (2566). การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุหญิงและชายที่อาศัยอยู่ในชุมชน. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท*, 5(2), 1-13.
- โสวณิ มุกนพรัตน์ และนิชาพร ชูช่วย. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงบอน อำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมสุขภาพ*. 2(1), 41-51.
- อังศุมารินทร์ ปากวิเศษ และสมศักดิ์ อินทมาต. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี*, 11(2), 1-17.
- อารยา เชียงของ. (2561). ผลการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวาน [ปริญญานิพนธ์ ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์]. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- Baker, D. W., Gazmararian, J. A., Sudano, J., & Patterson, M. (2000). The association between age and health literacy among elderly persons. *Journal of Gerontology*, 55B(6), S368-74.
- Brice JH, Travers D, Cowden CS, Young MD, Sanhueza A, Dunston Y. (2008). Health literacy among Spanish-speaking patients in the emergency department. *Journal National Medicine Association*. 100(11), 1326-1332
- Boye, K. S., Thieu, V. T., Lage, M. J., Miller, H., & Paczkowski, R. (2022). The association between sustained HbA1c control and long-term complications among individuals with type 2 diabetes: a retrospective study. *Advances in Therapy*, 39(5), 2208-2221.
- Caylan, A. Yayla, K., Oztora, S. & Dagdeviren, H. N. (2017). Assessing health literacy, the factors affecting it and their relation to some health behaviors among adults. *Biomedical Research*. 28(15), 6803-6807.
- Goldman, B. (2017). *The cognitive differences between men and women*. Retrieved from <https://stanmed.stanford.edu/how-mens-and-womens-brains-are-different/>



เอกสารอ้างอิง

- Heizomi, H., Iraj, Z., Vaezi, R., Bhalla, D., Morisky, D. E., & Nadrian, H. (2020). Gender differences in the associations between health literacy and medication adherence in hypertension: a population-based survey in Heris County, Iran. *Vascular Health and Risk Management*, 157-166.
- Krejcie, R.V., & Morgan, D.W., (1970). *Determining Sample Size for Research Activities*. Educational and Psychological Measurement.
- Lee, H. Y., Lee, J., & Kim, N. K. (2015). Gender Differences in Health Literacy Among Korean Adults: Do Women Have a Higher Level of Health Literacy Than Men?. *American Journal of Men's Health*, 9(5), 370–379. <https://doi.org/10.1177/1557988314545485>
- Nutbeam D. (2000). *Health Literacy as public health goal: A Challenge for Contemporary health education and Communication Strategies into health 21st century*. *Health Promotion International*. 15(8) printed in Great Britain.
- Nutbeam D. (2008). *Health Literacy and Adolescents: a framework and agenda for future research*. *Health Education Research*. 23(5). Published by Oxford University Press.
- Osborne, H. (2004). In other words Why health literacy matter? Retrieved from [http://www. Health literacy.com/article.asp?PageID=3791](http://www.Health literacy.com/article.asp?PageID=3791).
- Ozdemir, H., Alper, Z., Uncu, Y., & Bilgel, N. (2010). Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health Education Research*, 25(3), 464–477. <https://doi.org/10.1093/her/cyp068>
- Park, N. H., Song, M. S., Shin, S. Y., Jeong, J. H., & Lee, H. Y. (2018). The effects of medication adherence and health literacy on health-related quality of life in older people with hypertension. *International journal of older people nursing*, 13(3), e12196.
- Reutrakul, S., & Deerochanawong, C. (2016). Diabetes in Thailand: Status and Policy. *Current Diabetes Reports*, 16(3), 28. <https://doi.org/10.1007/s11892-016-0725-7>
- Quartuccio M, Simonsick EM, Langan S, Harris T, Sudore RL, Thorpe R, Rosano C, Hill-Briggs F, Golden S, Kalyani RR. (2018). *The relationship of health literacy to diabetes status differs by sex in older adults*. *Journal of Diabetes Complications*. 32(4):368-372. <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2017.10.012>.



ผลการปรึกษาออนไลน์รูปแบบวิดีโอคอลตามแนวคิดเกสตัลต์ต่อการกล้าแสดงออกที่เหมาะสม ของนักศึกษาในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพ

วัชริศ พลสอน^{1*}, ดลดาว วงศ์ธีระธรณ์¹ และสมพงษ์ บั่นหนู¹

¹คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี

(วันที่รับบทความ: 27 มีนาคม 2567; วันที่แก้ไข: 27 พฤษภาคม 2567; วันที่ตอบรับ: 30 พฤษภาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการปรึกษาออนไลน์รูปแบบวิดีโอคอลตามแนวคิดเกสตัลต์ต่อการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมของนักศึกษาในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี สถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 20 คน ประจำปีการศึกษา 2565 มีคะแนนการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพในระดับปานกลางถึงน้อยที่สุด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน เก็บข้อมูลระหว่าง วันที่ 2 มีนาคม 2566-วันที่ 28 เมษายน 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการปรึกษาออนไลน์รูปแบบวิดีโอคอลตามแนวคิดเกสตัลต์ เก็บข้อมูลด้วยแบบวัดการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพ มีค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ .813 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำสองทางและทดสอบความแตกต่างด้วยวิธีบอนเฟอร์โรนี

ผลการวิจัยพบว่านักศึกษาส่วนใหญ่อายุ 19 ปี ร้อยละ 45 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.5 นักศึกษากลุ่มทดลองมีคะแนนการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพในระยะเวลาหลังการทดลองและระยะติดตามผลการทดลองสูงกว่าระยะเวลาก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) นอกจากนี้ นักศึกษากลุ่มทดลองมีคะแนนการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพในระยะเวลาหลังการทดลองและระยะติดตามผลการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) ดังนั้นการปรึกษาออนไลน์รูปแบบวิดีโอคอลตามแนวคิดเกสตัลต์จะช่วยพัฒนาการกล้าแสดงออกที่เหมาะสม เพิ่มการตระหนักรู้ รวมถึงส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อเพื่อนร่วมงาน เพื่อเตรียมพร้อมกลายเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การปรึกษาออนไลน์, การปรึกษาตามแนวคิดเกสตัลต์, การกล้าแสดงออกที่เหมาะสม

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** วัชริศ พลสอน; Watcharitp65@nu.ac.th



The Effect of Online Video call Gestalt Counseling on Assertiveness of Undergraduate Student in Clinical Practice

Watcharit Ponson^{1*}, Doldao Wongtheerathorn¹ and Sompong Panhoon¹

¹Faculty of Education, Burapha University, Chonburi

(Received: 27 March 2024; Revised: 27 May 2024; Accepted: 30 May 2024)

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research aimed to study the effect of online consultation based on Gestalt concept on an appropriate assertiveness of undergraduate student in professional experience training. The sample group was 20 undergraduate students studying at Sirindhorn College of Public Health Chonburi, Praboromarajchanok Institute, for the academic year 2022, with appropriate assertiveness scores in professional experience training at a moderate to minimal level. They were randomly assigned to participate into an experimental group and a control group, 10 students per group. Data were collected between March 2, and April 28, 2023. The research instruments used were 1) an online video calling consultation based on Gestalt concept program, and 2) an appropriate assertiveness measurement for professional experience training which its overall reliability was .813. Data were analyzed using descriptive statistic and repeated-measures analysis of variance: One between-subjects variable and one within-subjects variable and the Bonferroni to compare means of different groups.

The results showed that most of the students aged 19 years (45%) and 65.5 percentage were female. The experimental students group had significantly different appropriate assertiveness scores in professional experience training in the post-experiment period and the follow-up period of the experiment than the pre-experiment period ($p < .05$). In addition, the experimental students had significantly higher proficiency scores in professional experience training in the post-experiment period and follow-up periods than the control group. ($p < .05$). Therefore, online consultation based on Gestalt concept might assist to develop appropriate assertiveness, increase awareness, and encourage well interactions with co-workers to prepare to become effective medical personnel.

Keywords: online counseling, gestalt counseling, assertiveness

***Corresponding author:** Watcharit Ponson; Watcharitp65@nu.ac.th



บทนำ

การกล้าแสดงออกที่เหมาะสม เป็นการแสดงความคิดเห็น แสดงอารมณ์ความรู้สึกส่วนตัวของบุคคลทั้งด้านบวกและด้านลบอย่างตรงไปตรงมา โดยปราศจากการละเมิดสิทธิผู้อื่น (Alberti & Emmons, 2017) ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากเป็นสาขาอาชีพที่มีการติดต่อสื่อสารและเกี่ยวข้องกับผู้รับบริการทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ทั้งในภาวะสุขภาพดีหรือยามเจ็บป่วย (Omura, Levett-Jones & Stone, 2019; เนตรนภา กาบมณี, วจนา สุคนธวัฒน์, สุชาติ คำทางชล และคณะ, 2560) นักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพจึงเป็นทรัพยากรที่สำคัญที่จะกลายเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในอนาคต ซึ่งในการฝึกปฏิบัติงานก่อนจบการศึกษานั้นเป็นการบูรณาการนำองค์ความรู้ทั้งหมดมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์จริง ใช้ความรู้ความสามารถในการตรวจประเมินดูแลรักษา ส่งเสริม ป้องกัน บำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยตามความเชี่ยวชาญของตนและกล้าให้ข้อคิดเห็นอย่างมีเหตุผลในการปฏิบัติงานรวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ในสายอาชีพอื่นๆ อย่างไรก็ตามด้วยความหลากหลายทางวัฒนธรรมและบริบททางสังคม เมื่อขึ้นฝึกปฏิบัติงานในรายวิชาฝึกประสบการณ์วิชาชีพต้องพบเจอกับสถานการณ์ที่กดดันหลากหลายรูปแบบ ซึ่งนักศึกษายังไม่เคยมีประสบการณ์ที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดจากสภาพงานและสิ่งแวดล้อมดังกล่าว (รุจา แก้วเมืองผาง และอัญญา พลตเปื้อง, 2562) ทำให้ไม่กล้าตอบคำถามหรือกลัวการดูต่ำว่ากล่าวจากครูพี่เลี้ยง จึงพยายามหลีกเลี่ยงการพูดคุยหรือแสดงความคิดเห็น พฤติกรรมเหล่านี้จะให้นักศึกษาเสียโอกาสในการเปิดรับสิ่งใหม่ๆ เข้ามา จะเห็นได้ว่าการขาดการกล้าแสดงออกนี้จะส่งผลเสียต่อการเรียนรู้ (Bahreyni et al, 2005) รวมไปถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อยลงไป ดังนั้นหากนักศึกษามีการกล้าแสดงออกที่เหมาะสม นอกจากเป็นไปตามคุณภาพทั้งด้านคุณลักษณะที่พึงประสงค์ ด้านสมรรถนะวิชาชีพ สมรรถนะหลักและสมรรถนะทั่วไปแล้ว ยังส่งผลดีต่อการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง ดำเนินการฝึกปฏิบัติงานอย่างมีความสุข มีสุขภาพทางด้านร่างกายจิตใจและสังคมที่ดีช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียด สามารถติดต่อสื่อสารให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น รวมถึงพิทักษ์สิทธิของตนและผู้รับบริการได้อีกด้วย

การปรึกษาออนไลน์รูปแบบวิดีโอคอล (Video call) เป็นการปรึกษาออนไลน์ที่ครอบคลุมมากกว่ารูปแบบอื่นจัดเป็นช่องทางที่ใช้ในการสื่อสารที่สมบูรณ์ที่สุด เปรียบเสมือนการปรึกษาแบบเผชิญหน้ากัน เป็นการปรึกษาระหว่างผู้ให้การศึกษาและผู้รับการปรึกษาสื่อสารผ่านระบบอินเทอร์เน็ตโดยมีสัญญาณภาพเคลื่อนไหวและเสียงในเวลาเดียวกัน ซึ่งมีข้อดีคือ สามารถเห็นใบหน้า น้ำเสียง แววตาของผู้รับการปรึกษา รวมถึงมีความสะดวกรวดเร็วแม้อยู่ต่างสถานที่ก็สามารถรับการปรึกษาได้ซึ่งจะช่วยประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (Byaruhanga et al, 2020; Liu & Gao, 2021) จะเห็นได้ว่าการปรึกษาตามแนวคิดเกสตัลท์ เป็นอีกแนวทางที่ใช้ในการพัฒนาการกล้าแสดงออกให้บุคคลมีความเจริญงอกงามอยู่บนพื้นฐานที่เหมาะสมได้ (Moghimian, Amini & Kashani, 2016) โดยมีแนวคิดพื้นฐานที่มุ่งเน้นให้บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอย่างชาญฉลาด ในบุคคลที่ไม่สามารถเอาชนะความขี้ขลาดขี้อายได้ จะเกิดภาวะคั่งค้างในอารมณ์ ความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรมจนไม่สามารถพัฒนาศักยภาพการรับรู้ตนเองตามสภาวะความเป็นจริง ทำให้ขาดการตระหนักรู้ในคุณค่าแห่งตน ไม่สามารถจัดระบบของตัวเองได้จะทำให้มีปัญหาทางพฤติกรรมและการปรับตัวโดยใช้



วิธีการทางจิตในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา แสดงให้เห็นว่าการปรึกษาตามแนวคิดเกสตัลท์จะช่วยในการพัฒนาการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมได้ โดยมีเป้าหมายให้ผู้รับการปรึกษามีวุฒิภาวะ สามารถผสมผสานความคิด อารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมแบบเป็นองค์รวม สามารถเกิดการตระหนักรู้และกล้าเผชิญหน้ากับสถานการณ์ได้อย่างชาญฉลาด แสดงอารมณ์ความรู้สึกและความปรารถนาของตนเองในสภาวะปัจจุบันได้อย่างเปิดเผย และเหมาะสมเพื่อไม่ให้เกิดสิ่งติดค้างในใจ รู้จักรับผิดชอบต่อการกระทำของตนโดยไม่โทษผู้อื่น ควบคุมตนเองไม่ให้เกิดลักษณะที่ไม่พึงประสงค์และส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Corey, 2012; วัชร ทรัพย์มี, 2556)

ปัจจุบันการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตออนไลน์มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง (ภาสกร คุ่มศิริ, 2563) โดยการปรึกษาออนไลน์มีหลากหลายรูปแบบ เช่น โทรศัพท์ อีเมล เว็บไซต์ที่มีห้องสนทนา (Chat box) และวิดีโอคอล (Video call) (ณัฐ วุฒิ สรพิพัฒน์เจริญ, วรากร ทรัพย์วิระประภรณ์ และอนงค์ วิเศษสุวรรณ, 2559) ทั้งนี้เนื่องจากมีข้อจำกัดในรูปแบบวิธีการให้การปรึกษาแก่นักศึกษาที่อยู่ในสถานพยาบาลที่ไกลและหลากหลายพื้นที่ และยังมีการศึกษาใดนำการปรึกษารูปแบบออนไลน์มาช่วยพัฒนาการกล้าแสดงออกที่เหมาะสม อีกทั้งยังมิมีการศึกษาใดนำการปรึกษาตามแนวคิดเกสตัลท์ไปประยุกต์ใช้กับการปรึกษารูปแบบออนไลน์มาก่อน ด้วยเหตุที่กล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลการปรึกษาออนไลน์รูปแบบวิดีโอคอลตามแนวคิดเกสตัลท์ มีผลต่อการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมของนักศึกษาในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพหรือไม่ อีกทั้งนำผลการวิจัยที่ได้ไปต่อยอดพัฒนาการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมของนักศึกษาในสถาบันอื่นๆต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

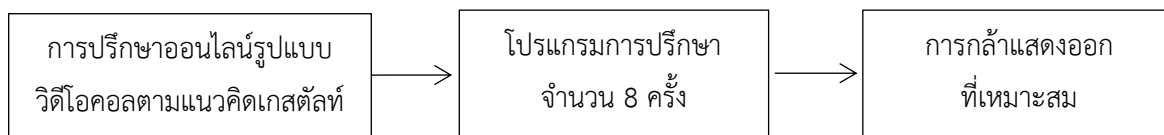
เพื่อศึกษาผลการปรึกษาออนไลน์รูปแบบวิดีโอคอลตามแนวคิดเกสตัลท์ต่อการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมของนักศึกษาในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพ

สมมติฐานของการวิจัย

1. กลุ่มที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์รูปแบบวิดีโอคอลตามแนวคิดเกสตัลท์ มีคะแนนเฉลี่ยการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลการทดลองสูงกว่าในระยะก่อนการทดลอง
2. กลุ่มที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์รูปแบบวิดีโอคอลตามแนวคิดเกสตัลท์ มีคะแนนเฉลี่ยการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม



กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย งานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research)

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี สถาบันพระบรมราชชนก ทั้งหมด 5 หลักสูตร ประกอบไปด้วยหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาทันตสาธารณสุข หลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาเทคนิคเภสัชกรรม และหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ประจำปีการศึกษา 2565 จำนวน 608 คน

เกณฑ์การคัดเข้า มีดังนี้

1. ทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 18 ปี ขึ้นไป
2. เป็นนักศึกษาที่กำลังฝึกปฏิบัติงานในรายวิชาฝึกประสบการณ์วิชาชีพ
3. ทำแบบวัดการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมรูปแบบออนไลน์ และมีคะแนนการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพในระดับปานกลางถึงน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 2.80-1.00)
4. สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย
5. มีอุปกรณ์เทคโนโลยี เช่น คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ Tablet และมีอินเทอร์เน็ตสำหรับการใช้ในการปรึกษาออนไลน์

เกณฑ์การคัดออก

1. นักศึกษาที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการปรึกษารอบทั้ง 8 ครั้ง
2. ตอบแบบวัดการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมไม่ครบ

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี สถาบันพระบรมราชชนก ปีการศึกษา 2565 ที่กำลังฝึกประสบการณ์วิชาชีพ ผ่านเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 54 คน ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยอาศัยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power เลือกสถิติทดสอบเป็น F-test กลุ่ม Repeated measures, within-between interaction เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่ม โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็ก (Small effect size) ที่ .30 ระดับค่ากำลังทดสอบ (Power) ที่ .80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ใช้ในการวิจัยนี้



ทั้งหมด 20 คน ที่มีคะแนนการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมในระดับปานกลางถึงน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 2.80-1.00) และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย แล้วสุ่มเข้ากลุ่ม (Random assignment) เพื่อจำแนกเป็น 2 กลุ่ม จากนั้นจึงสุ่มสิ่งทดลอง (Random Treatment) คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และโปรแกรมการปรึกษาออนไลน์รูปแบบวิดีโอคอลตามแนวคิดเกสตัลท์

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ใช้ข้อคำถามแบบมีตัวเลือกให้ตอบและเขียนตอบ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อุปกรณ์การสื่อสาร อีเมลติดต่อกลับ และเบอร์โทรศัพท์

1.2 แบบวัดการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพในรูปแบบออนไลน์ ซึ่งผู้วิจัยได้อาศัยแนวคิดของ Begley & Glacken (2004) และ Lin et al (2004) เป็นกรอบในการสร้างแบบวัดการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 27 ข้อ คำถามเชิงบวกจำนวน 11 ข้อ คำถามเชิงลบจำนวน 16 ข้อ ซึ่งข้อคำถามในแต่ละข้อจะมีการกำหนดคำตอบเป็นระดับการกล้าแสดงออก 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์ดังนี้ 4 คะแนน หมายถึง มีการกล้าแสดงออกเสมอ 3 คะแนน หมายถึง มีการกล้าแสดงออกบ่อยครั้ง 2 คะแนน หมายถึง มีการกล้าแสดงออกนานๆ ครั้ง และ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยมีการกล้าแสดงออก เกณฑ์การประเมินการกล้าแสดงออกที่เหมาะสม ผู้วิจัยได้กำหนดในการแปลความหมายข้อมูล ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.00 หมายถึง มีการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 2.81-3.40 หมายถึง มีการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.21-2.80 หมายถึง มีการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.61-2.20 หมายถึง มีการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.60 หมายถึง มีการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 2 โปรแกรมการปรึกษาออนไลน์รูปแบบวิดีโอคอลตามแนวคิดเกสตัลท์

จากการศึกษาเอกสารทฤษฎี ตำราที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างผสมผสานโปรแกรม กำหนดจุดมุ่งหมายและวิธีการดำเนินการที่เหมาะสมในการพัฒนาการกล้าแสดงออกที่เหมาะสม จำนวน 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที รวมระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการปรึกษาจากผู้วิจัยซึ่งเป็นนักศึกษาปริญญาโทที่ผ่านการฝึกฝนทางด้านจิตวิทยาการปรึกษามาโดยเฉพาะ โปรแกรมการปรึกษาออนไลน์รูปแบบวิดีโอคอลตามแนวคิดเกสตัลท์ มีดังนี้

ครั้งที่ 1 ปฐมนิเทศและการสร้างสัมพันธภาพ

ครั้งที่ 2 การสร้างสัมพันธภาพและการเปิดกว้างสู่การยอมรับตนเอง ใช้เทคนิคการทำให้เกิดการตระหนักรู้



ครั้งที่ 3 รับรู้และเข้าใจสภาวะอารมณ์ในปัจจุบัน ใช้เทคนิคการอยู่กับความรู้สึกและเทคนิคสำรวจถึงที่มาของอารมณ์

ครั้งที่ 4 ภาพและพื้น ใช้เทคนิคการเปลี่ยนบทสนทนา

ครั้งที่ 5 เรื่องราวสมมุติ ใช้เทคนิคการจินตนาการและเทคนิคการแสดงบทบาทสมมุติ

ครั้งที่ 6 การชักซ้อมก่อนเริ่มใหม่ ใช้เทคนิคการซ้อมบทบาท

ครั้งที่ 7 การพึ่งพาตนเอง ใช้เทคนิคการใช้สรรพนามที่ระบุตัวบุคคล

ครั้งที่ 8 ยุติการปรึกษา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบวัดการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพในรูปแบบออนไลน์ นำเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการสถิติทางการศึกษาและจิตวิทยา จำนวน 3 ท่าน พบว่า ค่าความตรงเชิงเนื้อหาระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์รายข้อ (Content Validity Index for Item หรือ I-CVI) อยู่ระหว่าง 0.33-1 ผู้วิจัยจึงทำการตัดข้อคำถามที่มีความตรงเชิงเนื้อหาอย่างน้อยหนึ่งข้อ และทำการปรับปรุงข้อคำถามตามที่คุณวุฒิแนะนำให้เกิดความสอดคล้องมากยิ่งขึ้น และค่าเฉลี่ยตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Content Validity Index for Scale หรือ S-CVI) มีค่าเท่ากับ 0.91 แล้วผู้วิจัยนำแบบวัดการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพทั้งฉบับที่มีความตรงเชิงเนื้อหาไปทำการทดลองใช้ (Try Out) กับนักศึกษาที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในรูปแบบออนไลน์ โดยแบบวัดมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของ Cronbach (Cronbach's Alpha coefficient) เท่ากับ 0.813

2. โปรแกรมการปรึกษาออนไลน์รูปแบบวิดีโอคอลตามแนวคิดเกสตัลท์ นำเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านจิตวิทยา การปรึกษาและจิตวิทยาและการแนะแนว จำนวน 3 ท่าน และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลองใช้ (Try out program) กับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 6 คน จากนั้นปรับปรุงให้มีความกระชับก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยผลการทดลองใช้มีรายละเอียดดังนี้

1. โปรแกรมครั้งที่ 3 การค้นหาความคับข้องใจและสิ่งที่ค้าง ผู้เข้าร่วมการวิจัยบางรายไม่สามารถนึกย้อนเรื่องราวในอดีตได้ ในโปรแกรมจริงผู้วิจัยต้องกระตุ้นให้นึกย้อนกลับไปถึงเรื่องราวในอดีตให้ได้มากที่สุด แต่ต้องระมัดระวังไม่กดดันจนมากเกินไปจนผู้เข้าร่วมวิจัยรู้สึกอึดอัด

2. โปรแกรมครั้งที่ 4 การใช้เทคนิคการเปลี่ยนบทสนทนา จากที่ใช้มือซ้ายขวาแทนบทสนทนาพบว่า มีความยุ่งยาก ในโปรแกรมจริงผู้วิจัยจึงปรับให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยพูดบทสนทนาที่ละบทสนทนาแทน จากนั้นใช้วิธีการเชื่อมโยงเข้าหากันแล้วสะท้อนความขัดแย้งที่เกิดขึ้นแทน

3. โปรแกรมครั้งที่ 5 การใช้เทคนิคจินตนาการและให้แสดงบทบาทสมมุติ 3 รูปแบบ พบว่ามีการติดค้างอารมณ์จากบทบาทที่แสดงไป ในโปรแกรมจริงผู้วิจัยปรับโดย การเปลี่ยนบทบาทแต่ละครั้งจะต้องใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที เพื่อให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ผ่อนคลายและพร้อมที่จะแสดงบทบาทถัดไป มิฉะนั้นผู้เข้าร่วมการวิจัยอาจติดค้างในบทบาท



โดยบทบาทหนึ่งจนไม่สามารถแสดงบทบาทอื่นได้ นอกจากนี้ผู้วิจัยอาจต้องแสดงบทบาทสมมุติร่วมด้วยเพื่อให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้าถึงอารมณ์ ความรู้สึกในสถานการณ์ที่กำลังจินตนาการ

4. โปรแกรมครั้งที่ 6 ผู้เข้าร่วมการวิจัยบางรายซื่อสัตย์ในการแสดงออกและไม่มั่นใจในการพูดหรือแสดงออก ในโปรแกรมจริงผู้วิจัยจำเป็นต้องปรับเวลาในการเสริมสร้างความมั่นใจมากกว่าปกติ รวมถึงการพูดเสริมพลังและให้กำลังใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการ ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี เพื่อขออนุญาตทำการศึกษาวิจัยและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยกับนักศึกษาที่มีคะแนนการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมระดับปานกลางถึงน้อยที่สุด

2. ขั้นตอนการดำเนินการทดลองแบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

2.1. ระยะก่อนการทดลอง ผู้วิจัยนำแบบวัดการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพในรูปแบบออนไลน์ ให้นักศึกษาทำเป็นคะแนนก่อนการทดลอง (Pre-test) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมในระดับปานกลางถึงน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 2.80-1.00) และตามเกณฑ์คัดเข้าข้างต้น จำนวน 20 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน และให้ข้อมูลที่จำเป็นได้แก่ รายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัยต่างๆ การเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2. ระยะทดลอง

2.2.1 กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการปรึกษาออนไลน์รูปแบบวิดีโอคอลตามแนวคิดเกสตัลท์ จำนวน 10 คน โดยแต่ละคนจะได้รับการปรึกษา จำนวนทั้งหมด 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที

2.2.2 กลุ่มควบคุมจะไม่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาออนไลน์รูปแบบวิดีโอคอลตามแนวคิดเกสตัลท์ จำนวน 10 คน จะได้รับเอกสารให้ความรู้เกี่ยวกับการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพ และดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ

2.3 ระยะหลังการทดลอง เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการปรึกษาออนไลน์แล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบวัดการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพในรูปแบบออนไลน์ เป็นคะแนนหลังการทดลอง (Post-test)

2.4 ระยะติดตามผลการทดลอง หลังจากจบการทดลองแล้ว 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยนัดผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสองกลุ่ม เพื่อทำแบบวัดการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพในรูปแบบออนไลน์ เป็นคะแนนในการติดตามผล (Follow-up)

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพื้นฐานที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ Skewness Kurtosis, Shapiro-Wilk test และ Mauchly's test of



Sphericity วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (Repeated-measures analysis of variance: One between-subjects variable and one within-subjects variable) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธีแบบ Bonferroni โดยวิเคราะห์จากโปรแกรมสำเร็จรูป

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้สามารถดำเนินการวิจัยได้จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ IRB4-141/2565 รับรองตั้งแต่วันที่ 26 เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565 ถึง วันที่ 26 เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัยดังนี้ ถ้ามความสมัครใจและให้ข้อมูลที่จำเป็นในการวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถขอยุติการเข้าร่วมงานวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลทุกอย่างของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและไม่เปิดเผย รวมถึงปกปิด IP address และอัตลักษณ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะทำลายบันทึกการสนทนาทั้งหมดหลังจากผู้วิจัยทำการวิเคราะห์เสร็จสิ้นทันที

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 และมีอายุ 20 ปี ร้อยละ 50 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 และมีอายุ 19 ปี ร้อยละ 60 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวนและร้อยละ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=10)		กลุ่มควบคุม (n=10)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	3	30	4	40
หญิง	7	70	6	60
อายุ (ปี)				
19 ปี	3	30	6	60
20 ปี	5	50	3	30
21 ปี	0	0	1	10
22 ปี	1	10	0	0
23 ปี	1	10	0	0



ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมของนักศึกษาในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพ ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง

นักศึกษากลุ่มทดลองมีคะแนนการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพในระยะก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 54.30 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.04 ระยะหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 97.10 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.07 และระยะติดตามผลมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 91.20 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.73 ดังตารางที่ 2

ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมของนักศึกษาในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพในระยะก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 54.70 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.45 ระยะหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 57.20 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.99 และระยะติดตามผลมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 56.50 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.87 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมของนักศึกษาในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ระยะก่อนการทดลอง		ระยะหลังการทดลอง		ระยะติดตามผลการทดลอง	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
กลุ่มทดลอง (n=10)	54.30	6.04	97.10	3.07	91.20	4.73
กลุ่มควบคุม (n=10)	54.70	4.45	57.20	5.99	56.50	3.87

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมของนักศึกษาในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพ ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาในการทดลอง

วิธีการทดลองกับระยะเวลาในการทดลอง มีปฏิสัมพันธ์กันที่ส่งผลต่อคะแนนการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมของนักศึกษาในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพ ในกลุ่มที่ดำเนินการวิจัยต่างกันมีผลต่อการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมของนักศึกษาในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แสดงว่ากลุ่มที่ดำเนินการให้การปรึกษาตามแนวคิดเกสตัลท์ที่ต่างกัน มีผลต่อคะแนนการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมของนักศึกษาในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพ นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อระยะเวลาในการทดลองต่างกัน คะแนนการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมของนักศึกษาในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

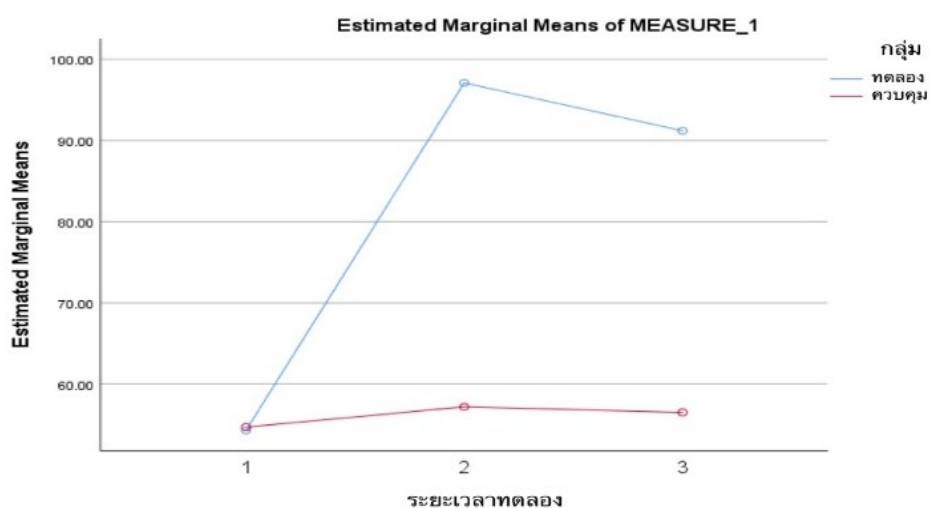


ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมของนักศึกษาในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพ ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาในการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p value
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	1	9176.06	9176.06	231.24*	<.001
ความผันแปรในกลุ่ม	18	714.26	39.68		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลาการทดลอง	2	5988.90	2994.45	200.92*	<.001
วิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง	2	4805.23	2402.62	161.21*	<.001
ความผันแปรในกลุ่ม	36	536.53	14.90		

*p value<.05

ในระยะก่อนการทดลอง นักศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมของนักศึกษาในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพใกล้เคียงกัน ส่วนในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลการทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมของนักศึกษาในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพแตกต่างกัน ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 กราฟเส้นแสดงปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองที่มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมของนักศึกษาในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพ



ส่วนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมของนักศึกษาในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลการทดลอง ด้วยการวิเคราะห์หิอทธิพลย่อย

การวิเคราะห์หิอทธิพลย่อย เนื่องจากพบว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ผู้วิจัยจึงทดสอบย่อย (simple effect) ของวิธีการทดลองและผลย่อยของระยะเวลาการทดลองพบว่า

1. ในระยะเวลาก่อนการทดลอง นักศึกษากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมของนักศึกษาในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพไม่แตกต่างกัน
 2. ระยะเวลหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมของนักศึกษาในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
 3. ระยะติดตามผลการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมของนักศึกษาในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 4
- ตารางที่ 4** ผลการทดสอบย่อยของวิธีการทดลองในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p value
ก่อนการทดลอง					
ระหว่างกลุ่ม	1	.80	.80	.03	.868
ภายในกลุ่ม	18	506.20	28.12		
หลังการทดลอง					
ระหว่างกลุ่ม	1	7960.05	7960.05	350.75*	<.001
ภายในกลุ่ม	18	408.50	22.69		
ติดตามผลการทดลอง					
ระหว่างกลุ่ม	1	6020.45	6020.45	322.43*	<.001
ภายในกลุ่ม	18	336.10	18.67		

*p value<.05

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพในระยะเวลาการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า มีอย่างน้อย 1 คู่ ที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงเปรียบเทียบรายคู่ด้วยการใช้วิธีบอนเฟอร์โรนี (Bonferroni) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมในการฝึก



ประสบการณ์วิชาชีพในระยะเวลาหลังการทดลองและในระยะติดตามผลการทดลองสูงกว่าระยะเวลาก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมของนักศึกษาในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพเป็นรายคู่ของกลุ่มทดลองในระยะเวลาต่าง ๆ ของการทดลองด้วยการทดสอบการทดสอบแบบบอนเฟอโรนี (Bonferroni method)

		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ติดตามการทดลอง
ระยะเวลาการทดลอง	M	54.30	97.10	91.20
ก่อนการทดลอง	54.30	-	42.80 *	36.90*
หลังการทดลอง	97.10	-	-	5.90*
ติดตามผล	91.20	-	-	-

*p value<.05

อภิปรายผล

นักศึกษากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมของนักศึกษาในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพมากกว่านักศึกษากลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่าวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองล้วนส่งผลต่อการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมของนักศึกษาในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพ จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมของนักศึกษาในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน

นักศึกษากลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์รูปแบบวิดีโอคอลตามแนวคิดเกสตัลท์มีคะแนนเฉลี่ยการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมของนักศึกษาในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลการทดลองสูงกว่านักศึกษากลุ่มควบคุม ทั้งนี้เนื่องจากนักศึกษาที่ได้รับปรึกษาออนไลน์รูปแบบวิดีโอคอลตามแนวคิดเกสตัลท์ต่อการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมของนักศึกษาในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพจนครบกระบวนการ สามารถแสดงความคิดเห็นความรู้สึกและความต้องการของตนทั้งในทางบวกและทางลบต่อสถานการณ์หนึ่งได้อย่างเปิดเผย โดยปราศจากความไม่สบายใจหรือความกังวลที่จะแสดงออกไป เพื่อรักษาสติของตนเอง กล้าปฏิเสธผู้อื่นจากคำขอไม่สมเหตุผลและอยู่บนพื้นฐานที่ไม่ละเมิดสิทธิของบุคคลอื่น (วัชร ทรัพย์มี, 2556) โดยการปรึกษาออนไลน์รูปแบบวิดีโอคอลตามแนวคิดเกสตัลท์ก่อให้เกิดเกิดการบูรณาการผสมผสาน ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเข้าเป็นองค์รวม พยายามผลักดันศักยภาพในตนเองออกมาใช้ได้อย่างเต็มที่ มีสัมพันธภาพในตนเองและสิ่งแวดล้อมจะทำให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่กว้างขึ้น เกิดการตระหนักรู้ในสิ่งที่ตนเองต้องการในสภาวะปัจจุบัน ตัดสินใจเลือกและมีกระบวนการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง พร้อมกับมีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตน สอดคล้องกับ Maloney & Moore (2020) กล่าวว่า กระบวนการจิตวิทยาสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมก้าวร้าวไปเป็นพฤติกรรมการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมได้โดยการตระหนักรู้ในตนเอง ทบทวนอารมณ์ความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรมของตนเอง เปิดใจรับฟังผู้อื่น ถือเป็นการรับรู้มุมมองที่แตกต่างของผู้อื่น จะทำให้ความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างนั้นดีขึ้น เช่นเดียวกับ Woodard (1995) กล่าวว่า การปรึกษาดตาม



แนวคิดเกสตัลท์จะช่วยเพิ่มการตระหนักรู้ในตนเอง ความรับผิดชอบในตนเอง การกล้าแสดงออกในตนเองและช่วยเพิ่มความนับถือตนเองอีกด้วย การที่นักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพมีคุณลักษณะที่กล้าแสดงออกที่เหมาะสมในระหว่าง การฝึกประสบการณ์วิชาชีพ นอกจากจะทำให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้เปิดรับสิ่งใหม่นอกห้องเรียน ยังเป็นการฝึกเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนพบเจอภาระงานจริงและพร้อมที่จะกลายเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีคุณภาพในอนาคต สอดคล้องกับ Omura, Levett-Jones & Stone (2019) กล่าวว่า หากนักศึกษาได้รับการพัฒนาการกล้าแสดงออกที่เหมาะสม นอกจากเป็นไปตามคุณภาพด้านการศึกษาแล้วยังส่งผลดีต่อการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง สามารถดำเนินการฝึกงานได้อย่างมีความสุขไร้ความกังวล มีสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมที่ดี การกล้าแสดงออกที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อบุคลากรสายสุขภาพ ซึ่งเป็นสาขาอาชีพที่มีการติดต่อสื่อสารและเกี่ยวข้องกับ ผู้รับบริการทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ทั้งในภาวะสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย

ในทางกลับกันนักศึกษากลุ่มควบคุมที่ได้รับเอกสารความรู้เกี่ยวกับการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมในการฝึก ประสบการณ์วิชาชีพและดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ ภายหลังการทดลองและติดตามผลการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย การกล้าแสดงออกที่เหมาะสมของนักศึกษาในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพไม่แตกต่างจากระยะก่อนการทดลอง สอดคล้อง กับ Moghimian, Amini & Kashani (2016) พบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับการปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดเกสตัลท์มีค่า คะแนนเฉลี่ยความกล้าแสดงออกสูงกว่ากลุ่มควบคุม

นักศึกษากลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาออนไลน์รูปแบบวิดีโอคอลตามแนวคิดเกสตัลท์มีคะแนนเฉลี่ยการกล้า แสดงออกที่เหมาะสมของนักศึกษาในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลการทดลอง สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง เนื่องจากโปรแกรมการปรึกษาออนไลน์รูปแบบวิดีโอคอลตามแนวคิดเกสตัลท์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่งผลให้นักศึกษากลุ่มทดลองมีการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมด้านการแสดงอารมณ์และกล้าเปิดเผยความรู้สึกอย่าง ตรงไปตรงมาเพิ่มขึ้นมากที่สุด ผู้วิจัยพัฒนาด้านนี้โดยใช้โปรแกรมการปรึกษาออนไลน์รูปแบบวิดีโอคอลตามแนวคิด เกสตัลท์ครั้งที่ 2 3 4 และ 5 ผ่านเทคนิคกระตุ้นให้ผู้ทดลองเกิดตระหนักรู้ถึงอารมณ์ความรู้สึกที่แท้จริง พูดหรือระบายสิ่ง ที่ค้างคาออกมาผ่านเหตุการณ์ที่แตกต่างกัน รองลงมาเป็นด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ผู้วิจัยพัฒนาด้านนี้โดยใช้โปรแกรมการปรึกษาออนไลน์รูปแบบวิดีโอคอลตามแนวคิดเกสตัลท์ครั้งที่ 6 ผ่านเทคนิคการขอมอบบทบาทแสดงออกทั้งสี่ หน้า แววดาทำทาง ในช่วงการสื่อสารกับบุคคลอื่น ส่วนในด้านการกล้าขอเก็บเคสจากครูพี่เลี้ยง ผู้วิจัยพัฒนาด้านนี้โดยใช้ โปรแกรมการปรึกษาออนไลน์รูปแบบวิดีโอคอลตามแนวคิดเกสตัลท์ครั้งที่ 5 และ 7 ผ่านเทคนิคการจินตนาการและการ ชักซ้อมก่อนปฏิบัติจริงนั้นพบว่า ผลการพัฒนานั้นเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเนื่องจากความห่างทางด้านวิวุฒิกับครูพี่เลี้ยงบางท่าน ทำให้การกล้าแสดงออกนี้ยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร อาจจะต้องใช้ระยะเวลาพัฒนาด้านนี้ให้มากขึ้น

จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการปรึกษาออนไลน์รูปแบบวิดีโอคอลตามแนวคิดเกสตัลท์สามารถพัฒนาให้เกิดการ เปลี่ยนแปลง สะท้อนให้ผู้ทดลองสำรวจและรู้จักตนเองตนเองแบบองค์รวม รู้จักปรับเปลี่ยนมุมมองนำเรื่องราวในอดีตมา สะท้อนในสถานะปัจจุบัน ยอมรับพร้อมปรับเปลี่ยนตนเองไปในแนวทางใหม่ๆ (Corey, 2012; พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา และ วิไลลักษณ์ พงษ์โสภา, 2556) สอดคล้องกับ Javadi Larijani et al (2023) กล่าวว่า การปรึกษาตามแนวคิดเกสตัลท์มีแนว



ความเชื่อว่า เป็นการพัฒนาให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงโดยการค้นหาสาเหตุความทุกข์ที่เกิดขึ้นในอดีต เพื่อเผชิญหน้าและยอมรับเรื่องราวนั้นๆอย่างตรงไปตรงมา

ทั้งนี้การใช้การปรึกษาออนไลน์รูปแบบวิดีโอคอลมาประยุกต์ใช้กับการปรึกษาตามแนวคิดเกสตัลท์นั้น สามารถพัฒนาการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมได้ มีความสะดวกและรวดเร็วตรงกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา สอดคล้องกับ Richards & Viganó (2013) กล่าวว่า การปรึกษาออนไลน์รูปแบบต่าง ๆ กับการปรึกษากติแบบเผชิญหน้า ให้ผลลัพธ์ไม่แตกต่างกันเป็นทางเลือกที่ดีในอนาคตที่จะนำรูปแบบการปรึกษาออนไลน์มาใช้มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ข้อดีจากการปรึกษาออนไลน์รูปแบบวิดีโอคอลทำให้ผู้ร่วมการวิจัยเข้าถึงง่าย แม้อยู่ในสถานพยาบาลที่ฝึกประสบการณ์วิชาชีพที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ Amos, Bedu-Addo & Antwi (2020) กล่าวว่า การปรึกษาออนไลน์รูปแบบวิดีโอ ผู้รับการปรึกษาสามารถเข้ารับการปรึกษาได้สะดวก รวดเร็วและมีความเป็นส่วนตัว และ Byaruhanga et al (2020) กล่าวว่า การปรึกษาออนไลน์สำหรับผู้รับการปรึกษาที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลและมีการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 เป็นทางเลือกที่ดีและปลอดภัยสำหรับผู้ให้การศึกษาอีกด้วย แต่อย่างไรก็ตามพบว่า การกล้าแสดงออกที่เหมาะสมจำเป็นต้องพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการเจริญงอกงามและยั่งยืนในตัวบุคคล สอดคล้องกับ Ela et al (2023) กล่าวว่า ในการพัฒนาการกล้าแสดงออกจำเป็นต้องมีวินัยและหมั่นฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องอยู่เสมอ และจากการเก็บข้อมูลการวิจัยซึ่งไม่ตรงกับช่วงระยะเวลาการฝึกประสบการณ์ของแต่ละหลักสูตรทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลายหลายน้อย จึงเป็นข้อจำกัดของการวิจัยนี้

โดยสรุปผลการปรึกษาออนไลน์รูปแบบวิดีโอคอลตามแนวคิดเกสตัลท์ต่อการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมของนักศึกษาในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพ ทำให้นักศึกษากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรมในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพมากขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. โปรแกรมการปรึกษาออนไลน์รูปแบบวิดีโอคอลตามแนวคิดเกสตัลท์สามารถช่วยพัฒนาการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมของนักศึกษาในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพ ผู้ที่สนใจสามารถนำไปปรับใช้กับกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ ได้ เช่น นักเรียน นักศึกษาวิชาชีพอื่น เป็นต้น
2. การใช้วิดีโอคอลในกระบวนการปรึกษาทำให้เกิดความรวดเร็ว เข้าถึงง่ายและประหยัดค่าใช้จ่าย ทำให้ผู้ที่มีปัญหาแม้อยู่ในสถานที่ห่างไกลก็สามารถรับการปรึกษาได้อย่างทันท่วงที
3. หน่วยงานอื่น ๆ สามารถนำกระบวนการปรึกษาออนไลน์ไปประยุกต์ใช้กับการเรียนการสอนได้ ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมให้แก่ นักเรียน นักศึกษาสามารถเกิดการกล้าแสดงออกที่เหมาะสม อีกทั้งโปรแกรมการปรึกษาออนไลน์ตามแนวคิดเกสตัลท์สามารถใช้งานง่าย สะดวกและประหยัดค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมกระบวนการ



4. ควรผลักดันการศึกษารูปแบบวิดีโอคอลในการพัฒนาการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมเข้าแผนยุทธศาสตร์ประจำปีของวิทยาลัย เป็นนโยบายเชิงรุกในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้นักศึกษาในช่วงระหว่างการฝึกประสบการณ์วิชาชีพให้เกิดความสุขและดำเนินการฝึกประสบการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. เปรียบเทียบผลของการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลอง เพื่อวิเคราะห์ความยั่งยืนของการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมหลังได้รับโปรแกรมโปรแกรมการปรึกษาออนไลน์ตามแนวคิดเกสตัลท์และควรให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีการฝึกเทคนิคต่าง ๆ ในการพัฒนาการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

2. เนื่องจากการศึกษาในงานวิจัยนี้ ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงและมีเพียงบางหลักสูตรเท่านั้น ในการทำวิจัยครั้งต่อไป จึงควรกำหนดสัดส่วนคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้มีความเหมาะสมและหลากหลายมากขึ้น เช่น เพศ อายุ หลักสูตรการเรียนการสอนและจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เป็นต้น

3. ในการศึกษาครั้งต่อไป อาจมีการศึกษาในกลุ่มประชากรอื่น ๆ ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการกล้าแสดงออกที่เหมาะสม เช่น นักศึกษาวิชาชีพอื่น กลุ่มคนวัยทำงาน เป็นต้น

4. เปรียบเทียบปรึกษาออนไลน์ตามแนวคิดเกสตัลท์กับการปรึกษาแบบเผชิญหน้าตามแนวคิดเกสตัลท์ เพื่อศึกษาความแตกต่างของรูปแบบการปรึกษา หาประสิทธิภาพของวิธีการปรึกษาแต่ละรูปแบบ ถือว่าเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ให้นักจิตวิทยาการปรึกษาสามารถเลือกใช้รูปแบบของการปรึกษา

เอกสารอ้างอิง

- ณัฐวุฒิ สรพัฒน์เจริญ, วรากร ทรัพย์วิระพรรณ และ อนงค์ วิเศษสุวรรณ. (2559). การปรับตัวของนิสิตที่รับการปรึกษาออนไลน์ตามแนวทฤษฎีการปรึกษาแบบเน้นทางออก. *วารสารวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา*, 13(1), 79-93.
- เนตรนภา กาบมณี, วัจน สุคนธวัฒน์, สุชาติ คำทางชล และสกวเดือน มงคลสุนทรภัก. (2560). พฤติกรรมกล้าแสดงออกตามคุณลักษณะวิชาชีพพยาบาลและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี. *วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์*, 6(2), 161-172.
- พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา และวิไลลักษณ์ พงษ์โสภา. (2556). *ทฤษฎีและเทคนิคการให้บริการปรึกษา*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภาสกร คุ่มศิริ. (2563). แนวทางการให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาผ่านเทคโนโลยี. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์*, 15(1), 31-43.
- รุจา แก้วเมืองฝาง และอัญญา ปลดเปลื้อง. (2562). ผลของโปรแกรมโยคะต่อความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ที่ฝึกปฏิบัติทำคลอดเป็นครั้งแรก. *วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์*, 6(2), 642-657.



เอกสารอ้างอิง

- วัชร ทรัพย์มี. (2556). *ทฤษฎีให้บริการปรึกษา* (7). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Alberti, R. & Emmons, M. (2017). *Your perfect right: Assertiveness and equality in your life and relationships*: new harbinger publications.
- Amos, P. M., Bedu-Addo, P. & Antwi, T. (2020). Experiences of Online Counseling Among Undergraduates in Some Ghanaian Universities. *SAGE Open*, 10(3). 1-11.
- Bahreyni, M., Mohammadi, Baghmallaie, M., Zare, M. A. & Shahamat, S. (2005). Effect of assertiveness training on self-esteem on nursing student. *Armaghan Danesh*, 10(37). 89-96.
- Begley, C. M. & Glacken, M. (2004). Irish nursing students' changing levels of assertiveness during their pre-registration programme. *Nurse Education Today*, 24(7), 501-510.
- Byaruhanga, J., Wiggers, J., Paul, C. L., Byrnes, E., Mitchell, A., Lecathelinais, C. & Tzelepis, F. (2020). Acceptability of real-time video counselling compared to other behavioral interventions for smoking cessation in rural and remote areas. *Drug and Alcohol Dependence*, 217. 108296. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108296>
- Corey, G. (2012). *Theory and practice of counseling and psychotherapy*: Nelson Education.
- Ela, N., Edi, P., Sigit, S. & Nailul, F. (2023,). Application of Assertive Training to Improve Self-esteem of Adolescent. *Proceedings of the International Seminar on Delivering Transpersonal Guidance and Counselling Services in School. ASSEHR 743*, 122–131.
- Javadi Iarijani, F., Mojtabaie, M., Moghaddasi, M. & Hatami, M. (2023). Effectiveness of gestalt therapy, behavioral activation and placebo on symptoms of anxiety in women suffering multiple sclerosis: A randomized controlled trial. *International Journal of Travel Medicine and Global Health*, 11(1), 227-233.
- Lin, Y. R., Shiah, I. S., Chang, Y. C., Lai, T. J., Wang, K. Y. & Chou, K. R. (2004). Evaluation of an assertiveness training program on nursing and medical students' assertiveness, self-esteem, and interpersonal communication satisfaction. *Nurse Education Today*, 24(8), 656-665.
- Liu, J. & Gao, L. (2021). Analysis of topics and characteristics of user reviews on different online psychological counseling methods. *International Journal of Medical Informatics*, 147. 104367. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2020.104367>
- Maloney, M. E. & Moore, P. (2020). From aggressive to assertive. *International Journal of Women's Dermatology*, 6(1), 46-49.



เอกสารอ้างอิง

- Moghimian, M., Amini, R. & Kashani, F. (2016). Effect of Gestalt therapy on assertiveness of nursing students. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*, 26(1), 72-79.
- Omura, M., Levett-Jones, T. & Stone, T. E. (2019). Evaluating the impact of an assertiveness communication training programme for Japanese nursing students: A quasi-experimental study. *Nursing open*, 6(2), 463-472.
- Richards, D. & Viganó, N. (2013). Online counseling: a narrative and critical review of the literature. *Journal of Clinical Psychology*, 69(9), 994-1011.
- Woodard, S. L. (1995). Counseling Disruptive Black Elementary School Boys. *Journal of Multicultural Counseling & Development*, 23(1), 21-28.



ผลการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ให้ความรู้เกี่ยวกับการกักกันยาฟิราเวียร์ของผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนามบ้านบุรีสัณฑ์ โรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี

สุกัญญา สวัสดิ์พานิช*

กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลบางละมุง

(วันที่รับบทความ: 22 มกราคม 2567; วันที่แก้ไข: 27 กุมภาพันธ์ 2567; วันที่ตอบรับ: 4 มีนาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัญหาจากการใช้ยาฟิราเวียร์ 2) ศึกษาผลลัพธ์การให้สื่อความรู้และสื่ออิเล็กทรอนิกส์และ 3) ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้ยาฟิราเวียร์ ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโควิด-19 ที่ได้รับยาฟิราเวียร์ในโรงพยาบาลสนามบ้านบุรี จังหวัดชลบุรี จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 40 คน และกลุ่มทดลอง 40 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถาม ทำการศึกษาระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2565-31 กรกฎาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและใช้สถิติอนุมาน คือ Independent t-test และ paired sample t-test

ผลการวิจัย พบปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาฟิราเวียร์ ร้อยละ 67.50 โดยเกิดอาการไม่พึงประสงค์มากที่สุด ร้อยละ 32.50 เภสัชกรจัดการปัญหาด้านยาและได้รับการยอมรับในการแก้ปัญหา ร้อยละ 96.30 ผลลัพธ์ด้านการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ พบว่า กลุ่มทดลอง มีผลต่างเฉลี่ยของคะแนนความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p value < .001) และมีระดับความร่วมมือในการใช้ยามากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < .001) และผลลัพธ์ของยาฟิราเวียร์ในการรักษาโรคโควิด-19 ทำให้ระดับค่าออกซิเจนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value = .002) ดังนั้นควรมีการพัฒนาสื่ออิเล็กทรอนิกส์ในการให้ความรู้กับประชาชนด้วยกระบวนการให้การบริบาลเภสัชกรรมจะส่งผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลและเพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย

คำสำคัญ: สื่ออิเล็กทรอนิกส์, ยาฟิราเวียร์, โรคโควิด-19

*ผู้รับผิดชอบบทความ: สุกัญญา สวัสดิ์พานิช; nidsukunya14@gmail.com



Result of Using Electronic Media Provides Knowledge about Favipiravir for COVID-19 Patients in Barnburi Hospitel, Banglamung Hospital, Chonburi

Sukanya Sawaspanitch*

Pharmacy Department, Bang Lamung Hospital

(Received: 22 January 2024; Revised: 27 February 2024; Accepted: 4 March 2024)

Abstract

This Quasi-Experimental study aims to 1) study drug related problems from the use of favipiravir, 2) study the results of providing electronic media and 3) study the effectiveness of using favipiravir in a sample of COVID19 patients who received treatment with favipiravir at Banburi field hospital, Chonburi Province. A total of 80 people were divided into a control group of 40 people and an experimental group of 40 people. The instrument used was a questionnaire. By collecting data between 1 January 2022 -31 July 2022, data was analyzed using descriptive statistics and used inferential statistics, Independent t-test and paired sample t-test.

The results of the research found that there were 67.50% from use of favipiravir, The most adverse reactions found 32.50%, which pharmacists were able to manage drug related problems and able to solve the problem 96.30%. The results of providing electronic media found the test group had more knowledge (p value<.001) and more adherence (p value <.001) than the control group. Evaluation of the effectiveness of favipiravir use found the oxygen level Increased with statistical significance (p value=.002). Therefore, electronic media should be developed to provide knowledge to the people that people can learn by themselves. Therefore, electronic media should be developed to provide knowledge to the people by pharmaceutical care process to increase the efficiency of medical treatment and increase the safety for patients.

Keywords: electronic media, favipiravir, COVID-19 disease

Corresponding author: Sukanya Sawaspanitch; nidsukunya14@gmail.com



บทนำ

โรคโควิด-19 คือโรคติดต่อซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีการค้นพบล่าสุด โดยองค์การอนามัยโลก (2562) ได้เผยแพร่ว่าโรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีการระบาดในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีนเมื่อ ธันวาคม 2562 โรคโควิด-19 มีการระบาดใหญ่ไปทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย จากข้อมูลของ Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ (2563) ผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีอาการ ไข้ (89%) ไอ (68%) อ่อนเพลีย (38%) หายใจขัด (19%) ปวดข้อ/กล้ามเนื้อ (15%) เจ็บคอ (14%) ปวดศีรษะ (14%) หนาวสั่น (11%) คลื่นไส้อาเจียน (5%) คัดจมูก (5%) ฯลฯ โดยมีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ เชื้อโควิด-19 แพร่จากคนสู่คนผ่านทางละอองฝอยจากจามหรือปาก ซึ่งขับออกมาเมื่อผู้ป่วยไอหรือจาม รับเชื้อได้จากการหายใจเอาละอองฝอยเข้าไปจากผู้ป่วย หรือจากการเอามือไปจับพื้นผิวที่มีฝอยละอองเหล่านั้นมาจับตามใบหน้า ระยะเวลาฟักตัว 1-14 วัน และมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 5-6 วัน ความเสี่ยงต่ออาการรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นตามอายุและในผู้ที่มีโรคประจำตัวเช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังและโรคมะเร็ง เป็นต้น

การรักษาปัจจุบัน ยาฟาวิพิราเวียร์ถือเป็นยาหลักในการรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ตามแนวทางการดูแลรักษาโรคโควิด-19 โดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2565) เนื่องจากยานี้มีประสิทธิภาพในการลดปริมาณไวรัสได้ดี ช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะรุนแรงของโรคโควิด-19 มีความปลอดภัย และลดการสูญเสียจากโรคโควิด-19 ได้ โดยแพทย์จะพิจารณาเริ่มยาฟาวิพิราเวียร์ในผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบที่มีอาการรุนแรง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง ได้แก่ อายุมากกว่า 60 ปี มีโรคประจำตัว ดังนี้ โรคปอดเรื้อรังโรคตับ ไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน รวมถึงในผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนหรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง วิธีการรับประทานยาฟาวิพิราเวียร์ ยาฟาวิพิราเวียร์อยู่ในรูปแบบยาเม็ด ขนาดยาที่ใช้สำหรับผู้ใหญ่รับประทานครั้งละ 9 เม็ดทุก 12 ชั่วโมงในวันแรก และลดเหลือครั้งละ 4 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมงในวันที่เหลือ ผู้ที่น้ำหนักมากกว่า 90 กิโลกรัม ขนาดยาจะสูงขึ้น โดยในวันแรกจะรับประทานครั้งละ 12 เม็ดทุก 12 ชั่วโมง และลดเหลือครั้งละ 5 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมงในวันที่เหลือ สำหรับผู้ป่วยเด็กจะต้องมีการคำนวณขนาดยาตามน้ำหนักตัวผู้ป่วยควรรับประทานยาตามวันและเวลาที่กำหนดอย่างเคร่งครัด ระยะเวลาในการรักษาอยู่ที่ 5-10 วันขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคและการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วยแต่ละรายอาการข้างเคียงที่อาจพบได้ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ตับอักเสบ การมีภาวะตาสีฟ้า เป็นต้น ยาฟาวิพิราเวียร์ได้รับการอนุมัติให้ใช้ในผู้ป่วยโควิด-19 เป็นกรณีพิเศษ โดยองค์การเภสัชกรรม (2564) ได้ทำการวิจัยและพัฒนากระบวนการสังเคราะห์วัตถุดิบยาฟาวิพิราเวียร์ ซึ่งจะออกฤทธิ์ 2 แบบ คือ ยับยั้งการเพิ่มจำนวนของไวรัสและทำให้เชื้อไวรัสกลายพันธุ์ คือ เข้าไปยับยั้งเอนไซม์ RNA-dependent RNA polymerase (RdRP) เมื่อยาเข้าสู่ร่างกายจะถูกเปลี่ยนเป็นรูปแบบออกฤทธิ์ คือ favipiravir-ribofuranosyl-5'-triphosphate (RTP) ให้ไวรัสกลายพันธุ์จนภูมิคุ้มกันต้านทานในร่างกายมนุษย์สามารถเข้าไปกำจัดไวรัสจนหมด หรือเหลือปริมาณน้อยจนไม่สามารถก่อโรคในร่างกายได้อีก จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ของ สราวุธ กิตติเกษมสุข และศุภรัตน์ ชื่นประเสริฐ (2566) พบว่าผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยาฟาวิพิราเวียร์ ร้อยละ 13 เนื่องจากการรับประทานยาในแต่ละครั้งต้องรับประทานเป็นจำนวนที่หลายเม็ดและแต่ละครั้งมีจำนวนยาที่ไม่เท่ากัน และในผู้ป่วยที่ต้องยาหลายชนิดร่วมกันกับยาฟาวิพิราเวียร์ ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยา



ของผู้ป่วยลดลง และจากการศึกษาของกรองทอง พุฒิโกคิน (2564) พบปัญหาของการใช้ยาฟาวิราเวียร์ คือ ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบจำนวน เนื่องจากไม่คุ้นชินกับการรับประทานยาในปริมาณมาก ผู้ป่วยทำหาย สัมรับประทานยาบ่อยๆ เนื่องจากระยะเวลาการรับประทานยาต้องห่างกัน 12 ชั่วโมง และการรับประทานยาเกิน เช่น รับประทานยา 18 เม็ดพร้อมกัน หรือ 13 เม็ดพร้อมกัน เนื่องจากฉลากยาไม่ชัดเจนและผู้ป่วยมองฉลากยาไม่ชัด ประกอบกับผู้ป่วยขาดความรู้และไม่เคยใช้ยาฟาวิราเวียร์มาก่อน เนื่องจากเป็นยาใหม่ที่น่าสนใจนำมาใช้ในประเทศไทย

เนื่องจากผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยาในการรักษาโรคหรือบรรเทาอาการที่เกิดจากโรคต้องแยกตัวผู้ป่วยไว้ในห้องแยกโรคเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อให้กับบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถที่สื่อสารพูดคุยได้กับเภสัชกรโดยตรง อาจจะพบปัญหาเกี่ยวกับยา (Drug related problems) ที่จะเกิดขึ้นได้ บทบาทของเภสัชกรคือการทำหน้าที่ในการค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาเมื่อพบแล้วต้องดำเนินการแก้ไข หรือป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาขึ้นอีก ดังนั้น การรู้จักและทำความเข้าใจปัญหาเกี่ยวกับยา จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับเภสัชกร การจัดประเภทปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาตามระบบของ The Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) ได้รับการยอมรับในทางปฏิบัติรวมทั้งมีหลาย ๆ งานวิจัยที่ยอมรับว่าเป็นการจัดประเภทที่ครอบคลุม เหมาะแก่การใช้งานในสภาพจริง และช่วยให้ทราบผลลัพธ์การปฏิบัติงานด้านการบริหารทางเภสัชกรรมในด้านการประหยัดค่าใช้จ่ายที่จะต้องสูญเสียจากปัญหาเกี่ยวกับยาซึ่งเกิดขึ้นโดยไม่สามารถตรวจสอบได้ นอกจากนั้นจากการศึกษาของสุชาญวัชร สมสอนและคณะ (2565) ในการศึกษาผลของโปรแกรมแบบแผนการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาทักษะร่วมกับการกำกับกับการรับประทานยาผ่านวิดีโอในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ จังหวัดนนทบุรี พบว่าการจัดทำเครื่องมือให้ความรู้ผู้ป่วยในการใช้ยาด้วยรูปแบบการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์วิดีโอถือเป็นเครื่องมือที่ก้าวหน้ายุคสมัย และสามารถส่งผลต่อการรับประทานยาที่สม่ำเสมอ สามารถเพิ่มความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น และการศึกษาของ ธิวัฒน์ ช่างปัด และสุมลชาติ ดวงบุบผา (2566) ในการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์จะช่วยส่งเสริมทัศนคติในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวรรรษา กุลตั้งวัฒนา (2562) ซึ่งในการส่งเสริมสุขภาพจำเป็นที่จะต้องมีส่วนกลางในการที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำความเข้าใจ เกิดแรงจูงใจและประพฤติปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ซึ่งสื่อกลางให้ความรู้แบบอิเล็กทรอนิกส์ เป็นสื่อที่นำเสนอข้อมูลด้วยวิดีโอและเสียง ที่ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง ดังนั้นด้วยข้อจำกัดของสถานการณ์โควิด-19 ที่เภสัชกรไม่สามารถพูดคุยให้ความรู้กับผู้ป่วยได้โดยตรงเนื่องจากต้องทำการแยกผู้ป่วยให้อยู่ในจุดแยกโรค ซึ่งอาจจะส่งผลต่อการรับรู้ข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจในวิธีการใช้ยา หากมีการให้ข้อมูลโดยการให้ผู้ป่วยอ่านฉลากยาอย่างเดียว ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในให้ความรู้ด้านยาผ่านทางด้านอิเล็กทรอนิกส์ในการส่งเสริมการใช้ยาที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาและเป็นการติดตามความปลอดภัยของยาที่เป็นยาใหม่ นั่นคือ ยาฟาวิราเวียร์ ที่ต้องมีการรับประทานยาเป็นจำนวนมากต่อวัน และมีความแตกต่างกันในแต่ละวัน ดังนั้นจากการทบทวนข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้มีการดำเนินงานด้านการบริหารเภสัชกรรมโดยการติดตามปัญหาการใช้ยาฟาวิราเวียร์และการแก้ไขปัญหา ตลอดจนการติดตามผลทางด้านความรู้และความร่วมมือในการใช้ยาจากการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ และติดตามประสิทธิภาพของการใช้ยาฟาวิราเวียร์ เพื่อที่จะได้นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาคู่มือหรือสื่อกลางแบบอิเล็กทรอนิกส์ในการเพิ่มความรู้ในด้านการใช้ยา และเป็นการติดตาม



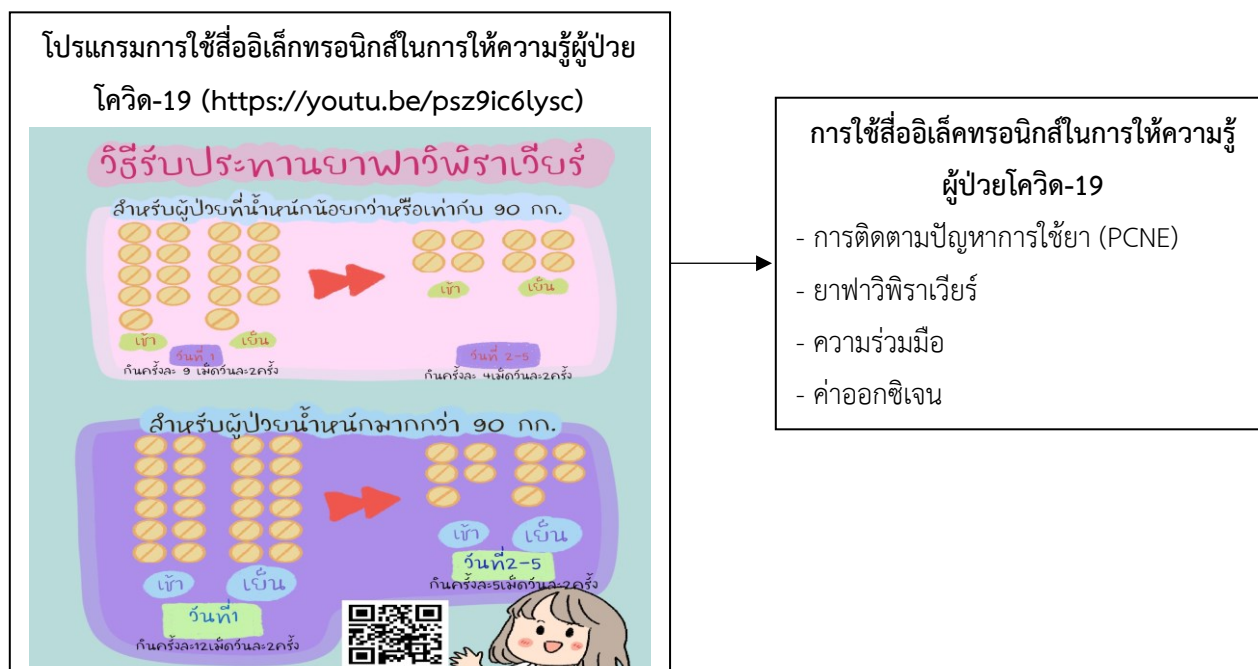
ความปลอดภัยในการใช้ยาให้กับประชาชน เพื่อให้ประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์มีความเชื่อมั่นในการการใช้ยา และความปลอดภัยของการใช้ยาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) ศึกษาปัญหาจากการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์
- 2) ศึกษาผลลัพธ์การให้สื่อความรู้และสื่ออิเล็กทรอนิกส์
- 3) ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโควิด-19 ที่ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์ใน

โรงพยาบาลสนามบ้านบุรี จังหวัดชลบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research)

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวโรงพยาบาลสนามบ้านบุรี อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี ในช่วงเดือนเมษายน 2565-กันยายน 2565 และได้รับยาฟาวิพิราเวียร์ จำนวนทั้งหมด 1,210 คน

เกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) ผู้ป่วยอายุมากกว่าเท่ากับ 18 ปีบริบูรณ์ 2) ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์ 3) ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย และ 4) สามารถสื่อสารได้อย่างเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ได้ด้วยตนเอง



เกณฑ์การคัดออก คือ 1) กำลังตั้งครรภ์ 2) เกิดโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง และ 3) มีข้อห้ามใช้ยาฟาวิพิราเวียร์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวโรงพยาบาลสนามบ้านบุรี และได้รับยาฟาวิพิราเวียร์ จำนวน 80 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G-power เวอร์ชัน 3 จากการทบทวนงานวิจัยของศิริทิพย์ สงวนวงศ์วาน และกัลยา อุ่นรันทะ (2562) เรื่องประสิทธิผลของสื่อวีดิทัศน์ผสมภาพแอนิเมชันให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยที่ได้ยา ระวังความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังผสมยาแก้ปวดในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี โดยมีค่า effect size (d) เท่ากับ 0.90 ที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.95 ได้ผลการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง 68 กลุ่มละ 34 คน แต่มีการเก็บตัวอย่างเพิ่มเติมเพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย โดยแบ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 40 คน และกลุ่มทดลอง 40 คน และทำการจับฉลากเพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้ในการ ศึกษาวิจัย

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 คือ ส่วนที่ 1 คือ แบบสอบถามและแบบประเมินที่ พัฒนาขึ้น และโปรแกรมการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในการให้ความรู้ผู้ป่วยโควิด-19 ดังนี้

1. แบบสอบถามและแบบประเมินที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อมูล 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปจำนวน 8 ข้อ แบบเลือกตอบ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ เชื้อชาติ การศึกษา ภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร ความเข้าใจภาษาไทย การใช้เครื่องมือสื่อสาร

ส่วนที่ 1.2 แบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ แบบเลือกตอบ ได้แก่ ประวัติโรคประจำตัว จำนวนยาโรคประจำตัวที่ใช้ ประวัติการแพ้ยา/อาหาร ภาวะกลุ่มเสี่ยงของโรคโควิด-19 ประวัติการได้รับวัคซีนโควิด-19

ส่วนที่ 1.3 แบบประเมินผลด้านความร่วมมือในการใช้ยาต่อใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในการให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทายาฟาวิพิราเวียร์ จำนวน 6 ข้อ เท่ากับ 6 คะแนน โดยให้เลือกตอบ “ใช่” และ “ไม่ใช่” โดยหากตอบ คำถามถูกต้อง ได้ 1 คะแนน และหากตอบคำถามผิด ได้ 0 คะแนน ผลรวมของคะแนนทั้ง 6 ข้อ แบ่งระดับความร่วมมือในการใช้ยาออกเป็น 2 ระดับ คือ แบบประเมินผลความร่วมมือในการใช้ยาระดับดี ทานยาได้ถูกต้องมากกว่าร้อยละ 95 และระดับน้อย คือ ทานยาได้ถูกต้องน้อยกว่าร้อยละ 95

ส่วนที่ 1.4 แบบประเมินผลด้านความรู้ในการรับประทายาฟาวิพิราเวียร์ มี 10 ข้อ เท่ากับ 10 คะแนน โดยหากตอบคำถามถูกต้อง ได้ 1 คะแนน และหากตอบคำถามผิด ได้ 0 คะแนน แบ่งระดับความรู้ในการรับประทายา ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ได้คะแนน 7-10 คะแนน ระดับปานกลาง ได้คะแนน 4-6 คะแนน และระดับต่ำ ได้คะแนน น้อยกว่า 4 คะแนน

ส่วนที่ 1.5 แบบประเมินผลด้านติดตามประสิทธิผลการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ มี 6 ข้อ ประกอบด้วย การ ติดตามค่า Oxygen saturation at room air (O₂) อุณหภูมิร่างกาย (T) Respiratory rate (RR) โดยผู้วิจัยจะทำการ บันทึกข้อมูลจากการติดตามข้อมูลในช่วงแรกรับ Admit และหลังจากที่รับประทายาครบ 5-7 วัน และติดตามการเกิด



อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น และผลการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น

ส่วนที่ 1.6 คือ แบบประเมินผลการติดตามปัญหาการใช้ยาฟาริราเวียร์ตามแนวทางของ Pharmaceutical care network Europe (PCNE) เวอร์ชัน 9.1 ซึ่งผู้วิจัยจะทำการค้นหาปัญหาด้านยาและจัดการปัญหาด้านยา ที่มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การค้นหาชนิดของปัญหา Problems (P) 2) การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา Cause (C) 3) การวางแผนแก้ไขปัญหา Plan intervention (I) 4) การยอมรับการแก้ไขปัญห Intervention acceptance (A) และ 5) สถานะของปัญหาเกี่ยวกับยา Status of the DRP

2. โปรแกรมการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในการให้ความรู้ผู้ป่วยโควิด-19 ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 2.1 สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งจัดทำในรูปแบบวิดีโอโดยกลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลบางละมุง มีความยาว 2.25 นาที โดยมี link ในการเข้าถึง คือ <https://youtu.be/psz9ic6lysc> และมี QR code ในการ scan เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้มือถือ scan เพื่อเข้าถึงวิธีการรับประทานยาฟาริราเวียร์ตามขนาดน้ำหนักตัวในภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเป็นการอธิบายการรับประทานยา

ในน้ำหนักตัวน้อยกว่า 90 กิโลกรัม ให้รับประทานยาในวันที่ 1 ครั้งละ 9 เม็ด เวลา 09.00 น. และ 21.00 น. และวันที่ 2-5 ให้รับประทานยา ครั้งละ 4 เม็ด เวลา 9.00 น. และ 21.00 น. และผู้ป่วยที่มีน้ำหนักมากกว่า 90 กิโลกรัม ให้รับประทานยาในวันที่ 1 ครั้งละ 12 เม็ด เวลา 09.00 น. และ 21.00 น. และวันที่ 2-5 ให้รับประทานยาครั้งละ 5 เม็ด เวลา 9.00 น. และ 21.00 น.

ส่วนที่ 2.2 สื่อแผ่นพับในการให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาฟาริราเวียร์ ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิธีการรับประทานยาฟาริราเวียร์ตามขนาดน้ำหนักตัว โดยมีข้อความเป็นลักษณะการให้ข้อมูลการรับประทานยาตามน้ำหนักตัว

การรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินที่พัฒนาขึ้นและใช้โปรแกรมการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในการให้ความรู้ผู้ป่วยโควิด-19 ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการรับประทานยาฟาริราเวียร์ให้กับกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบและทำการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยการติดตามปัญหาจากการใช้ยาฟาริราเวียร์ ศึกษาผลลัพธ์ในการให้สื่อความรู้เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในด้านความรู้ที่ได้รับและด้านความร่วมมือในการรับประทานยา และติดตามประสิทธิผลของการใช้ยาฟาริราเวียร์โดยการติดตามจากค่าระดับออกซิเจน ค่าอัตราการหายใจและค่าอุณหภูมิร่างกาย และติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยทำการโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยในวันที่ 1 วันที่ 2 วันที่ 3 และวันที่ 5-7 ของการได้รับยาฟาริราเวียร์เพื่อติดตามข้อมูลด้านความร่วมมือในการใช้ยาโดยการโทรศัพท์ ติดตามข้อมูลในด้านความรู้ในการรับประทานยาฟาริราเวียร์ ด้านประสิทธิผลของการใช้ยาฟาริราเวียร์ และติดตามปัญหาการใช้ยาฟาริราเวียร์ตามแนวทาง PCNE เพื่อค้นหาปัญหาด้านยาและจัดการปัญหาด้าน



2. กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนามที่ผู้วิจัยจะทำการให้ความรู้ผ่านทางโทรศัพท์และมอบแผ่นพับความรู้และสื่ออิเล็กทรอนิกส์โดยทำการมอบสื่อให้ผู้ป่วยในวันแรกที่แพทย์ได้สั่งยา โดยการส่งแผ่นพับความรู้และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ให้เข้าไปกับยาที่จัดส่งมอบให้ผู้ป่วย และผู้วิจัยทำการโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยในวันที่ 1 วันที่ 2 วันที่ 3 และวันที่ 5-7 ของการได้รับยาฟาวิพิราเวียร์

3. กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนามที่ผู้วิจัยจะทำการให้ความรู้ผ่านทางโทรศัพท์และมอบแผ่นพับความรู้เรื่องยาฟาวิพิราเวียร์ โดยไม่ได้รับสื่ออิเล็กทรอนิกส์ โดยการส่งแผ่นพับความรู้เข้าไปกับยาที่จัดส่งมอบให้ผู้ป่วยในวันแรกที่แพทย์ได้สั่งยา และผู้วิจัยทำการโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยในวันที่ 1 วันที่ 2 วันที่ 3 และวันที่ 5-7 ของการได้รับยาฟาวิพิราเวียร์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์อายุรกรรม 1 ท่าน เภสัชกรที่รับผิดชอบในงานการติดตามปัญหาด้านยา 1 ท่าน เภสัชกรหัวหน้างานผู้ป่วยใน 1 ท่าน โดยการตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องของคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item objective congruence, IOC) มีค่าเท่ากับ 0.98 และการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) มีค่าเท่ากับ 0.63

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและการติดตามปัญหาจากการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนร้อยละ ใช้ค่ากลางเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ผลลัพธ์การให้สื่อความรู้โดยใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์แก่ผู้ป่วยโควิด-19 ในด้านความรู้และความร่วมมือในการรับประทานยาโดยการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้สื่ออิเล็กทรอนิกส์และกลุ่มที่ไม่ได้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ด้วยสถิติอนุมาน ได้แก่ Independent t-test
3. วิเคราะห์ประสิทธิผลของการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ในด้านระดับค่าออกซิเจน อัตราการหายใจและอุณหภูมิร่างกาย โดยใช้สถิติอนุมาน paired sample t-test

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เลขที่โครงการวิจัย CBO Rec 65-0012 วันรับรองวันที่ 28 มีนาคม 2565

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้สื่ออิเล็กทรอนิกส์แต่เป็นการให้ความรู้ทางโทรศัพท์และมอบแผ่นพับความรู้อย่างเดียว เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.14 มีอายุเฉลี่ย 39.55 ± 14.79 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 80.00 เชื้อชาติไทยร้อยละ 87.50



การศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่าร้อยละ 57.50 ใช้ภาษาไทยในการสื่อสารเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 92.50 มีความเข้าใจในภาษาไทยมาก ร้อยละ 92.50 สามารถการเข้าถึงข้อมูลผ่านมือถือ สามารถสแกนรูปผ่าน QR Code ได้ร้อยละ 100.00 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 55 และไม่มียาที่ใช้ประจำ ร้อยละ 52.50 ไม่มีประวัติแพ้ยาและอาหาร ร้อยละ 85.50 ไม่มีภาวะกลุ่มเสี่ยงของโรคโควิด-19 ร้อยละ 90.00 และมีประวัติการได้รับการฉีดวัคซีนโควิด-19 ร้อยละ 97.50

กลุ่มทดลองที่ได้รับความรู้ทางโทรศัพท์รวมกับการได้รับสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.46 มีอายุเฉลี่ย 41.03 ± 13.32 ปี สถานภาพโสดร้อยละ 62.50 มีเชื้อชาติไทย ร้อยละ 100 การศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่าร้อยละ 80 ใช้ภาษาไทยในการสื่อสารร้อยละ 100.00 มีความเข้าใจในภาษาไทยมาก ร้อยละ 100.00 สามารถการเข้าถึงข้อมูลผ่านมือถือ สามารถสแกนรูปผ่าน QR Code ได้ร้อยละ 95 มียาที่ใช้ประจำ ร้อยละ 67.50 ไม่มีประวัติแพ้ยาและอาหาร ร้อยละ 97.50 ไม่มีภาวะกลุ่มเสี่ยงของโรคโควิด-19 ร้อยละ 76.19 และมีประวัติการได้รับการฉีดวัคซีนโควิด-19 ร้อยละ 90.00 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนามบ้านบุรี (n=80)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=40)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=40)
เพศ		
ชาย	18 (41.86)	22 (59.46)
หญิง	25 (58.14)	15 (40.54)
อายุเฉลี่ย (ปี)	39.55 $\pm$ 14.79	41.03 $\pm$ 13.32
เชื้อชาติ		
ไทย	35 (87.50)	40 (100.00)
อื่นๆ	5 (12.50)	0 (0.00)
สถานภาพ		
โสด	11 (27.50)	25 (62.50)
สมรส	28 (70.00)	13 (32.50)
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	1 (2.50)	2 (5.00)
การศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	1 (2.50)	1 (2.50)
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	10 (25.00)	4 (10.00)
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	23 (57.50)	32 (80.00)
ปริญญาตรี	6 (15.00)	3 (7.50)
ภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร		
ภาษาไทย	37 (92.50)	40 (100.00)
ภาษาอังกฤษ	3 (7.50)	0 (0.00)



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนามบ้านบุรี (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=40)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=40)
ความเข้าใจในภาษาไทย		
มาก	37 (92.50)	40 (100.00)
ปานกลาง	1 (2.50)	0 (0.00)
น้อย/ไม่ได้เลย	2 (5.00)	0 (0.00)
การเข้าถึงข้อมูลผ่านมือถือ สามารถสแกนรูปผ่าน QR Code ได้		
ได้	40 (100)	38 (95.00)
ไม่ได้	0 (0.00)	2 (5.00)
ประวัติโรคประจำตัว		
มี	18 (45.00)	13 (67.50)
ไม่มี	22 (55.00)	27 (32.50)
โรคประจำตัวที่เป็น		
โรคหัวใจและหลอดเลือด	4 (10.00)	1 (2.50)
โรคเบาหวาน	11 (27.50)	5 (12.50)
โรคไขมันในเลือดสูง	4 (10.00)	3 (7.50)
โรคอ้วน	0 (0.00)	4 (10.00)
จำนวนยาโรคประจำตัวที่ใช้อยู่ปัจจุบัน		
ไม่มียาที่ใช้ประจำ	21 (52.50)	27 (67.50)
มียาที่ใช้ประจำ	19 (47.50)	13 (32.50)
1-3 รายการ	5 (12.50)	0 (0.00)
4-6 รายการ	3 (7.50)	6 (15.00)
>6 รายการ	11 (27.50)	7 (17.50)
ประวัติการแพ้ยา/แพ้อาหาร		
มี	7 (17.50)	1 (2.50)
ไม่มี	33 (85.50)	39 (97.50)
ภาวะกลุ่มเสี่ยงของโรคโควิด-19		
ไม่มีภาวะเสี่ยง	36 (90.00)	32 (76.19)
มีภาวะเสี่ยง	4 (10.50)	8 (20.00)
ผู้สูงอายุ	2 (5.00)	4 (10.00)
โรคอ้วน	0 (0.00)	4 (10.00)
ประวัติการได้รับการฉีดวัคซีนโควิด-19		
เคย	39 (97.50)	36 (90.00)
ไม่เคย	1 (2.50)	4 (10.00)



ส่วนที่ 2 สรุปผลการติดตามปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาฟาร์ฟิราเวียร์ของผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนาม บานบุรีตามแนวทาง Pharmaceutical care network Europe (PCNE)

พบปัญหาด้านยาจำนวนทั้งหมด 54 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 67.50 โดยพบปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามากที่สุด ร้อยละ 32.50 รองลงมาปัญหาที่พบ เป็นปัญหาด้านยาที่เกิดจากตัวผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยใช้ยามากกว่าที่สั่ง (รับประทานยามากเกินกว่าที่สั่ง ทานพร้อมกันในครั้งเดียว การใช้ยารั้งถัดไปน้อยกว่า 12 ชั่วโมง) ร้อยละ 13.75 และปัญหาสั่งยาหลายชนิดในข้อบ่งใช้เดียวกัน (ปัญหาการสั่งยาฟ้าทะลายโจรรวมกันกับยาฟาร์ฟิราเวียร์) ร้อยละ 8.75 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการติดตามปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาฟาร์ฟิราเวียร์ของผู้ป่วยโควิด-19 ตามแนวทาง PCNE (n=80)

ชนิดของปัญหา (P)	ชนิดของปัญหาย่อย	สาเหตุของปัญหา	สาเหตุของปัญหาย่อย	จำนวน (ร้อยละ)
P1 ประสิทธิภาพการรักษา	P1.3 มีอาการหรือข้อบ่งชี้ที่ได้รับการรักษา	C1 การเลือกใช้ยา	C1.1เลือกใช้ยาไม่เหมาะสมตามแนวทาง/สูตรยา	2 (2.50)
			C1.6สั่งยาหลายชนิดในข้อบ่งใช้เดียวกัน	7 (8.75)
P2 ความปลอดภัยของการรักษา	P2.1 เกิด/อาจจะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับยา	C2 รูปแบบยา	C3.2 ขนาดยาสูงเกินไป	4 (5.00)
		C9 อื่น ๆ	C9.2 เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	26 (32.50)
P3 อื่น ๆ	P3.1 การได้รับยาที่ไม่จำเป็น	C7 สาเหตุจากผู้ป่วย	C7.2 ผู้ป่วยใช้ยามากกว่าที่สั่ง	11 (13.75)
			C7.7 เวลาการบริหารยาหรือระยะห่างการใช้ยาไม่เหมาะสม	4 (7.41)
รวมจำนวนปัญหาที่พบ				54 (67.50)

โดยลักษณะของอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยาฟาร์ฟิราเวียร์ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ตับอักเสบ ตาอักเสบ เวียนศีรษะ เกิดผื่นแดงคันและปวดศีรษะ โดยลักษณะอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดมากที่สุด ได้แก่ ภาวะตาอักเสบ ร้อยละ 34.62 คลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 30.77 และเวียนศีรษะ ร้อยละ 15.38 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ลักษณะของอาการอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาฟิราเวียร์ (Adverse drug reaction, ADR) (n=26)

อาการไม่พึงประสงค์ของยาฟิราเวียร์	จำนวน (ร้อยละ)
คลื่นไส้ อาเจียน	8 (30.77)
ท้องเสีย	1 (3.85)
ตับอักเสบ	1 (3.85)
ดาสีฟ้า	9 (34.62)
เวียนศีรษะ	4 (15.38)
เกิดผื่นแดง คัน	2 (7.69)
ปวดศีรษะ	1 (3.85)

ผลการจัดการปัญหาด้านยาตามแนวทาง PCNE พบว่า เกสัชกรสามารถหาหรือแนวทางแก้ปัญหากับผู้สั่งใช้ยา ให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วย พูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วย และรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากยาต่อหน่วยงานที่รับผิดชอบ ได้ร้อยละ 100 ยกเว้นการเปลี่ยนขนาดยาที่สามารถจัดการปัญหาได้ร้อยละ 50.00 โดยส่วนใหญ่การจัดการปัญหาด้านยาที่เกิดขึ้นได้รับการยอมรับและสามารถแก้ไขปัญหาได้ ร้อยละ 96.30 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวางแผนแก้ไขปัญห การยอมรับการแก้ไขปัญหและสถานะของปัญหาเกี่ยวกับยาจากการใช้ยาฟิราเวียร์ของผู้ป่วยโควิด-19 ตามแนวทาง PCNE

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย	จำนวน (ร้อยละ)
การวางแผนแก้ไขปัญห Planed	I1.4 ทาหรือแนวทางแก้ปัญหากับผู้สั่งใช้ยา (n=54)	54 (100.00)
Intervention (I)	I2.1 ให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วย (n=15)	15 (100.00)
I1 ผู้สั่งใช้ยา	I2.4 พูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วย (n=15)	15 (100.00)
I2 ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล	I3.2 เปลี่ยนขนาดยา (n=4)	2 (50.00)
	I4.2 รายงานอาการไม่พึงประสงค์จากยาต่อหน่วยงานที่รับผิดชอบ (n=26)	26 (100.00)
I4 อื่น ๆ		
การยอมรับการแก้ไขปัญห		
Intervention Acceptance (A)		
A1 การแก้ไขปัญหได้รับการยอมรับ	A1.2 การแก้ไขปัญหได้รับการยอมรับ แต่ดำเนิน การบางส่วน (n=54)	52 (96.30)
สถานะของปัญหาเกี่ยวกับยา	O2.1 ปัญหได้รับการแก้ไขบางส่วน (n=54)	52 (96.30)
Status of the DRP		



ส่วนที่ 3 สรุปผลลัพธ์ในการให้สื่อความรู้และสื่ออิเล็กทรอนิกส์แก่ผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนามบ้านบุรี

กลุ่มเปรียบเทียบ จะได้รับการโทรศัพท์ให้ความรู้ในด้านยาและให้แผ่นพับความรู้ในการใช้ยาฟ้าวิราเวียร์ ส่วนกลุ่มทดลอง จะได้รับการโทรศัพท์ให้ความรู้ ร่วมกับการให้แผ่นพับและสื่ออิเล็กทรอนิกส์ในการใช้ยาฟ้าวิราเวียร์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับสื่อให้ความรู้และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ มีความรู้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ให้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \text{ value} < .001$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการใช้ยาฟ้าวิราเวียร์ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง ($n=80$)

ความรู้ในการใช้ยาฟ้าวิราเวียร์	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95%CI	t	p value
กลุ่มทดลอง ($n=40$)	8.35	0.92				
			2.05	1.60 - 2.50	9.081	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ ($n=40$)	6.30	1.09				

* $p \text{ value} < .01$

ผลด้านความร่วมมือในการใช้ยาฟ้าวิราเวียร์ พบว่า กลุ่มทดลอง มีความร่วมมือในการรับประทานยาได้อย่างถูกต้องมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \text{ value} < .001$) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาฟ้าวิราเวียร์ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง ($n=80$)

ความร่วมมือในการใช้ยา	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95%CI	t	p value
กลุ่มทดลอง ($n=40$)	1.95	0.22				
			0.40	0.23-0.58	4.599	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ ($n=40$)	1.55	0.50				

* $p \text{ value} < .01$

ส่วนที่ 4 ผลการประเมินประสิทธิผลของการใช้ยาฟ้าวิราเวียร์ของผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนามบ้านบุรี

การประเมินจากระดับค่าออกซิเจน (Oxygen saturation at room air, O_2) อัตราการหายใจ Respiratory rate (RR) และอุณหภูมิร่างกาย (T) ก่อนรักษาด้วยยาฟ้าวิราเวียร์และหลังรักษาด้วยยาฟ้าวิราเวียร์ 5-7 วัน พบว่า ประสิทธิภาพของยาฟ้าวิราเวียร์ในการรักษาโรคโควิด-19 ทำให้ระดับค่าออกซิเจน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \text{ value} = .002$) ดังตารางที่ 7



ตารางที่ 7 ประสิทธิภาพของการใช้ยาฟิวฟิราเวียร์ของผู้ป่วยโควิด19 ในโรงพยาบาลสนามบ้านบุรี เปรียบเทียบก่อนและหลังใช้ยาฟิวฟิราเวียร์ (n=80)

ประสิทธิภาพของการใช้ยาฟิวฟิราเวียร์	ก่อนใช้ยา	หลังใช้ยา	95%CI	t	p value
	ฟิวฟิราเวียร์ ($\bar{X} \pm S.D.$)	ฟิวฟิราเวียร์ ($\bar{X} \pm S.D.$)			
Oxygen saturation at room air (O ₂)	96.49±3.26	97.61±0.91	0.43-1.82	3.230	.002*
Respiratory rate (RR)	21.20±7.18	20.54±1.04	-1.18-0.71	-0.499	.619
อุณหภูมิร่างกาย (T)	36.64±4.24	36.85±0.42	-0.98-2.23	0.806	.423

*p value<.01

ส่วนที่ 5 ผลการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาฟิวฟิราเวียร์

อาการไม่พึงประสงค์ของยาที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ไม่ร้ายแรง ร้อยละ 96.15 และหายโดยไม่มีร่องรอยเดิม ร้อยละ 96.15 ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ผลการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาฟิวฟิราเวียร์ (n=26)

ผลการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาฟิวฟิราเวียร์	จำนวน (ร้อยละ)
ความรุนแรง	
ไม่ร้ายแรง	25 (96.15)
ร้ายแรง	1 (3.85)
ผลลัพธ์การติดตาม	
หายโดยไม่มีร่องรอยเดิม	25 (96.15)
ดีขึ้นแต่ยังไม่หาย	1 (3.85)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการให้การบริบาลเภสัชกรรม โดยกระบวนการการค้นหาค้นหาปัญหาด้านยา (Drug related problem) โดยการใช้เครื่องมือแบบประเมินปัญหาด้านยา PCNE ซึ่งเป็นแนวทางการจัดประเภทปัญหาด้านยาที่มีวิธีการประเมินที่ครบถ้วนตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุของปัญหา การวางแผนแก้ไขปัญหาและการประเมินผลลัพธ์ ดังเช่น การศึกษาของจรูญ หาดูรินทร์ (2552) ได้ผลการศึกษาว่า PCNE ถือเป็นวิธีที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อกระบวนการบริบาลเภสัชกรรมที่มีขั้นตอนและมีประสิทธิภาพ เหมาะกับการปฏิบัติทางคลินิก ทำให้ช่วยให้ทราบผลลัพธ์การปฏิบัติงานด้านการบริบาลเภสัชกรรมในด้านการประหยัดค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการใช้ยา โดยการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในผู้ป่วยโควิด 19 ณ โรงพยาบาลสนามบ้านบุรีได้รับยาฟิวฟิราเวียร์ พบว่าสามารถค้นหาค้นหาปัญหาด้านยาได้ร้อยละ 67.50 ของผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องการศึกษาที่เคยศึกษาในต่างประเทศของ Nielsen et al (2013) และ Abunahlah et al (2018) ที่ค้นพบปัญหาด้านยาร้อยละ 23.5-85 และน้อยกว่าการศึกษาในประเทศไทยของมฤดี มณีรัตน์ (2566) ที่พบ



ปัญหาด้านยาร้อยละ 83.30 ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ทำการศึกษาโดยการติดตามการใช้ยาผ่านทางโทรศัพท์ โดยเภสัชกรจะทำการให้ความรู้ทางด้านการใช้ยาฟาร์มาโคไเวียร์ในวันแรกที่ได้รับ ติดตามการรับประทานยาหลังจากวันที่ 1 วันที่ 2 วันที่ 3 และวันที่ 5-7 แต่การศึกษาก่อนหน้าข้างต้นทำการค้นหาปัญหาด้านยาโดยการลงเยี่ยมบ้าน ซึ่งทำให้สามารถค้นหาปัญหาด้านยาได้จากสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วยมากขึ้น โดยเฉพาะการใช้สมุนไพร ยาชุด ยาแผนโบราณ หรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ไม่ปลอดภัย รวมถึงการซื้อและรับประทานยามากเกินจำเป็น จึงทำให้สามารถค้นหาปัญหาทางด้านยาได้มากกว่า นอกจากนั้นปัญหาด้านยาด้านยาที่เกิดจากตัวผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยใช้ยามากกว่าที่สั่ง ร้อยละ 13.75 ได้แก่ การรับประทานยามากเกินกว่าที่สั่ง โดยเฉพาะในวันแรกของการทานยาฟาร์มาโคไเวียร์ พบการทานยาพร้อมกัน 18 เม็ดในทีเดียว และมีการใช้ยาค้างคั้งถัดไปน้อยกว่า 12 ชั่วโมง ได้แก่ รับประทานยา Dose แรกในเวลา 9.00 น. และรับประทานยา Dose ถัดไปในเวลา 16.00-18.00 น. ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของอรุณวรรณ ต่อก (2565) ที่พบว่า ปัญหาด้านยาที่เกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน พบร้อยละ 77.85 เนื่องจากผู้ป่วยหลงลืมการรับประทานการรับประทานยา และความเคยชินกับการรับประทานยา Dose เย็นในช่วงที่นอนโรงพยาบาล ซึ่งเป็นช่วงเวลาประมาณ 16.00 น. และจากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าปัญหาด้านยาที่พบส่วนใหญ่ เป็นปัญหาอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาฟาร์มาโคไเวียร์ ร้อยละ 32.50 ของผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Figen Ozturk Ergur et al (2022) ที่พบว่าในการศึกษาย้อนหลังเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ของการใช้ยาฟาร์มาโคไเวียร์ในผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบจำนวน 357 คน เกิดอาการไม่พึงประสงค์ 37 คน หรือร้อยละ 10.36 ซึ่งอาการไม่พึงประสงค์ของยาฟาร์มาโคไเวียร์ที่พบมากที่สุด คือ ภาวะตาสีฟ้า ร้อยละ 34.62 ของอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นทั้งหมด ซึ่งมีสัดส่วนการเกิดอาการไม่พึงประสงค์มากกว่าการศึกษาของสรารุช กิติเกษมสุขและศุภรัตน์ ชื่นประเสริฐ (2566) และรพีพรรณ เกิดหนู (2566) โดยพบว่าในการเฝ้าระวังอาการอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาฟาร์มาโคไเวียร์ อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นมากที่สุด คือ อาการคลื่นไส้ ร้อยละ 5.6 และการเกิดภาวะตาสีฟ้า ร้อยละ 2.01 ซึ่งผลการศึกษามีความแตกต่างกันเนื่องจากการเป็นการศึกษาการข้างต้นทำการรายงานอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นด้วยกระบวนการเชิงรับ คือ การรายงานอาการโดยผู้ป่วย แต่การศึกษานี้ทำโดยกระบวนการเชิงรุก ที่โทรศัพท์ติดตามการรับประทานยา ติดตามความร่วมมือในการใช้ยาและติดตามอาการไม่พึงประสงค์ของยาฟาร์มาโคไเวียร์เป็นจำนวน 4 ครั้ง

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านยาที่เกิดขึ้น เภสัชกรสามารถหาหรือแนวทางแก้ปัญหาให้กับผู้สั่งใช้ยา ให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วย พูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วย และรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากยาต่อหน่วยงานที่รับผิดชอบ ได้ร้อยละ 100 ยกเว้นการเปลี่ยนขนาดยาที่สามารถจัดการปัญหาได้ร้อยละ 50 โดยส่วนใหญ่การจัดการปัญหาด้านยาที่เกิดขึ้นได้รับการยอมรับและสามารถแก้ไขปัญหาคือ ร้อยละ 96.30 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐวรรณ เลิศภานิช (2557) ที่พบว่า การค้นหาปัญหาด้านยาและการให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญห โดยการบริหารเภสัชกรรมของเภสัชกร จะสามารถช่วยลดและแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น ช่วยลดอาการที่รุนแรงตามสภาวะโรค และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และการศึกษาในครั้งนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของบุญรักษ์ ฉัตรรัตนกุลชัย (2562) ที่พบว่าวิธีการแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยาส่วนใหญ่ทำโดย



การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และการเยี่ยมเยียนผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวอยู่ระหว่าง 85-89 กิโลกรัม จึงทำให้เกิดการสั่งจ่ายยาเป็นไปตามเกณฑ์การรักษาด้วยยาฟาวิพิราเวียร์ในผู้ป่วย 90 กิโลกรัม ซึ่งต้องรับประทานยาฟาวิพิราเวียร์จำนวน 64 เม็ด ในขณะที่ผู้ป่วยทั่วไปที่มีน้ำหนักต่ำกว่า 90 กิโลกรัม จะได้รับยาฟาวิพิราเวียร์จำนวน 50 เม็ด ร่วมกับการพิจารณาจากอาการแสดงที่เป็นว่ามีความรุนแรงมากน้อยแค่ไหน

ผลการศึกษาในด้านความรู้และความร่วมมือในการรับประทานยาฟาวิพิราเวียร์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับสื่อให้ความรู้และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ มีความรู้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ให้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุวิทย์ พรหมเสนและคณะ (2564) ที่พบว่าคะแนนความรู้เฉลี่ยในการเรียนเรื่องการปฐมพยาบาลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เฉลี่ยที่สูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม และสอดคล้องกับการศึกษาของปริตตรา ไชยมลและคณะ (2560) ที่พบว่า การให้ความรู้โดยเภสัชกรร่วมกับการใช้ภาพถ่ายแสดงวิธีการใช้ยาในโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นสื่ออิเล็กทรอนิกส์ จะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้น โดยมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีขึ้น และมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาที่เพิ่มมากขึ้น โดยภาพถ่ายแสดงวิธีการใช้ยาจะลดปัญหาด้านการใช้ฉลากยารูปภาพในด้านความไม่ชัดเจน เพราะพื้นที่ให้ข้อมูลมีจำกัด แต่ภาพถ่ายแสดงวิธีการใช้ยาจะทำให้ผู้ป่วยเห็นภาพรวมของการใช้ยาในแต่ครั้งภายใน 1 วันได้ชัดเจนและลดปัญหาความสับสนในการรับประทานยา และผลด้านความร่วมมือในการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับสื่ออิเล็กทรอนิกส์ มีความร่วมมือในการรับประทานยาได้อย่างถูกต้องมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับสื่ออิเล็กทรอนิกส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{ value} < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมาติยะห์ วาเงาะและคณะ (2567) ที่พบว่า รูปแบบการติดตามพฤติกรรมรับประทานยาฟาวิพิราเวียร์ผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ผ่านการ Scan QR code เพื่อเข้าร่วมใน Line official ในการให้ข้อมูลความรู้การรับประทานยาและการบันทึกการรับประทานยา ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์มีการรับประทานยาถูกต้อง ร้อยละ 85.90 และสอดคล้องกับการศึกษาของสุลักษณ์สุนทรพจน์ (2564) ที่พบว่า การส่งข้อความผ่านช่องทางไลน์แอปพลิเคชัน ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการประเมินประสิทธิผลของการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ของผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนามบ้านบุรี โดยการประเมินจากระดับค่าออกซิเจน (Oxygen saturation at room air, O_2) อัตราการหายใจ Respiratory rate (RR) และอุณหภูมิร่างกาย (T) พบว่าประสิทธิผลของยาฟาวิพิราเวียร์ในการรักษาโรคโควิด-19 ทำให้ระดับค่าออกซิเจน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{ value} = .002$) เนื่องจากยาฟาวิพิราเวียร์ มีฤทธิ์ในการยับยั้งไวรัส ทำให้เชื้อไวรัสไม่สามารถแพร่กระจายไปยังปอด ลดภาวะปอดอักเสบตามมา จึงทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการหายใจที่ดีขึ้น ระดับออกซิเจนส่งผ่านปอดไปได้ดีขึ้น จึงทำให้ระดับออกซิเจนเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dabbous et al (2021) ที่ทำการศึกษาประสิทธิผลของยาฟาวิราเวียร์ พบว่ายาฟาวิพิราเวียร์จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่เริ่มดีขึ้นหลังจากรับประทานยาไปแล้วประมาณ 2 วัน และทำให้ระดับค่าออกซิเจนมีค่าสูงขึ้นในผู้ป่วยต้องใช้เครื่องช่วยหายใจหรือมีค่าระดับออกซิเจนต่ำกว่า 90% และสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิภาพของยาฟาวิพิราเวียร์ในการรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีอาการไม่รุนแรงในประเทศอิหร่าน ซึ่งเป็นการศึกษาของ Tehrani et al (2022) พบว่าในช่วงเริ่มต้นการรักษา กลุ่มทดลองที่ได้รับยาฟาวิพิรา



เวียร์ จะมีอัตราการหายใจที่สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p=.001$) โดยในวันที่ห้า ($p=0.001$) และวันที่เจ็ด ($p<.001$) ของการรักษาด้วยยาฟาวิพิราเวียร์ กลุ่มทดลองจะมีอัตราการหายใจที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และระดับค่าออกซิเจนในช่วงเริ่มต้นของการรักษาในกลุ่มทดลอง จะมีระดับค่าออกซิเจนที่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และระดับค่าออกซิเจนจะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในวันที่ห้า ($p=.016$) และวันที่เจ็ด ($p<.001$) และเมื่อทำการติดตามอาการข้างเคียงจากการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ พบว่า อาการไม่พึงประสงค์ของยาที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ไม่ร้ายแรงและหายโดยไม่มีรอยรอยเดิม ร้อยละ 96.15 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเกศสุภา พลพงษ์และณิชาพร กตะศิลา (2566) และของรพีพรรณ เกิดหนู (2566) และของเกศกนก จันทลา (2566) ซึ่งพบว่าอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นอาการที่ไม่รุนแรง หลังหยุดยาอาการหายเป็นปกติ โดยความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย (Mild adverse events) โดยอาการไม่พึงประสงค์ของยาฟาวิพิราเวียร์ที่เกิดขึ้น ส่วนมากพบในระยะแรก เฉลี่ยภายใน 3 วันหลังเริ่มยานอกจากนั้นจากการรายงานของพรณี สิลาวัฒนชัย (2564) พบว่าการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ ไม่จำเป็นต้องปรับขนาดยาในผู้ป่วยที่มีการทำงานไตบกพร่องหรือผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต แต่จำเป็นต้องติดตามผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาที่สำคัญ ได้แก่ ระดับกรดยูริกในเลือด และการทำงานของตับ ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ไม่ได้ทำการติดตามระดับกรดยูริกในเลือด มีเพียงการติดตามการทำงานของตับในผู้ป่วยโรคตับหรือมีภาวะเสี่ยงเกี่ยวกับตับ ซึ่งไม่ได้ตรวจทุกคน เนื่องจากเป็นการศึกษาในระยะสั้น จำนวน 5-7 วัน และศึกษาในผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลสนาม ดังนั้นจึงควรพิจารณาในการศึกษาระยะยาวต่อไป

สรุปการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ให้ความรู้เกี่ยวกับการกินยาฟาวิพิราเวียร์ของผู้ป่วยโควิด-19 ถือเป็นสื่ออีกช่องทางหนึ่งในการที่จะส่งเสริมความรู้ให้กับผู้ป่วย โดยการเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาที่ดี และส่งผลให้มีผลลัพธ์ทางการรักษาที่ดีขึ้น ภายใต้กระบวนการให้บริบาลเภสัชกรรมในการค้นหา ประเมินปัญหาและจัดการปัญหาด้านยา รวมทั้งการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยาและส่งผลให้เกิดการใช้ยาที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในด้านการพัฒนาสื่อในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ในการให้ความรู้ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้ที่ดีด้วยตนเอง เพื่อให้มีพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาและการดูแลสุขภาพที่ดี และนำข้อมูลที่ได้จากการติดตามปัญหาด้านยา การจัดการปัญหาด้านยา และการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น ไปใช้ในการพัฒนาในการดำเนินงานด้านการบริบาลเภสัชกรรม และการเฝ้าระวังในการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ต่อไป เพื่อให้เกิดความปลอดภัยจากการใช้ยาให้กับประชาชนต่อไป และผลจากการศึกษาด้านประสิทธิผลของยาฟาวิพิราเวียร์ สามารถนำไปเป็นข้อมูลยืนยันประสิทธิผลของยาฟาวิพิราเวียร์ในด้านการรักษาให้กับบุคลากรทางการแพทย์ต่อไป



ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษานี้มีการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อเพิ่มความรู้และความร่วมมือในการรับประทายยา ผลพบว่าส่งผลให้ ความรู้และความร่วมมือในการรับประทายยาเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นควรมีการพัฒนาในด้านการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อ ติดตามความรู้และความร่วมมือในการใช้ยาในโรคอื่นๆ ต่อไป เช่น โรคจิตเวช โรคเอดส์ โรคฉี่หนู และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยทางด้านยา

เอกสารอ้างอิง

- เกศกนก จันทลา. (2566). ผลของการใช้ Protocol การใช้ยารักษาโรคโควิด-19 ต่อความคลาดเคลื่อนทางยา และผลลัพธ์ ของการให้คำปรึกษาและติดตามอาการไม่พึงประสงค์ด้วยระบบ Telepharmacy ณ โรงพยาบาลพระพุทธบาท. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 32(5), 906-917.
- เกศสุภา พลพงษ์ และณิชาพร กตะศิลา. (2566). อุบัติการณ์และลักษณะของอาการไม่พึงประสงค์ของ Favipiravir. ในผู้ป่วย โควิด-19 ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ, *วารสารเภสัชกรรมคลินิก*, 29(3), 143-152.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง วันที่ 22 เมษายน 2565*. สืบค้นจาก https://covid19.dms.go.th/backend///Content//Content_File/Covid_Health/Attach/25650422162203PM_CPG_COVID-19_n_v.22_20220422.pdf.
- กรทอง พุฒิโกสิน. (2564). บทบาทเภสัชกรรมคลินิกในการติดตามฟาวิพิราเวียร์ (Favipiravir) ในหอผู้ป่วย. *ยาวิพากษ์*, 48, 21-28.
- Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. (2563). *เผย 80% ผู้ป่วยโควิด-19 อาการน้อยถึงน้อยมาก 30% ในกลุ่มนี้มีภูมิคุ้มกันแต่ไม่มีอาการ*. สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2020/04/18886>.
- ณัฐวรรณ เลิศกานิต. (2557). ผลการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคหืดโรงพยาบาลดอกคำใต้. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 3(2), 37-44.
- ธีรวัฒน์ ช่างปัด และสมลชาติ ดวงบุผา. (2566). การพัฒนาสื่อการเรียนรู้ออนไลน์เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการตัดสินใจบริหารยามอร์ฟินในสถานการณ์จำลองทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 29(3), 1-18.
- มาติสาระ วาเงาะ, ขนกานต์ มีรอด, ขนธิป หอมทอง, พัชร มีเย็น และธนัญชัย จวบประสพ. (2567). ผลของโปรแกรมการติดตามการกินยาฟาวิพิราเวียร์ของผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก จังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 10(2), 150-160.
- มฤดี ณัฏฐ์. (2566). ปัญหาด้านยาในผู้ป่วยรับการดูแลแบบประคับประคองที่ใช้กัญชาทางการแพทย์ที่บ้าน. *วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล*, 33(3), 286-297.



เอกสารอ้างอิง

- พรรณี ลีลาวัฒนชัย. (2564). Favipiravir สำหรับรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. *วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล*, 31(2), 141-158.
- บุญรักษ์ ฉัตรรัตนกุลชัย. (2562). การบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่บ้านโดยเภสัชกรครอบครัวเครือข่าย บริการสุขภาพอำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์. *สวสตร์ประชากรเวชสาร*, 16(3), 87-95.
- ปริตตรา ไชยมลและคณะ. (2560). ผลของการให้ความรู้โดยเภสัชกรร่วมกับการใช้ภาพถ่ายแสดงวิธีการใช้ยาสำหรับ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 9(2), 475-488.
- รพีพรรณ เกิดหนู. (2566). การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ของผู้ป่วยโควิด-19 ใน โรงพยาบาลปรางบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. *วารสารวิชาการและสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 19(3), 17-26.
- รจเรศ หาญรินทร์. (2552). การจัดประเภทของปัญหาเกี่ยวกับยา. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 1(1), 84-96.
- วรธชา กุลตังวัฒนา. (2562). ผลของการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อการส่งเสริมทัศนคติในการดูแลสุขภาพของตนเองของ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุแห่งหนึ่ง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยศรีนครินทร วิโรฒ. สืบค้นจาก <http://ir-ithesis.swu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/473/1/gs601110082.pdf>.
- ศิริทิพย์ สงวนวงศ์วาน และกัลยา อุ่นรัตนะ. (2562). ประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ผสมภาพแอนิเมชันให้ข้อมูลเตรียมความ พร้อมสำหรับผู้ป่วยที่ได้ยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังผสมยาแก้ปวดในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(3), 488-498.
- สราวุธ กิตติเกษมสุข และศุภรัตน์ ชื่นประเสริฐ. (2566). ความร่วมมือในการใช้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากฟาวิพิรา เวียร์ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รุนแรงน้อยในระบบ Self-Isolation. *วารสารเภสัชกรรม โรงพยาบาล*, 33(2), 130-143.
- สุชาณวัชร สมสอน, ปาหนัน พิชยภิญโญ และสุนีย์ ละกำป็น. (2565). ผลของโปรแกรมแบบแผนการให้ข้อมูล การสร้าง แรงจูงใจและการพัฒนาทักษะร่วมกับการกำกับการรับประทานยาผ่านวิดีโอในผู้ป่วยโรคปอดกรวยใหม่ จังหวัด นนทบุรี. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 38(1), 241-253.
- สุวลักษณ์ สุนทรพจน์. (2564). ประสิทธิภาพของการส่งข้อความผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้าน ไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี [วิทยานิพนธ์ ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยศิลปากร. สืบค้นจาก <http://ithesisir.su.ac.th/dspace/bitstream/123456789/3924/1/60352306.pdf>.
- สุวิทย์ พรหมเสน, ธานีรินทร์ สุธีประเสริฐ, วัชรินทร์ โกมลมาลัย และสุวรรณี เนตรศรีทอง. (2564). ประสิทธิภาพของสื่อ อิเล็กทรอนิกส์ช่วยสอนเรื่องการปฐมพยาบาลสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนในเขตเทศบาล เมืองสุพรรณบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(1), 44-52.



เอกสารอ้างอิง

- อรุณวรรณ ต่อกอ. (2565). ผลของการบริบาทเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน โรงพยาบาลโกสุมพินคร จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร*, 3(2), 108-116.
- องค์การเภสัชกรรม. (2564). *ความร่วมมือเพื่อสร้างความสามารถในการพัฒนากระบวนการสังเคราะห์สารออกฤทธิ์ทางเภสัชกรรม (API: Active Pharmaceutical Ingredients) ของประเทศ: ยาด้านไวรัส “Favipiravir”*. สืบค้นจาก <https://www.gpo.or.th/view/381?lang=en>.
- องค์การอนามัยโลก. (2562). *โรคโควิด 19 คืออะไร*. สืบค้นจาก https://www.who.int/docs/default-source/searo/thailand/update-28-covid-19-what-we-know---june2020thai.pdf?sfvrsn=724d2ce3_0.
- Figen Ozturk Ergur, Murat Yildiz, Melahat Uzel Sener, Ayperi Ozturk. (2022) Adverse effects associated with favipiravir in patients with Covid-19 pneumonia: a retrospective study. *Paulo Medical Journal*, 140(3), 372-377.
- Dabbous, H. M., Abd-Elsalam, S., El-Sayed, M. H., Sherief, A. F., Ebeid, F. F. S., El Ghafar, M. S. A., et al. (2021). Efficacy of favipiravir in COVID-19 treatment: a multi-center randomized study. *Archives of Virology*, 166(3), 949–954. <https://doi.org/10.1007/s00705-021-04956-9>
- Abunahlah, N., Elawaisi, A., Velibeyoglu, F. M., & Sancar, M. (2018). Drug related problems identified by clinical pharmacist at the Internal Medicine Ward in Turkey. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 40(2), 360–367. <https://doi.org/10.1007/s11096-017-0585-5>
- Nielsen, T. R., Andersen, S. E., Rasmussen, M., & Honoré, P. H. (2013). Clinical pharmacist service in the acute ward. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 35(6), 1137-1151. <https://doi.org/10.1007/s11096-013-9837-1>
- Tehrani S., Yadegarynia D., Bagherzade A., Gachkar L., Keyvanfar A. (2022). Efficacy of Favipiravir in the Treatment of moderate COVID-19 patients: A randomized, open-label, controlled clinical trail. *Mediterranean Journal of Infection, Microbes and Antimicrobials*, 11(1), 11-30.



การพัฒนาโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของของนักศึกษาแผนกวิชาอาหาร และโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี

นิพนธ์ กุลนิตย์*
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

(วันที่รับบทความ: 13 พฤษภาคม 2567; วันที่แก้ไข: 26 มิถุนายน 2567; วันที่ตอบรับ: 29 มิถุนายน 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพต่อความรู้และทักษะของนักศึกษาแผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดด้านโภชนาการและการจัดการเรียนการสอนด้านโภชนาการของวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี จำนวน 20 คน และนักศึกษาแผนกวิชาอาหารและโภชนาการ จำนวน 100 คน วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ ทักษะความสามารถเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p \text{ value} < .05$

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ ทักษะความสามารถเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p \text{ value} < .05$ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะความสามารถเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้น วิทยาลัยควรนำโปรแกรมไปใช้ในการส่งเสริมการเรียนรู้ในนักศึกษาและควรจัดกิจกรรมให้กับนักศึกษาแผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรมอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดอาหาร, อาหารและโภชนาการ, อาหารเพื่อสุขภาพ, นักศึกษา

*ผู้รับผิดชอบบทความ: นิพนธ์ กุลนิตย์; niponkulnit09@gmail.com



The Development of a Program for Healthy Food Management in the Context of Students Department of Food and Nutrition, Faculty of Home Economics, Ubon Ratchathani Vocational College

Nipon Kulnit*

Regional Health Promotion Center 10 Ubon Ratchathani

(Received: 13 May 2024; Revised: 26 June 2024; Accepted: 29 June 2024)

Abstract

This participatory action research was to develop and study the effect of the program for healthy food management on knowledge and skills of students, Department of Food and Nutrition, Faculty of Home Economics, Ubon Ratchathani Vocational college. The purposive sampling was 20 people involved in nutrition management and nutrition teaching at Ubon Ratchathani Vocational college and 100 students in department of food and nutrition. The data were analyzed to compare the differences in average scores of knowledge, understanding of food and nutrition, skills and competencies related to food and nutrition, and food consumption behavior before and after participating in the program by the Paired t-test determined a statistically significant level of p value $< .05$.

The results showed that the mean scores of the participants in knowledge, understanding of food and nutrition, skills and competencies related to food and nutrition, and food consumption habits were statistically significant higher than before participating in the program ($p < .05$). It shows that the program develops knowledge and skills about food and nutrition and food consumption habits. The college should implement programs to promote learning among students and should organize activities for students in Department of Food and Nutrition, Faculty of Home Economics to learn and keep up with the current situation.

Keywords: food management program, food and nutrition, healthy food, students

***Corresponding author:** Nipon Kulnit; niponkulnit09@gmail.com



บทนำ

ภาวะโภชนาการเกิน (Overnutrition) กำลังเป็นปัญหาใหญ่ทั่วโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี 2021 พบว่ามีผู้คนประมาณ 1.9 พันล้านคนที่มีน้ำหนักเกิน และประมาณ 650 ล้านคนที่เป็นโรคอ้วน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญสำหรับโรคเบาหวานประเภท 2 โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง (World Health Organization, 2021) นอกจากนี้ การบริโภคอาหารที่มีแคลอรีสูงและการขาดการออกกำลังกายยังเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้ปัญหานี้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในหลายประเทศทั่วโลก (Centers for Disease Control and Prevention, 2021) ในประเทศไทย ภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนเป็นปัญหาที่กำลังขยายตัว กระทรวงสาธารณสุขรายงานว่า ประชากรไทยมีภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่ (กรมอนามัย, 2563) การบริโภคอาหารที่มีพลังงานสูง ไขมัน และน้ำตาลสูง ร่วมกับการขาดการออกกำลังกาย เป็นสาเหตุหลักของการเพิ่มขึ้นของภาวะนี้ ซึ่งนำไปสู่โรคเรื้อรังต่างๆ เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2562)

จังหวัดอุบลราชธานีพบปัญหาภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนในประชากรเพิ่มขึ้น ทั้งในกลุ่มเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง น้ำตาลสูง และเกลือสูง เป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลให้เกิดภาวะโภชนาการเกิน นอกจากนี้ วิถีชีวิตที่ไม่กระฉับกระเฉง การใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมที่ไม่ต้องเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น การดูโทรทัศน์ และการเล่นเกมคอมพิวเตอร์ ก็เป็นปัจจัยที่สำคัญเช่นกัน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2564) จากการดำเนินงานอนามัยเด็กวัยเรียนตั้งแต่ปี 2564-2565 พบว่า ปัญหาทุพโภชนาการและภาวะโภชนาการเกินยังคงเป็นปัญหาและมีแนวโน้มที่สูงขึ้น เด็กอายุ 6-14 ปี ควรมีน้ำหนักและส่วนสูงเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 62.0 มีภาวะโภชนาการเกิน ไม่เกินร้อยละ 10 ส่วนสูงหรือน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ไม่เกินร้อยละ 5.0 (ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี, 2565) แต่พบว่า เด็กวัยเรียนมีน้ำหนักและส่วนสูงเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน เพียงร้อยละ 52.35 และ 53.42 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอาหารมีบทบาทสำคัญต่อภาวะโภชนาการของทุกๆ วัย ปัจจุบันโรงเรียนมีการใช้โปรแกรม Thai School Lunch ซึ่งเป็นระบบที่ช่วยให้โรงเรียนสามารถจัดอาหารกลางวันที่มีคุณภาพ โปรแกรมสามารถคำนวณคุณค่าสารอาหารจากสารที่จัดขึ้น และคำนวณปริมาณของวัตถุดิบในการจัดซื้อแต่ละครั้ง ทั้งยังสามารถประมาณการค่าใช้จ่ายและวัตถุดิบล่วงหน้าได้ (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2564) เพื่อให้เด็กได้รับสารอาหารที่ครบถ้วน เพียงพอเหมาะสมตามวัย ผู้ปรุงอาหารหรือผู้จัดอาหารในหน่วยงานต่างๆ หรือในสถานศึกษาต่างๆ จึงมีความจำเป็นและมีความสำคัญมาก เนื่องจากเป็นผู้กำหนดอาหารแต่ละมื้อสำหรับนักเรียน หรือผู้ที่อยู่ในหน่วยงาน จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา แผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี โดยมุ่งเน้นในการพัฒนานักศึกษาแผนกวิชาอาหารและโภชนาการฯ ให้สามารถออกแบบเมนูและการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษาแผนกอาหารและโภชนาการฯ สามารถเข้าถึง เข้าใจข้อมูลด้านโภชนาการ สามารถบอกต่อ เผยแพร่ ความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการให้กับบุคคลอื่นได้ ผ่านกระบวนการพัฒนาโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษาฯ จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามวงจรของ Kemmis &



McTaggart (1998) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นการวางแผน (Planning) ขั้นการปฏิบัติ (Action) ขั้นการสังเกตการณ์ (Observation) และขั้นการสะท้อนกลับ (Reflection) PAOR มาใช้ในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมและมีความรู้สึกเป็นเจ้าของในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เช่น ขั้นการวางแผน (Planning) ร่วมมือกับชุมชนในการวิเคราะห์ปัญหาด้านโภชนาการและกำหนดเป้าหมายในการปรับปรุงสุขภาพผ่านการจัดอาหารเพื่อสุขภาพ การสำรวจความคิดเห็นและความต้องการของชุมชนเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ (Minkler & Wallerstein, 2008) ขั้นการดำเนินการ (Action) การจัดกิจกรรมการฝึกอบรมเกี่ยวกับการเตรียมอาหารเพื่อสุขภาพ การส่งเสริมการปลูกผักและผลไม้ในชุมชนเพื่อให้สามารถเข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพสูงได้ง่ายขึ้น (Israel et al, 2005) ขั้นการสังเกต (Observation) การติดตามและประเมินผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของชุมชน การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและภาวะโภชนาการของสมาชิกในชุมชน (Reason & Bradbury, 2008) และขั้นการสะท้อนผล (Reflection) การทบทวนผลการดำเนินงานร่วมกับชุมชนเพื่อระบุปัญหาและความสำเร็จ การปรับปรุงแผนการดำเนินงาน และกำหนดแนวทางการพัฒนาต่อไป (Kemmis & McTaggart, 1998)

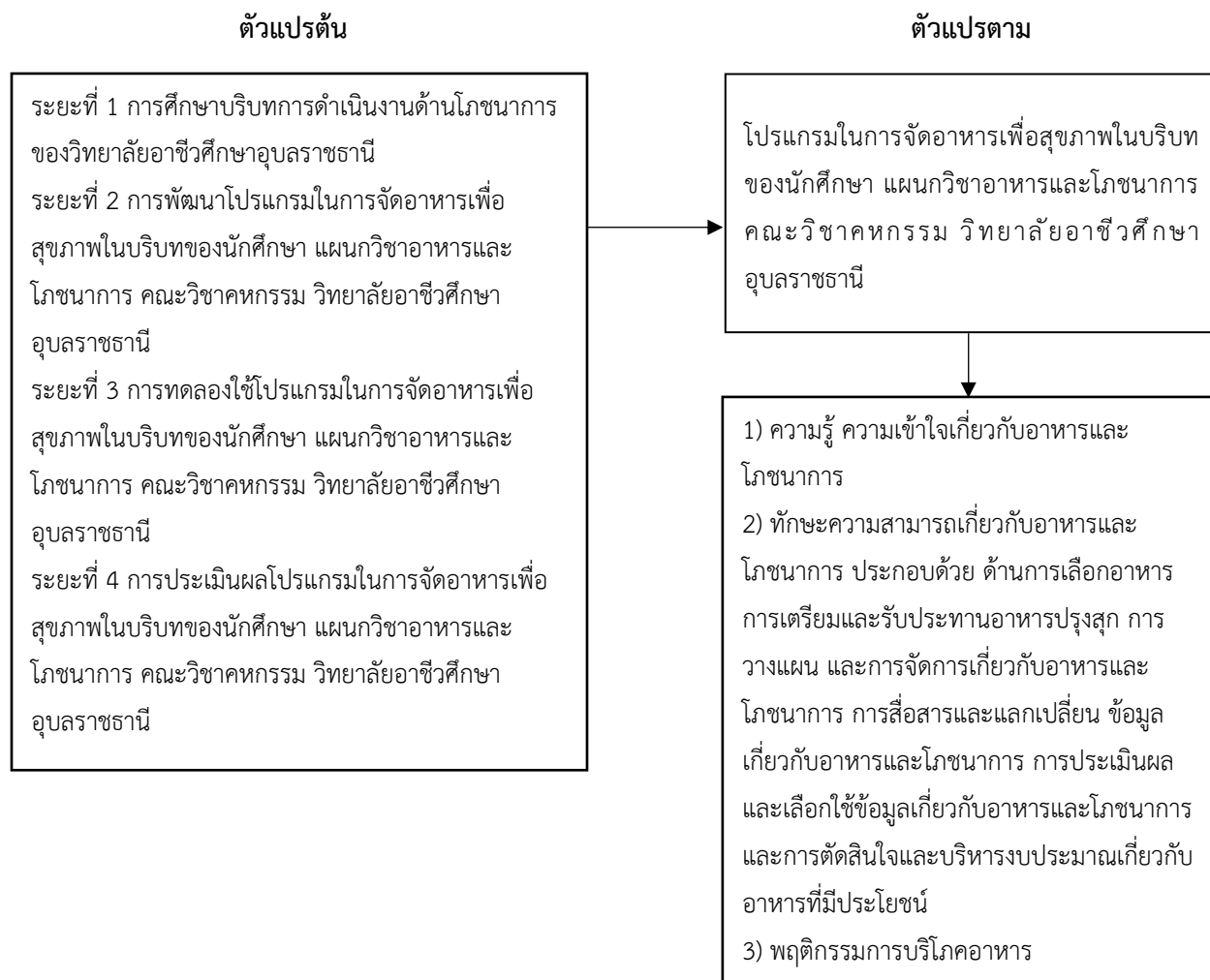
จะเห็นได้ว่า การใช้ทฤษฎี PAOR ช่วยให้กระบวนการจัดอาหารเพื่อสุขภาพมีความเป็นส่วนร่วมของชุมชน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนและมีประสิทธิภาพสูงขึ้น โดยการนำเสนอแนวทางที่ตอบสนองต่อความต้องการและปัญหาจริงของชุมชน ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามวงจร PAOR (Kemmis & McTaggart, 1998) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นการวางแผน (Planning) ขั้นการปฏิบัติ (Action) ขั้นการสังเกตการณ์ (Observation) และขั้นการสะท้อนกลับ (Reflection) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของของนักศึกษาแผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี ซึ่งในอนาคตนักศึกษาจะมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนและช่วยลดปัญหาภาวะโภชนาการเกินในทุกระดับได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อการพัฒนาโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา แผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ ทักษะความสามารถเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา แผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี



กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยการประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามวงจรของ Kemmis and McTaggart (1998) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง ธันวาคม 2566 ถึง เมษายน 2567



ประชากร คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดด้านโภชนาการและการจัดการเรียนการสอนด้านโภชนาการของวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี ประกอบด้วย ผู้บริหารสถานศึกษา อาจารย์ผู้สอน อาจารย์ผู้รับผิดชอบงานโภชนาการ กรรมการสถานศึกษา นักศึกษาแผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม ปีการศึกษา 2566 จำนวน 278 คน (สำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียน วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี, 2566) แม่ครัว/ผู้ประกอบการ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบกรรมการสถานศึกษา จำนวน 21 คน รวมทั้งสิ้น 299 คน

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย

1. ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดด้านโภชนาการและการจัดการเรียนการสอนด้านโภชนาการของวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วย ผู้บริหารสถานศึกษา จำนวน 2 คน อาจารย์ผู้สอน จำนวน 4 คน อาจารย์ผู้รับผิดชอบงานโภชนาการ จำนวน 2 คน กรรมการสถานศึกษา จำนวน 1 คน ตัวแทนนักศึกษาแผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม จำนวน 6 คน แม่ครัว/ผู้ประกอบการ จำนวน 3 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบกรรมการสถานศึกษา จำนวน 2 คน จำนวน 20 คน

เกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดด้านโภชนาการและการจัดการเรียนการสอนด้านโภชนาการของวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี และปฏิบัติงานในตำแหน่งหน้าที่มาแล้ว 6 เดือนขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาของโครงการ

2. นักศึกษาแผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี ที่กำลังศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ภาคเรียนที่ 2/2566 คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 100 คน

เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) เป็นนักศึกษาแผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี ที่กำลังศึกษาในหลักสูตร ปวส. ภาคเรียนที่ 2/2566 ที่ไม่ลาพักการศึกษาระหว่างภาคเรียน 2) ไม่มีโรคประจำตัว

เกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาของโครงการ หรือลาพักการศึกษา

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 คือ เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษาแผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี และส่วนที่ 2 คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมฯ ตามวงจรของ Kemmis and McTaggart (1998) ประกอบด้วย

1) แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group) ในขั้นตอนการวางแผน (Planning) เพื่อเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนในการดำเนินการพัฒนาโปรแกรมฯ



2) กระบวนการการพัฒนาโปรแกรมฯ เป็นขั้นตอนการปฏิบัติการ (Action) เพื่อให้รับทราบบริบทการดำเนินงานด้านโภชนาการของวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี และร่วมกันร่างโปรแกรมฯ เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาฯ

3) โปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษาแผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี ระยะเวลาดำเนินการทดลอง 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ 1

(1) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และกิจกรรมการวิจัย โดยผู้วิจัยประเมินความรู้ความเข้าใจ ทักษะความสามารถเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

(2) กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพที่ดี การวางแผน การปฏิบัติให้ความรู้ ความเข้าใจประกอบสื่อวีดิทัศน์ ภาพพลิกเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ ทักษะความสามารถเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารแก่นักศึกษา

(3) กิจกรรม Focus group ในนักศึกษาเพื่อสร้างความตระหนักในความสำคัญในบทบาทของนักศึกษาให้มีทักษะ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและสามารถจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษาได้อย่างถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 2-12

(4) กิจกรรมการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษาแต่ละคน โดยให้อิสระนักศึกษาในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพโดยประยุกต์ใช้โปรแกรมคำนวณอาหารของกรมอนามัย (2565)

สัปดาห์ที่ 2 4 6 8 10 และ 12

(5) กิจกรรมติดตาม หนุนเสริม เดือนละ 2 ครั้ง โดยการนัดพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อติดตามและให้ความรู้ความเข้าใจ และสอบถามปัญหา การจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงการให้คำชมเชยเมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตนได้เหมาะสม ให้คำแนะนำ และกำลังใจในการปฏิบัติการจัดอาหารเพื่อสุขภาพที่เหมาะสม

สัปดาห์ที่ 1-12

(6) ผู้วิจัยมีการติดตามโดยมีการตั้งกลุ่มไลน์ เป็นขั้นตอนการสังเกต (Observation) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เพื่อเป็นช่องทางให้ความรู้การจัดอาหารเพื่อสุขภาพและสอบถามปัญหาเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้พูดคุยถึงปัญหา และแนวทางการให้ข้อมูลระหว่างกลุ่มตัวอย่าง กำหนดเป้าหมายที่เหมาะสมของแต่ละคนและพฤติกรรมบริโภคอาหารในโปรแกรมคำนวณอาหารของกรมอนามัย (2565)

สัปดาห์ที่ 12

(7) การประเมินผลการดำเนินงานโปรแกรมฯ โดยผู้วิจัยประเมินความรู้ความเข้าใจ ทักษะความสามารถเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไปแล้ว 12 สัปดาห์

4) ขั้นตอนการสะท้อนกลับข้อมูล (Reflect) เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการประเมินผลโปรแกรมฯ และนำผลที่ได้สะท้อนกลับข้อมูลแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องและกลุ่มตัวอย่าง โดยการทำกิจกรรม focus group



ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group) และการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ และแบบสอบถามทักษะความสามารถเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ

2.1 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group) ในการพัฒนาโปรแกรมฯ ในกิจกรรมศึกษาบริบทการศึกษาบริบทการดำเนินงานด้านโภชนาการของวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี กระบวนการพัฒนาโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา และกระบวนการสะท้อนกลับข้อมูล

2.2 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ รายได้ต่อเดือน เส้นรอบเอว น้ำหนักส่วนสูง ดัชนีมวลกายเฉลี่ย

ตอนที่ 2.2 แบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามให้เลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่ โดย ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน รวมเป็น 20 คะแนน แปลผลคะแนนโดยแบ่งตามอันตรภาคชั้นที่กำหนด แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ (0-6.66) ปานกลาง (6.67-13.32) และ สูง (13.33-20.00) (Bloom, 1971)

ตอนที่ 2.3 แบบสอบถามทักษะความสามารถเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ จำนวน 53 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ดังนี้ มีทักษะความสามารถในระดับสูง ระดับปานกลาง มีความสามารถในระดับต่ำ โดยคำถามเชิงบวก มีระดับคะแนนเป็น 3 2 1 และคำถามเชิงลบ 1 2 3 ตามลำดับ แบ่งคำถามเป็น 6 ด้าน ดังนี้

ด้านที่ 2.3.1 การเลือกอาหาร จำนวน 7 ข้อ แปลผลคะแนนโดยแบ่งตามอันตรภาคชั้นที่กำหนด แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ (คะแนน 7.00-11.66) ปานกลาง (คะแนน 11.67-16.32) และสูง (คะแนน 16.32-21.00) (Best & Kahn, 1997)

ด้านที่ 2.3.2 การเตรียมและรับประทานอาหารปรั่งสุก จำนวน 14 ข้อ แปลผลคะแนนโดยแบ่งตามอันตรภาคชั้นที่กำหนด แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ (คะแนน 14.00-23.33) ปานกลาง (คะแนน 23.34-32.66) และ สูง (คะแนน 32.67-42.00) (Best & Kahn, 1997)

ด้านที่ 2.3.3 การวางแผน และการจัดการเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ จำนวน 8 ข้อ แปลผลคะแนนโดยแบ่งตามอันตรภาคชั้นที่กำหนด แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ (คะแนน 8.00-13.33) ปานกลาง (คะแนน 13.34-18.066) และ สูง (คะแนน 18.67-24.00) (Best & Kahn, 1997)

ด้านที่ 2.3.4 การสื่อสาร และแลกเปลี่ยน ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ จำนวน 12 ข้อ แปลผลคะแนนโดยแบ่งตามอันตรภาคชั้นที่กำหนด แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ (คะแนน 8.00-13.33) ปานกลาง (คะแนน 13.34-18.066) และ สูง (คะแนน 18.67-24.00) (Best & Kahn, 1997)



ด้านที่ 2.3.5 การประเมินผลและเลือกใช้ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ จำนวน 7 ข้อ แผลผลคะแนนโดยแบ่งตามอันตรายภาคขั้นที่กำหนด แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ (คะแนน 7.00-11.66) ปานกลาง (คะแนน 11.67-16.32) และ สูง (คะแนน 16.32-21.00) (Best & Kahn, 1997)

ด้านที่ 2.3.6 การตัดสินใจและบริหารงบประมาณเกี่ยวกับอาหารที่มีประโยชน์ จำนวน 5 ข้อ แผลผลคะแนนโดยแบ่งตามอันตรายภาคขั้นที่กำหนด แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ (คะแนน 5.00-8.33) ปานกลาง (คะแนน 8.34-11.66) และ สูง (คะแนน 11.67-15.00) (Best & Kahn, 1997)

ตอนที่ 2.4 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำนวน 15 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติ โดยคำถามเชิงบวก มีระดับคะแนนเป็น 4 3 2 1 และคำถามเชิงลบ 1 2 3 4 ตามลำดับ แผลผลคะแนนโดยแบ่งตามอันตรายภาคขั้นที่กำหนด แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ (คะแนน 15.00-30.00) ปานกลาง (คะแนน 30.01-45.00) และ สูง (คะแนน 45.01-60.00) (Best & Kahn, 1997)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความถูกต้อง ความชัดเจน และครอบคลุม แล้วนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 3 ท่าน โดยเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านอาหารและโภชนาการ จำนวน 1 ท่าน ด้านการพัฒนาโปรแกรมอาหารเพื่อสุขภาพ จำนวน 1 ท่าน และด้านส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและความถูกต้องเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างรวมถึงภาษาที่ใช้ จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งตามคำแนะนำ ผู้วิจัยนำผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญประเมินความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้เชี่ยวชาญ เท่ากับ 0.88

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ในส่วนของ แบบสอบถามทักษะความสามารถเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการและแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับ นักศึกษาวิทยาศาสตร์การอาหารและโภชนาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach ของแบบสอบถามได้เท่ากับ 0.86 และในส่วนของแบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ ได้ประเมินความยากง่ายของคำถาม (Difficulty) โดยได้ค่าความยากง่ายของคำถาม เท่ากับ 0.65

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ขั้นเตรียมการ

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทการดำเนินงานด้านโภชนาการของวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี (ธันวาคม 2566)



ขั้นตอนการวางแผน (Plan) ดำเนินการศึกษาริบทการดำเนินงานด้านโภชนาการของวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี โดย 1) การทบทวนวรรณกรรม แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพ 2) การพิจารณาจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 3) การทำ Focus group ในผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดด้านโภชนาการและการจัดการเรียนการสอนด้านโภชนาการของวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนในการดำเนินการพัฒนาโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา แผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยดำเนินการทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้อำนวยการวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับการอนุญาต ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อประสานงานกับหัวหน้านักศึกษาแผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานีที่กำลังศึกษาในหลักสูตร ปวส. เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย

1.2 ผู้วิจัยแนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์กระบวนการในการวิจัยครั้งนี้ให้แก่กลุ่มตัวอย่างระยะเวลาในการเก็บข้อมูล เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย และการตอบคำถามโดยไม่ปิดบังข้อเท็จจริง

1.3 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกับนักศึกษาโดยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง

1.4 ดำเนินการสัมภาษณ์ ทำ Focus group ในผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดด้านโภชนาการและการจัดการเรียนการสอนด้านโภชนาการของวิทยาลัย

2) ขั้นตอนการ

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา แผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี (ธันวาคม 2566)

ขั้นตอนการปฏิบัติการ (Action) ดำเนินการโดยการประชุมแบบมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่าย เพื่อให้รับทราบบริบทการดำเนินงานด้านโภชนาการของวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานีจากระยะที่ 1 และดำเนินการร่วมกันพัฒนาโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา แผนกวิชาอาหารและโภชนาการ ผ่านการอภิปรายและการทำ Focus group และร่วมกันร่างโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา แผนกวิชาอาหารและโภชนาการ เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาหลักสูตร ปวส. แผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม จำนวน 100 คน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 3 การทดลองใช้โปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา แผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี (มกราคม ถึง มีนาคม 2567)

ขั้นตอนการติดตามผล (Observe) การทดลองใช้โปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพ ในนักศึกษาหลักสูตร ปวส. แผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี จำนวน 100 คน ที่



เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยในระหว่างทดลองผู้วิจัยได้เข้าไปติดตามกิจกรรมต่างๆ ที่ได้วางแผนร่วมกันกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยกิจกรรมติดตาม หนุนเสริมตามแผนกิจกรรม เดือนละ 2 ครั้ง โดยมีการอภิปรายร่วมกัน

ระยะที่ 4 การประเมินผลโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา แผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี (เมษายน 2567)

ขั้นตอนการสะท้อนกลับข้อมูล (Reflect) เมื่อสิ้นสุดการทดลองใช้ ผู้วิจัยดำเนินการประเมินผลโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา และนำผลที่ได้สะท้อนกลับข้อมูลแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องและกลุ่มตัวอย่าง โดยการทำกิจกรรม focus group

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ ทักษะความสามารถเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ ทักษะความสามารถเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ ประกอบด้วย ด้านการเลือกอาหาร การเตรียมและรับประทานอาหารปรุงสุก การวางแผน และการจัดการเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ การสื่อสารและแลกเปลี่ยน ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ การประเมินผลและเลือกใช้ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ และการตัดสินใจและบริหารงบประมาณเกี่ยวกับอาหารที่มีประโยชน์ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภายในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p value $< .05$

3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพผ่านการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ได้แก่ การจำแนกประเภทข้อมูล เชื่อมโยงความสัมพันธ์และสร้างบทสรุปเพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาโปรแกรมฯ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้ดำเนินการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.2566-154 ผู้วันที่รับรอง 7 ธันวาคม 2566 โดยการวิจัยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลาไม่จำเป็นต้องให้เหตุผล และไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 บริบทการดำเนินงานด้านโภชนาการของวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี

ผลการศึกษบริบทการดำเนินงานด้านโภชนาการของวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี พบว่า 1) วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี มีการเปิดการเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) แผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม โดยมุ่งเน้นพัฒนาบัณฑิตให้มีความรู้ ความสามารถและทักษะด้านอาหารและโภชนาการ 2) ในหลักสูตร



ประกอบด้วย รายวิชาที่เกี่ยวกับอาหาร การปรุงและประกอบอาหาร 3) โดยนักศึกษาซึ่งจะเป็นผู้ประกอบอาหารหรือบุคลากรในหน่วยโภชนาการในหน่วยงานต่างๆ จึงจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะเกี่ยวกับอาหารประกอบอาหารตามตำรับ และพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหารตามกระบวนการและตามหลักโภชนาการ สามารถเข้าถึง เข้าใจข้อมูลด้านโภชนาการ สามารถบอกต่อ เผยแพร่ ความรอบรู้ด้านโภชนาการให้กับบุคคลอื่นได้

ผลจากกระบวนการสนทนากลุ่มกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดด้านโภชนาการและการจัดการเรียนการสอนด้านโภชนาการของวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี พบว่า 1) ในหลักสูตรจัดให้มีการเรียนการสอนที่ให้นักศึกษาเน้นการปฏิบัติจริง 2) มีการออกให้ความรู้ผู้ประกอบการร้านอาหารในวิทยาลัย และบริเวณรอบๆ มหาวิทยาลัย 3) อีกทั้งยังให้นักศึกษามีส่วนในการออกแบบเมนูอาหารเพื่อสุขภาพเพื่อเป็นสื่อในการเรียนการสอน

ส่วนที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา แผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี

2.1 ผลการพัฒนาโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา ผ่านการอภิปรายและการทำ Focus group มีดังนี้

1) การกำหนดแนวทางในการดำเนินงาน โดยการทำงานร่วมกันของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในด้านโภชนาการและการจัดการเรียนการสอนด้านโภชนาการของวิทยาลัย ตามบทบาท หน้าที่และภารกิจของแต่ละหน่วยงาน

2) การกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ คือ วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี มีโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา โดยเกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

3) การสร้างความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักในความสำคัญในบทบาทของนักศึกษา ให้มีทักษะและสามารถจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา ได้อย่างถูกต้อง

3) พัฒนาโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา เพื่อให้ นักศึกษามีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ ทักษะความสามารถเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ และพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ดีขึ้น

4) นำผลที่ได้จากการวางแผนพัฒนาโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา แผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี มาร่างรูปแบบปฏิบัติการ

2.2 ผลการร่างโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

1) ประชุมวางแผน การดำเนินงานตามตามบทบาท หน้าที่และภารกิจของแต่ละหน่วยงาน

2) กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ คือ วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี มีโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา แผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี

3) กิจกรรม Focus group ในผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักในความสำคัญในบทบาทของนักศึกษา ให้มีทักษะและสามารถจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา ได้อย่างถูกต้อง



4) กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพที่ดี การวางแผน การปฏิบัติให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ ทักษะความสามารถเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารแก่นักศึกษา

5) กิจกรรมการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษาแต่ละคน โดยประยุกต์ใช้โปรแกรมคำนวณอาหารของกรมอนามัย (2565)

6) กิจกรรมที่สนับสนุนให้มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม โดยประยุกต์ใช้โปรแกรมคำนวณอาหารของกรมอนามัย (2565) และกิจกรรมติดตาม หนุนเสริม เดือนละ 2 ครั้ง

7) การประเมินผลการดำเนินงานโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา

ส่วนที่ 3 การทดลองใช้โปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา แผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี

ผลการทดลองใช้โปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา แผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม พบว่า นักศึกษาให้ความร่วมมือในการร่วมโปรแกรมฯ และมีการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษาแต่ละคน ร้อยละ 100 ส่วนผลการทดลองใช้โปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ ด้านทักษะความสามารถเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ และด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนได้รับกิจกรรม ดังตารางที่ 2

ส่วนที่ 4 การประเมินผลโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา แผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี

4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.0 รายได้ต่อเดือน 3,001-6,000 บาท ร้อยละ 59.0 เส้นรอบเอวอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 68.0 ดัชนีมวลกาย 18.5-22.9 kg/m² ร้อยละ 29.0 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของนักศึกษา แผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=100)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	23	23.0
หญิง	77	77.0
ค่าใช้จ่ายต่อเดือน (บาท/เดือน)		
<3,000	23	23.0
3,001-6,000	59	59.0
6,001 ขึ้นไป	18	18.0



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของนักศึกษา แผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษา อุบลราชธานี จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เส้นรอบเอว (เซนติเมตร)		
อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน (ชาย ≤ 90 , หญิง ≤ 80)	68	68.0
สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (ชาย > 90 , หญิง > 80)	32	32.0
ดัชนีมวลกาย (kg/m^2)		
< 18.5	15	15.0
18.5-22.9	29	29.0
23.0-24.9	23	23.0
25.0-29.9	22	22.0
30.0 ขึ้นไป	11	11.0

4.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ ทักษะความสามารถเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ ด้านทักษะความสามารถเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ และด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนได้รับกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p \text{ value} < .05$ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ ทักษะความสามารถเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

การเปรียบเทียบ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	df	t	p value
1. ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	6.87	2.17	ปานกลาง	7.87	6.641	.008*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	14.74	2.28	สูง			
2. ทักษะความสามารถเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ						
2.1 ด้านการเลือกอาหาร						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	10.55	3.65	ต่ำ	4.87	5.498	.005*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	15.42	4.35	ปานกลาง			



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ ทักษะความสามารถเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (ต่อ)

การเปรียบเทียบ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	df	t	p value
2.2 ด้านการเตรียมและรับประทานอาหารปรุงสุก						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	18.44	4.79	ต่ำ	12.45	14.761	.003*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	30.89	5.75	ปานกลาง			
2.3 ด้านการวางแผนและการจัดการเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	12.45	3.95	ต่ำ	4.36	8.311	.034*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	16.81	3.42	ปานกลาง			
2.4 ด้านการสื่อสาร และแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	15.44	4.79	ปานกลาง	5.45	10.761	.007*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	20.89	6.75	สูง			
2.5 ด้านการประเมินผลและเลือกใช้ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	12.45	4.95	ปานกลาง	4.36	10.311	.001*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	18.81	4.42	สูง			
2.6 ด้านการตัดสินใจและบริหารงบประมาณเกี่ยวกับอาหารที่มีประโยชน์						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	7.44	2.79	ต่ำ	5.45	7.761	.003*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	12.89	2.75	สูง			
3. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	28.45	9.95	ต่ำ	15.36	14.311	.047*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	43.81	10.42	ปานกลาง			

*p value<.05

4.3 ผลการ Focus group

ขั้นตอนการสะท้อนกลับข้อมูล (Reflect) เมื่อสิ้นสุดการทดลองใช้ ผู้วิจัยดำเนินการประเมินผลโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพ และนำผลที่ได้สะท้อนกลับข้อมูลแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องและกลุ่มตัวอย่าง โดยการทำกิจกรรม focus group พบว่า จากให้ข้อมูลรายบุคคล พบว่า โดยบางคนบอกว่าถึง แม้การควบคุมน้ำหนักเป็นเรื่องที่ทำได้ยากมาก แต่ตนเองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารไปในทางที่ดีขึ้นจากแต่ก่อน แต่บางครั้งในช่วงที่อยู่บ้านในวันหยุด



นักศึกษาบางคนไม่สามารถเลือกชนิดของอาหารได้ ทำให้ควบคุมน้ำหนักได้ลำบาก อีกทั้งในการมาเรียนวันจันทร์ถึงวันศุกร์นักศึกษาจะรู้สึกเหนื่อยและหิวมากกว่าปกติ ทำให้รับประทานอาหารมากเกินไป โดยเฉพาะน้ำหวาน และการเจอกลุ่มเพื่อนก็จะทำให้มีการจับกลุ่มรับประทานอาหารนอกเหนือจากอาหารมื้อหลักร่วมกัน ทั้งนี้การมีส่วนร่วมในการออกแบบเมนูอาหารเพื่อสุขภาพเป็นการส่งเสริมให้ที่เกี่ยวข้องและกลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรมร่วมกัน และทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาใช้ความรู้ด้านโภชนาการในการพัฒนาเมนูอาหารที่เหมาะสมและมีประโยชน์ต่อสุขภาพ ซึ่งการออกแบบเมนูสุขภาพนี้สามารถใช้เป็นสื่อการเรียนการสอนที่ช่วยเสริมสร้างความเข้าใจในหลักการโภชนาการและการปรุงอาหารให้นักศึกษาให้เข้าใจและนำไปใช้ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม จะเห็นได้ว่าผลการพัฒนาโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา แผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี ทำให้นักศึกษาสาขาอาหารและโภชนาการเข้าใจถึงบทบาทในการจัดเมนูอาหารเพื่อสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ นักศึกษาจะได้เรียนรู้เกี่ยวกับการวางแผนและการปรับปรุงเมนูอาหารให้มีความสมดุลทางโภชนาการ สามารถให้คำแนะนำและเผยแพร่ความรู้ด้านโภชนาการแก่ชุมชนได้ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการออกให้ความรู้และการออกแบบเมนูอาหารเพื่อสุขภาพช่วยเสริมสร้างทักษะการสื่อสารและการทำงานร่วมกับผู้อื่น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการประกอบอาชีพในอนาคต

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาบริบทการดำเนินงานด้านโภชนาการของวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี แสดงให้เห็นถึงการดำเนินงานด้านโภชนาการของวิทยาลัย มีการมุ่งเน้นพัฒนาความรู้ ความสามารถ และทักษะด้านอาหารและโภชนาการของนักศึกษา โดยการเปิดสอนหลักสูตรระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง คณะวิชาคหกรรม เน้นการให้ความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการปรุงและประกอบอาหาร รวมถึงการพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหารตามหลักโภชนาการ นักศึกษาได้รับการฝึกฝนให้มีความรอบรู้และสามารถเผยแพร่ความรู้ด้านโภชนาการให้กับบุคคลอื่นได้ โดยเน้นการปฏิบัติจริงและการออกให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการร้านอาหารในวิทยาลัยและบริเวณรอบๆ มหาวิทยาลัย ซึ่งการเน้นการปฏิบัติจริงในการเรียนการสอนเป็นสิ่งสำคัญในหลักสูตร นักศึกษาได้รับการฝึกฝนทักษะการประกอบอาหารและการพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหารผ่านการเรียนรู้จากการลงมือทำจริง ซึ่งช่วยให้พวกเขาสามารถนำความรู้ไปใช้ในการประกอบอาชีพในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ การออกให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการร้านอาหารในวิทยาลัยและบริเวณรอบๆ มหาวิทยาลัยเป็นกิจกรรมที่เสริมสร้างทักษะการสื่อสารและการทำงานร่วมกับชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning) (Kolb, 2014) นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมในการออกแบบเมนูอาหารเพื่อสุขภาพเป็นการส่งเสริมให้นักศึกษาได้ใช้ความรู้ด้านโภชนาการในการพัฒนาเมนูอาหารที่เหมาะสมและมีประโยชน์ต่อสุขภาพ การออกแบบเมนูเหล่านี้ยังสามารถใช้作为สื่อการเรียนการสอนที่ช่วยเสริมสร้างความเข้าใจในหลักการโภชนาการและการปรุงอาหารอย่างถูกต้อง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Contento (2016) ซึ่งเห็นว่าการให้ความรู้ด้านโภชนาการและการฝึกทักษะการปรุงอาหารในชุมชนสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ดีขึ้น การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการเน้นการปฏิบัติจริงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความรู้และทักษะด้านโภชนาการ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพของชุมชน



ในระยะยาว งานวิจัยนี้ยังสนับสนุนแนวทางการดำเนินงานของวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานีที่มุ่งเน้นการฝึกทักษะและการให้ความรู้ด้านโภชนาการแก่ผู้ประกอบการร้านอาหารและชุมชนรอบๆ มหาวิทยาลัย

การพัฒนาโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา แผนกวิชาอาหารและโภชนาการ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง ทำให้ได้โปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษาแสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จของโปรแกรม โดยโปรแกรมนี้ประกอบด้วยหลายองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ การประชุมวางแผน การดำเนินงานตามบทบาท หน้าที่และภารกิจของแต่ละหน่วยงาน การกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ การสร้างการรับรู้และความตระหนัก การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การวางแผน การปฏิบัติ และความเข้าใจในบทบาทของนักศึกษาแผนกวิชาอาหารและโภชนาการ ซึ่งการประชุมวางแผนร่วมกันระหว่างนักศึกษา คณาจารย์ และผู้ที่เกี่ยวข้องช่วยให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางและบทบาทของตนในการดำเนินงาน จะเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนตั้งแต่การวางแผนจนถึงการดำเนินงานและการประเมินผล ทำให้โปรแกรมมีความยั่งยืนและสามารถปรับปรุงได้ตามความต้องการของผู้ใช้ (Israel et al, 2005) การกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยในการวัดผลและประเมินความก้าวหน้าของโปรแกรม ตัวชี้วัดที่ถูกกำหนดไว้ช่วยให้สามารถประเมินได้ว่าโปรแกรมประสบความสำเร็จหรือไม่และมีปัญหาในจุดใดที่ต้องปรับปรุง (Minkler & Wallerstein, 2008) การสร้างการรับรู้และความตระหนักใน重要性ของอาหารและโภชนาการช่วยให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารและโภชนาการเป็นพื้นฐานสำคัญในการสร้างพฤติกรรมการบริโภคที่ดี (Contento, 2016) กิจกรรมและการประยุกต์ใช้โปรแกรมคำนวณอาหารของกรมอนามัย (2565) การจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารและโภชนาการและทักษะในการประกอบอาหารเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดี การประยุกต์ใช้โปรแกรมคำนวณอาหารของกรมอนามัยช่วยให้นักศึกษาเข้าใจและสามารถคำนวณปริมาณอาหารที่เหมาะสมได้ และการติดตามและหนุนเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมเดือนละ 2 ครั้ง และการประเมินผลการดำเนินงานโปรแกรมฯ เป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้สามารถปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่อง การติดตามอย่างสม่ำเสมอช่วยในการระบุปัญหาและการแก้ไขอย่างทันที่ (Reason & Bradbury, 2008) จะเห็นได้ว่า กิจกรรมการพัฒนาโปรแกรมฯ สอดคล้องสอดคล้องกับงานวิจัยที่ของ Minkler & Wallerstein (2008) เน้นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาและดำเนินโครงการด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายทำให้โปรแกรมมีความยั่งยืนและสามารถปรับปรุงได้ตามความต้องการของชุมชน งานวิจัยนี้สนับสนุนแนวทางการดำเนินงานของวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานีที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของนักศึกษาและผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาโปรแกรมจัดอาหารเพื่อสุขภาพ

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ ทักษะความสามารถเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษา หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p \text{ value} < .05$ ซึ่งเป็นผลมาจากนักศึกษาได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ซึ่งในโปรแกรมมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี การวางแผน การปฏิบัติ และการพัฒนาและปรับปรุงโปรแกรมร่วมกัน ช่วงการสร้างสัมพันธภาพที่ดีทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจและให้การยอมรับและให้ความ



ร่วมมือในการกิจกรรมการวิจัยเป็นอย่างดีตั้งแต่ขั้นตอนแรก ในการศึกษาบริบทของวิทยาลัย การวางแผน การลงมือปฏิบัติ และขั้นตอน จากการติดตาม หนุนเสริมในพื้นที่ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม ร่วมกับการประชุมกลุ่ม เพื่อประเมินพฤติกรรม การบริโภคอาหาร ทำให้เข้าใจปัญหา อุปสรรคของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละราย ทำให้ได้แนวทางในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมที่เหมาะสมกับปัญหาของแต่ละบุคคล จึงทำให้ในขั้นตอนการปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างจึงมีความเข้าใจ และตระหนัก รู้ด้วยตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยของ ผลิตา หนูดล และคณะ (2560) ทำการวิจัยผลของโปรแกรมการเตือนตนเองด้านการบริโภคอาหารโดยใช้อินเตอร์เน็ตต่อพฤติกรรมการ บริโภคอาหารและน้ำหนักตัวในวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกิน พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนน เฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p value <.05 โดยกลุ่ม ตัวอย่างจะเป็นผู้กำหนดเป้าหมายด้วยตัวเองซึ่งจะทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโภชนาการเกินรู้สึกพึงพอใจและยอมรับ เงื่อนไขของเป้าหมายได้ เพราะเป็นผู้กำหนดเป้าหมายนั่นเอง (Burke et al, 2009) ซึ่งทำให้เกิดการรับรู้ปัญหา สาเหตุ และวิธีการแก้ไขภาวะโภชนาการเกินของตนเองได้ จากการประเมินภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของ ตนเองทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมซึ่งการประเมินตนเองเป็นการเปรียบเทียบพฤติกรรมของตนเองกับเกณฑ์ที่ได้ วางไว้ ซึ่งจะนำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนหรือคงพฤติกรรมนั้นไว้ให้เกิดความเหมาะสมตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด ตอนนี้มี การติดตาม หนุนเสริมเพื่อสังเกตการณ์ และให้ข้อมูลย้อนกลับทั้งทางตรงและผ่านไลน์ และการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เพื่อให้ได้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพที่ดีและการวางแผน เป็น การมีส่วนร่วมและการวางแผนร่วมกันระหว่างนักศึกษาและผู้ที่เกี่ยวข้องช่วยในการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ทำให้กลุ่ม ตัวอย่างมีความเข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่ต้องการในโปรแกรม การมีส่วนร่วมและการวางแผนร่วมกันยังเป็น ปัจจัยสำคัญในการปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (Israel et al, 2005) การกำหนดและการ ปฏิบัติตามขั้นตอนในโปรแกรมช่วยให้นักศึกษาและผู้ที่เกี่ยวข้องมีความเข้าใจและตระหนักในสำคัญของการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม (Minkler & Wallerstein, 2008) และการติดตามและการ ประเมินผลโปรแกรมเป็นขั้นตอนสำคัญในการวัดผลและปรับปรุงให้กับโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น การให้ข้อมูล ย้อนกลับและการปรึกษาเป็นรายบุคคลช่วยในการสนับสนุนและปรับปรุงพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีประสิทธิภาพ (Reason & Bradbury, 2008)

จะเห็นได้ว่าผลการพัฒนาโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา แผนกวิชาอาหารและ โภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี ทำให้นักศึกษาสาขาอาหารและโภชนาการเข้าใจถึง บทบาทในการจัดเมนูอาหารเพื่อสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ นักศึกษาจะได้เรียนรู้เกี่ยวกับการวางแผนและการปรับปรุง เมนูอาหารให้มีความสมดุลทางโภชนาการ สามารถให้คำแนะนำและเผยแพร่ความรู้ด้านโภชนาการแก่ชุมชนได้ การมีส่วนร่วม ในกิจกรรมการออกให้ความรู้และการออกแบบเมนูอาหารเพื่อสุขภาพช่วยเสริมสร้างทักษะการสื่อสารและการทำงาน ร่วมกับผู้อื่น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการประกอบอาชีพในอนาคต



การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. การนำผลการศึกษามาใช้ในการปรับปรุงการเรียนการสอนโดยการประยุกต์ใช้สื่อออนไลน์และสื่อจากกระทรวงสาธารณสุข โดยให้อาจารย์ที่รับผิดชอบหลักสูตรหรือรายวิชาที่มีการเรียนการสอนในแผนก เข้าร่วมอบรมหรือร่วมกิจกรรมทางด้านอาหารและโภชนาการที่กระทรวงสาธารณสุขจัดขึ้น เพื่อนำกิจกรรมที่ได้ไปต่อยอดกับนักศึกษาต่อไปได้

2. การนำเมนูการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษาแต่ละคน โดยประยุกต์ใช้โปรแกรมคำนวณอาหารใช้ในการกิจกรรมประจำวัน ซึ่งโปรแกรมคำนวณอาหารของกรมอนามัยดังกล่าวจะทำให้ผู้ใช้ตระหนักถึงคุณค่า สารอาหาร และพลังงานที่ได้จากการรับประทานอาหารเข้าไป ซึ่งจะทำให้พฤติกรรมในการเลือกบริโภคอาหารมีมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบระหว่างสาขาวิชาทางด้านอาหารและโภชนาการอื่นๆ เช่น วิทยาศาสตร์อาหารและโภชนาการ หรือเทคโนโลยีอาหาร เนื่องจากรูปแบบการเรียน บริบท สังคม สภาพแวดล้อม พื้นที่ ที่แตกต่างกัน อาจส่งผลให้ระดับความเครียดในการเรียนต่างกัน

2. ควรศึกษาการวิจัยเชิงคุณภาพในด้านที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการบริโภค เช่น ด้านเศรษฐกิจ ด้านบริบทสังคม ด้านครอบครัว จะทำให้สามารถอธิบายพฤติกรรมในการบริโภค หรือการพัฒนาเมนูอาหารเพื่อสุขภาพแต่ละบุคคลได้ละเอียดมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2563). รายงานสถานการณ์สุขภาพประชากรไทย. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย. (2565). โปรแกรมคำนวณคุณค่าทางอาหาร Thai Nutri Survey (TNS). สืบค้นจาก: <https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/thai-nutri-survey>
- ผลิดา หนูดลละ, ปิยะนุช จิตตบุญ, และกาญจน์สุนักส์ บาลทิพย์. (2560). ผลของโปรแกรมการเตือนตนเองด้านการบริโภคอาหารโดยใช้อินเตอร์เน็ตต่อพฤติกรรมในการบริโภคอาหารและน้ำหนักตัวในวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกิน. วารสารสภาการพยาบาล, 32(1), 32-46
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2562). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2564). ประเมินการค่าใช้จ่ายต่อความยากจนภาวะสังคมไทย ไตรมาสสาม (อุตสาหกรรม). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2564). รายงานสถานการณ์สุขภาพประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี. อุบลราชธานี: กระทรวงสาธารณสุข.



เอกสารอ้างอิง

- สำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียน วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี. (2566). จำนวนนักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี ปีการศึกษา 2566. สืบค้นจาก: <http://www.uvc.ac.th/home/index.php/all-uvc/resource-management-department/registrar-section>
- ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี. (2565). รายงานการดำเนินงานอนามัยเด็กวัยเรียนศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี. อุบลราชธานี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- Best, J.W., & Kahn, J.V. (1997). *Research in Education*. (8th ed). Boston: Allyn & Bacon.
- Bloom, B.S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill.
- Burke, L. E., Styn, M. A., Glanz, K., Ewing, L. J., Elci, O. U., Conroy, M. B. et al. (2009). SMART trial: A randomized clinical trial of self-monitoring in behavioral weight management-design and baseline findings. *Contemporary Clinical Trials*. 30(6), 540-551.
<https://doi.org/10.1016/j.cct.2009.07.003>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021). *Overweight & Obesity*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/obesity/data/adult.html>
- Contento, I. R. (2016). *Nutrition education: Linking research, theory, and practice* (3rd ed). Jones & Bartlett Learning.
- Israel, B.A., Eng, E., Schulz, A.J., & Parker, E.A. (2005). *Methods in community-based participatory research for health*. Jossey-Bass.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1998). *The Participation Action Research Reader* (3rd ed). Geelong: Deakin University Press.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (2005). *Participatory action research: Communicative action and the public sphere*. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds), *The Sage handbook of qualitative research* Sage.
- Kolb, D.A. (2014). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development* (2nd ed). Pearson FT Press.
- Minkler, M., & Wallerstein, N. (Eds.). (2008). *Community-based participatory research for health: From process to outcomes* (2nd ed). Jossey-Bass.
- Nestle, M. (2013). *Food politics: How the food industry influences nutrition and health* (3rd ed). University of California Press.



เอกสารอ้างอิง

Reason, P., & Bradbury, H. (2008). *The Sage handbook of action research: Participative inquiry and practice* (2nd ed). Sage.

World Health Organization. (2021). *Obesity and Overweight*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>



การพัฒนาโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของของนักศึกษาแผนกวิชาอาหาร และโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี

นิพนธ์ กุลนิตย์*
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

(วันที่รับบทความ: 13 พฤษภาคม 2567; วันที่แก้ไข: 26 มิถุนายน 2567; วันที่ตอบรับ: 29 มิถุนายน 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพต่อความรู้และทักษะของนักศึกษาแผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดด้านโภชนาการและการจัดการเรียนการสอนด้านโภชนาการของวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี จำนวน 20 คน และนักศึกษาแผนกวิชาอาหารและโภชนาการ จำนวน 100 คน วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ ทักษะความสามารถเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p \text{ value} < .05$

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ ทักษะความสามารถเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p \text{ value} < .05$ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะความสามารถเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้น วิทยาลัยควรนำโปรแกรมไปใช้ในการส่งเสริมการเรียนรู้ในนักศึกษาและควรจัดกิจกรรมให้กับนักศึกษาแผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรมอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดอาหาร, อาหารและโภชนาการ, อาหารเพื่อสุขภาพ, นักศึกษา

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** นิพนธ์ กุลนิตย์; niponkulnit09@gmail.com



The Development of a Program for Healthy Food Management in the Context of Students Department of Food and Nutrition, Faculty of Home Economics, Ubon Ratchathani Vocational College

Nipon Kulnit*

Regional Health Promotion Center 10 Ubon Ratchathani

(Received: 13 May 2024; Revised: 26 June 2024; Accepted: 29 June 2024)

Abstract

This participatory action research was to develop and study the effect of the program for healthy food management on knowledge and skills of students, Department of Food and Nutrition, Faculty of Home Economics, Ubon Ratchathani Vocational college. The purposive sampling was 20 people involved in nutrition management and nutrition teaching at Ubon Ratchathani Vocational college and 100 students in department of food and nutrition. The data were analyzed to compare the differences in average scores of knowledge, understanding of food and nutrition, skills and competencies related to food and nutrition, and food consumption behavior before and after participating in the program by the Paired t-test determined a statistically significant level of p value $< .05$.

The results showed that the mean scores of the participants in knowledge, understanding of food and nutrition, skills and competencies related to food and nutrition, and food consumption habits were statistically significant higher than before participating in the program ($p < .05$). It shows that the program develops knowledge and skills about food and nutrition and food consumption habits. The college should implement programs to promote learning among students and should organize activities for students in Department of Food and Nutrition, Faculty of Home Economics to learn and keep up with the current situation.

Keywords: food management program, food and nutrition, healthy food, students

***Corresponding author:** Nipon Kulnit; niponkulnit09@gmail.com



บทนำ

ภาวะโภชนาการเกิน (Overnutrition) กำลังเป็นปัญหาใหญ่ทั่วโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี 2021 พบว่ามีผู้คนประมาณ 1.9 พันล้านคนที่มีน้ำหนักเกิน และประมาณ 650 ล้านคนที่เป็นโรคอ้วน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญสำหรับโรคเบาหวานประเภท 2 โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง (World Health Organization, 2021) นอกจากนี้ การบริโภคอาหารที่มีแคลอรีสูงและการขาดการออกกำลังกายยังเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้ปัญหานี้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในหลายประเทศทั่วโลก (Centers for Disease Control and Prevention, 2021) ในประเทศไทย ภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนเป็นปัญหาที่กำลังขยายตัว กระทรวงสาธารณสุขรายงานว่า ประชากรไทยมีภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่ (กรมอนามัย, 2563) การบริโภคอาหารที่มีพลังงานสูง ไขมัน และน้ำตาลสูง ร่วมกับการขาดการออกกำลังกาย เป็นสาเหตุหลักของการเพิ่มขึ้นของภาวะนี้ ซึ่งนำไปสู่โรคเรื้อรังต่างๆ เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2562)

จังหวัดอุบลราชธานีพบปัญหาภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนในประชากรเพิ่มขึ้น ทั้งในกลุ่มเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง น้ำตาลสูง และเกลือสูง เป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลให้เกิดภาวะโภชนาการเกิน นอกจากนี้ วิถีชีวิตที่ไม่กระฉับกระเฉง การใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมที่ไม่ต้องเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น การดูโทรทัศน์ และการเล่นเกมคอมพิวเตอร์ ก็เป็นปัจจัยที่สำคัญเช่นกัน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2564) จากการดำเนินงานอนามัยเด็กวัยเรียนตั้งแต่ปี 2564-2565 พบว่า ปัญหาทุพโภชนาการและภาวะโภชนาการเกินยังคงเป็นปัญหาและมีแนวโน้มที่สูงขึ้น เด็กอายุ 6-14 ปี ควรมีน้ำหนักและส่วนสูงเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 62.0 มีภาวะโภชนาการเกิน ไม่เกินร้อยละ 10 ส่วนสูงหรือน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ไม่เกินร้อยละ 5.0 (ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี, 2565) แต่พบว่า เด็กวัยเรียนมีน้ำหนักและส่วนสูงเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน เพียงร้อยละ 52.35 และ 53.42 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอาหารมีบทบาทสำคัญต่อภาวะโภชนาการของทุกๆ วัย ปัจจุบันโรงเรียนมีการใช้โปรแกรม Thai School Lunch ซึ่งเป็นระบบที่ช่วยให้โรงเรียนสามารถจัดอาหารกลางวันที่มีคุณภาพ โปรแกรมสามารถคำนวณคุณค่าสารอาหารจากสารที่จัดขึ้น และคำนวณปริมาณของวัตถุดิบในการจัดซื้อแต่ละครั้ง ทั้งยังสามารถประมาณการค่าใช้จ่ายและวัตถุดิบล่วงหน้าได้ (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2564) เพื่อให้เด็กได้รับสารอาหารที่ครบถ้วน เพียงพอเหมาะสมตามวัย ผู้ปรุงอาหารหรือผู้จัดอาหารในหน่วยงานต่างๆ หรือในสถานศึกษาต่างๆ จึงมีความจำเป็นและมีความสำคัญมาก เนื่องจากเป็นผู้กำหนดอาหารแต่ละมื้อสำหรับนักเรียน หรือผู้ที่อยู่ในหน่วยงาน จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา แผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี โดยมุ่งเน้นในการพัฒนานักศึกษาแผนกวิชาอาหารและโภชนาการฯ ให้สามารถออกแบบเมนูและการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษาแผนกอาหารและโภชนาการฯ สามารถเข้าถึง เข้าใจข้อมูลด้านโภชนาการ สามารถบอกต่อ เผยแพร่ ความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการให้กับบุคคลอื่นได้ ผ่านกระบวนการพัฒนาโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษาฯ จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามวงจรของ Kemmis &



McTaggart (1998) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นการวางแผน (Planning) ขั้นการปฏิบัติ (Action) ขั้นการสังเกตการณ์ (Observation) และขั้นการสะท้อนกลับ (Reflection) PAOR มาใช้ในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมและมีความรู้สึกเป็นเจ้าของในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เช่น ขั้นการวางแผน (Planning) ร่วมมือกับชุมชนในการวิเคราะห์ปัญหาด้านโภชนาการและกำหนดเป้าหมายในการปรับปรุงสุขภาพผ่านการจัดอาหารเพื่อสุขภาพ การสำรวจความคิดเห็นและความต้องการของชุมชนเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ (Minkler & Wallerstein, 2008) ขั้นการดำเนินการ (Action) การจัดกิจกรรมการฝึกอบรมเกี่ยวกับการเตรียมอาหารเพื่อสุขภาพ การส่งเสริมการปลูกผักและผลไม้ในชุมชนเพื่อให้สามารถเข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพสูงได้ง่ายขึ้น (Israel et al, 2005) ขั้นการสังเกต (Observation) การติดตามและประเมินผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของชุมชน การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและภาวะโภชนาการของสมาชิกในชุมชน (Reason & Bradbury, 2008) และขั้นการสะท้อนผล (Reflection) การทบทวนผลการดำเนินงานร่วมกับชุมชนเพื่อระบุปัญหาและความสำเร็จ การปรับปรุงแผนการดำเนินงาน และกำหนดแนวทางการพัฒนาต่อไป (Kemmis & McTaggart, 1998)

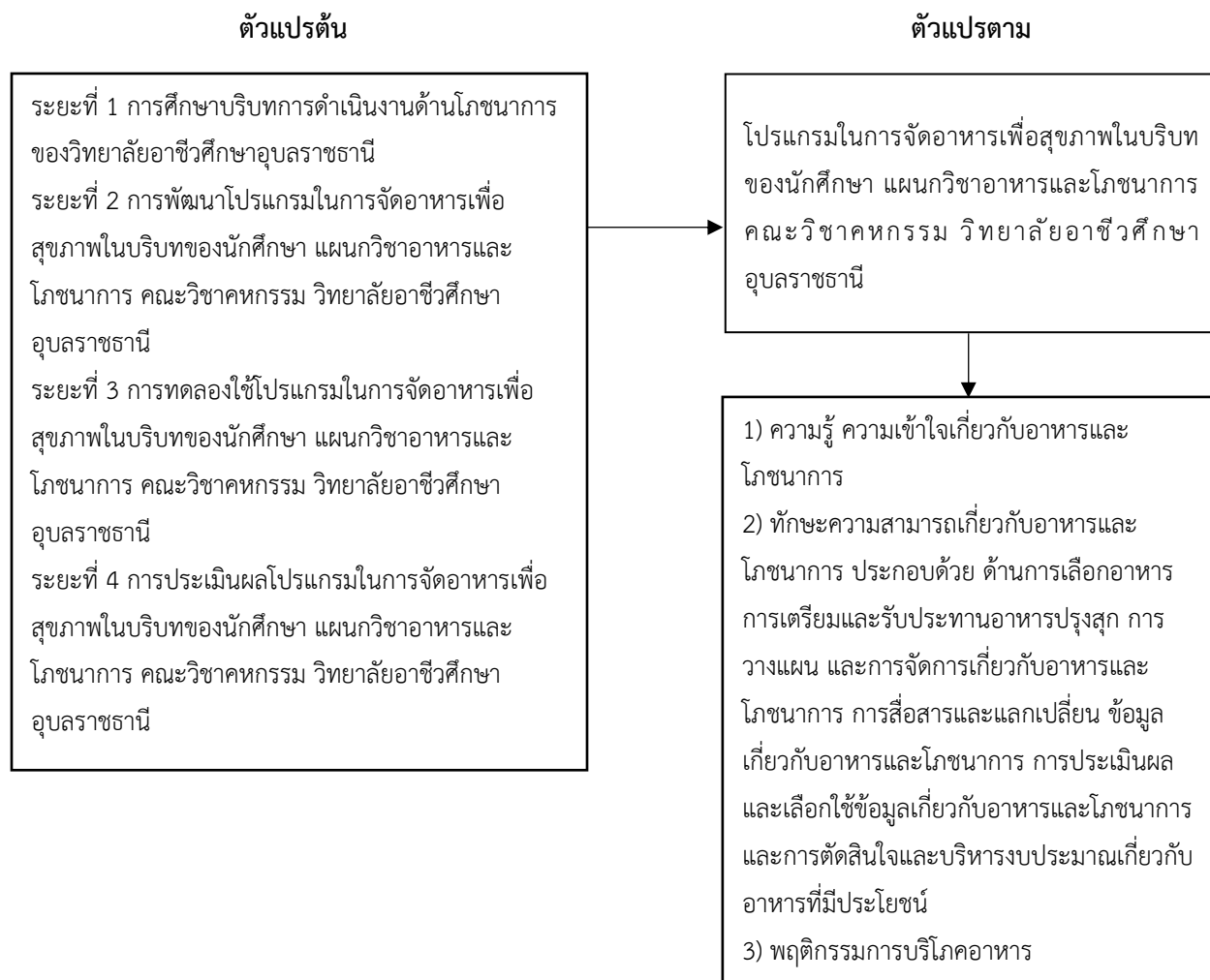
จะเห็นได้ว่า การใช้ทฤษฎี PAOR ช่วยให้กระบวนการจัดอาหารเพื่อสุขภาพมีความเป็นมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนและมีประสิทธิภาพสูงขึ้น โดยการนำเสนอแนวทางที่ตอบสนองต่อความต้องการและปัญหาจริงของชุมชน ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามวงจร PAOR (Kemmis & McTaggart, 1998) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นการวางแผน (Planning) ขั้นการปฏิบัติ (Action) ขั้นการสังเกตการณ์ (Observation) และขั้นการสะท้อนกลับ (Reflection) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของของนักศึกษาแผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี ซึ่งในอนาคตนักศึกษาจะมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนและช่วยลดปัญหาภาวะโภชนาการเกินในทุกระดับได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อการพัฒนาโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา แผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ ทักษะความสามารถเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา แผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี



กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยการประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามวงจรของ Kemmis and McTaggart (1998) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง ธันวาคม 2566 ถึง เมษายน 2567



ประชากร คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดด้านโภชนาการและการจัดการเรียนการสอนด้านโภชนาการของวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี ประกอบด้วย ผู้บริหารสถานศึกษา อาจารย์ผู้สอน อาจารย์ผู้รับผิดชอบงานโภชนาการ กรรมการสถานศึกษา นักศึกษาแผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม ปีการศึกษา 2566 จำนวน 278 คน (สำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียน วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี, 2566) แม่ครัว/ผู้ประกอบการ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบกรรมการสถานศึกษา จำนวน 21 คน รวมทั้งสิ้น 299 คน

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย

1. ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดด้านโภชนาการและการจัดการเรียนการสอนด้านโภชนาการของวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วย ผู้บริหารสถานศึกษา จำนวน 2 คน อาจารย์ผู้สอน จำนวน 4 คน อาจารย์ผู้รับผิดชอบงานโภชนาการ จำนวน 2 คน กรรมการสถานศึกษา จำนวน 1 คน ตัวแทนนักศึกษาแผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม จำนวน 6 คน แม่ครัว/ผู้ประกอบการ จำนวน 3 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบกรรมการสถานศึกษา จำนวน 2 คน จำนวน 20 คน

เกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดด้านโภชนาการและการจัดการเรียนการสอนด้านโภชนาการของวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี และปฏิบัติงานในตำแหน่งหน้าที่มาแล้ว 6 เดือนขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาของโครงการ

2. นักศึกษาแผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี ที่กำลังศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ภาคเรียนที่ 2/2566 คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 100 คน

เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) เป็นนักศึกษาแผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี ที่กำลังศึกษาในหลักสูตร ปวส. ภาคเรียนที่ 2/2566 ที่ไม่ลาพักการศึกษาระหว่างภาคเรียน 2) ไม่มีโรคประจำตัว

เกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาของโครงการ หรือลาพักการศึกษา

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 คือ เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษาแผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี และส่วนที่ 2 คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมฯ ตามวงจรของ Kemmis and McTaggart (1998) ประกอบด้วย

1) แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group) ในขั้นตอนการวางแผน (Planning) เพื่อเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนในการดำเนินการพัฒนาโปรแกรมฯ



2) กระบวนการการพัฒนาโปรแกรมฯ เป็นขั้นตอนการปฏิบัติการ (Action) เพื่อให้รับทราบบริบทการดำเนินงานด้านโภชนาการของวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี และร่วมกันร่างโปรแกรมฯ เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาฯ

3) โปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษาแผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี ระยะเวลาดำเนินการทดลอง 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ 1

(1) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และกิจกรรมการวิจัย โดยผู้วิจัยประเมินความรู้ความเข้าใจ ทักษะความสามารถเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

(2) กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพที่ดี การวางแผน การปฏิบัติให้ความรู้ ความเข้าใจประกอบสื่อวีดิทัศน์ ภาพพลิกเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ ทักษะความสามารถเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารแก่นักศึกษา

(3) กิจกรรม Focus group ในนักศึกษาเพื่อสร้างความตระหนักในความสำคัญในบทบาทของนักศึกษาให้มีทักษะ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและสามารถจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษาได้อย่างถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 2-12

(4) กิจกรรมการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษาแต่ละคน โดยให้อิสระนักศึกษาในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพโดยประยุกต์ใช้โปรแกรมคำนวณอาหารของกรมอนามัย (2565)

สัปดาห์ที่ 2 4 6 8 10 และ 12

(5) กิจกรรมติดตาม หนุนเสริม เดือนละ 2 ครั้ง โดยการนัดพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อติดตามและให้ความรู้ความเข้าใจ และสอบถามปัญหา การจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงการให้คำชมเชยเมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตนได้เหมาะสม ให้คำแนะนำ และกำลังใจในการปฏิบัติการจัดอาหารเพื่อสุขภาพที่เหมาะสม

สัปดาห์ที่ 1-12

(6) ผู้วิจัยมีการติดตามโดยมีการตั้งกลุ่มไลน์ เป็นขั้นตอนการสังเกต (Observation) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เพื่อเป็นช่องทางให้ความรู้การจัดอาหารเพื่อสุขภาพและสอบถามปัญหาเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้พูดคุยถึงปัญหา และแนวทางการให้ข้อมูลระหว่างกลุ่มตัวอย่าง กำหนดเป้าหมายที่เหมาะสมของแต่ละคนและพฤติกรรมบริโภคอาหารในโปรแกรมคำนวณอาหารของกรมอนามัย (2565)

สัปดาห์ที่ 12

(7) การประเมินผลการดำเนินงานโปรแกรมฯ โดยผู้วิจัยประเมินความรู้ความเข้าใจ ทักษะความสามารถเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไปแล้ว 12 สัปดาห์

4) ขั้นตอนการสะท้อนกลับข้อมูล (Reflect) เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการประเมินผลโปรแกรมฯ และนำผลที่ได้สะท้อนกลับข้อมูลแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องและกลุ่มตัวอย่าง โดยการทำกิจกรรม focus group



ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group) และการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ และแบบสอบถามทักษะความสามารถเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ

2.1 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group) ในการพัฒนาโปรแกรมฯ ในกิจกรรมศึกษาบริบทการศึกษาบริบทการดำเนินงานด้านโภชนาการของวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี กระบวนการพัฒนาโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา และกระบวนการสะท้อนกลับข้อมูล

2.2 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ รายได้ต่อเดือน เส้นรอบเอว น้ำหนักส่วนสูง ดัชนีมวลกายเฉลี่ย

ตอนที่ 2.2 แบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามให้เลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่ โดย ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน รวมเป็น 20 คะแนน แปลผลคะแนนโดยแบ่งตามอันตรภาคชั้นที่กำหนด แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ (0-6.66) ปานกลาง (6.67-13.32) และ สูง (13.33-20.00) (Bloom, 1971)

ตอนที่ 2.3 แบบสอบถามทักษะความสามารถเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ จำนวน 53 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ดังนี้ มีทักษะความสามารถในระดับสูง ระดับปานกลาง มีความสามารถในระดับต่ำ โดยคำถามเชิงบวก มีระดับคะแนนเป็น 3 2 1 และคำถามเชิงลบ 1 2 3 ตามลำดับ แบ่งคำถามเป็น 6 ด้าน ดังนี้

ด้านที่ 2.3.1 การเลือกอาหาร จำนวน 7 ข้อ แปลผลคะแนนโดยแบ่งตามอันตรภาคชั้นที่กำหนด แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ (คะแนน 7.00-11.66) ปานกลาง (คะแนน 11.67-16.32) และสูง (คะแนน 16.32-21.00) (Best & Kahn, 1997)

ด้านที่ 2.3.2 การเตรียมและรับประทานอาหารปรั่งสุก จำนวน 14 ข้อ แปลผลคะแนนโดยแบ่งตามอันตรภาคชั้นที่กำหนด แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ (คะแนน 14.00-23.33) ปานกลาง (คะแนน 23.34-32.66) และ สูง (คะแนน 32.67-42.00) (Best & Kahn, 1997)

ด้านที่ 2.3.3 การวางแผน และการจัดการเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ จำนวน 8 ข้อ แปลผลคะแนนโดยแบ่งตามอันตรภาคชั้นที่กำหนด แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ (คะแนน 8.00-13.33) ปานกลาง (คะแนน 13.34-18.066) และ สูง (คะแนน 18.67-24.00) (Best & Kahn, 1997)

ด้านที่ 2.3.4 การสื่อสาร และแลกเปลี่ยน ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ จำนวน 12 ข้อ แปลผลคะแนนโดยแบ่งตามอันตรภาคชั้นที่กำหนด แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ (คะแนน 8.00-13.33) ปานกลาง (คะแนน 13.34-18.066) และ สูง (คะแนน 18.67-24.00) (Best & Kahn, 1997)



ด้านที่ 2.3.5 การประเมินผลและเลือกใช้ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ จำนวน 7 ข้อ แผลผลคะแนนโดยแบ่งตามอันตรายภาคขั้นที่กำหนด แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ (คะแนน 7.00-11.66) ปานกลาง (คะแนน 11.67-16.32) และ สูง (คะแนน 16.32-21.00) (Best & Kahn, 1997)

ด้านที่ 2.3.6 การตัดสินใจและบริหารงบประมาณเกี่ยวกับอาหารที่มีประโยชน์ จำนวน 5 ข้อ แผลผลคะแนนโดยแบ่งตามอันตรายภาคขั้นที่กำหนด แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ (คะแนน 5.00-8.33) ปานกลาง (คะแนน 8.34-11.66) และ สูง (คะแนน 11.67-15.00) (Best & Kahn, 1997)

ตอนที่ 2.4 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร จำนวน 15 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติ โดยคำถามเชิงบวก มีระดับคะแนนเป็น 4 3 2 1 และคำถามเชิงลบ 1 2 3 4 ตามลำดับ แผลผลคะแนนโดยแบ่งตามอันตรายภาคขั้นที่กำหนด แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ (คะแนน 15.00-30.00) ปานกลาง (คะแนน 30.01-45.00) และ สูง (คะแนน 45.01-60.00) (Best & Kahn, 1997)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความถูกต้อง ความชัดเจน และครอบคลุม แล้วนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 3 ท่าน โดยเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านอาหารและโภชนาการ จำนวน 1 ท่าน ด้านการพัฒนาโปรแกรมอาหารเพื่อสุขภาพ จำนวน 1 ท่าน และด้านส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและความถูกต้องเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างรวมถึงภาษาที่ใช้ จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งตามคำแนะนำ ผู้วิจัยนำผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญประเมินความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้เชี่ยวชาญ เท่ากับ 0.88

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ในส่วนของ แบบสอบถามทักษะความสามารถเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการและแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับ นักศึกษาวิทยาศาสตร์การอาหารและโภชนาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach ของแบบสอบถามได้เท่ากับ 0.86 และในส่วนของแบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ ได้ประเมินความยากง่ายของคำถาม (Difficulty) โดยได้ค่าความยากง่ายของคำถาม เท่ากับ 0.65

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ขั้นเตรียมการ

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทการดำเนินงานด้านโภชนาการของวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี (ธันวาคม 2566)



ขั้นตอนการวางแผน (Plan) ดำเนินการศึกษาริบทการดำเนินงานด้านโภชนาการของวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี โดย 1) การทบทวนวรรณกรรม แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพ 2) การพิจารณาจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 3) การทำ Focus group ในผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดด้านโภชนาการและการจัดการเรียนการสอนด้านโภชนาการของวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนในการดำเนินการพัฒนาโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา แผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยดำเนินการทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้อำนวยการวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับการอนุญาต ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อประสานงานกับหัวหน้านักศึกษาแผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานีที่กำลังศึกษาในหลักสูตร ปวส. เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย

1.2 ผู้วิจัยแนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์กระบวนการในการวิจัยครั้งนี้ให้แก่กลุ่มตัวอย่างระยะเวลาในการเก็บข้อมูล เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย และการตอบคำถามโดยไม่ปิดบังข้อเท็จจริง

1.3 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกับนักศึกษาโดยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง

1.4 ดำเนินการสัมภาษณ์ ทำ Focus group ในผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดด้านโภชนาการและการจัดการเรียนการสอนด้านโภชนาการของวิทยาลัย

2) ขั้นตอนการ

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา แผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี (ธันวาคม 2566)

ขั้นตอนการปฏิบัติการ (Action) ดำเนินการโดยการประชุมแบบมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่าย เพื่อให้รับทราบบริบทการดำเนินงานด้านโภชนาการของวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานีจากระยะที่ 1 และดำเนินการร่วมกันพัฒนาโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา แผนกวิชาอาหารและโภชนาการ ผ่านการอภิปรายและการทำ Focus group และร่วมกันร่างโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา แผนกวิชาอาหารและโภชนาการ เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาหลักสูตร ปวส. แผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม จำนวน 100 คน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 3 การทดลองใช้โปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา แผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี (มกราคม ถึง มีนาคม 2567)

ขั้นตอนการติดตามผล (Observe) การทดลองใช้โปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพ ในนักศึกษาหลักสูตร ปวส. แผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี จำนวน 100 คน ที่



เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยในระหว่างทดลองผู้วิจัยได้เข้าไปติดตามกิจกรรมต่างๆ ที่ได้วางแผนร่วมกันกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยกิจกรรมติดตาม หนุนเสริมตามแผนกิจกรรม เดือนละ 2 ครั้ง โดยมีการอภิปรายร่วมกัน

ระยะที่ 4 การประเมินผลโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา แผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี (เมษายน 2567)

ขั้นตอนการสะท้อนกลับข้อมูล (Reflect) เมื่อสิ้นสุดการทดลองใช้ ผู้วิจัยดำเนินการประเมินผลโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา และนำผลที่ได้สะท้อนกลับข้อมูลแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องและกลุ่มตัวอย่าง โดยการทำกิจกรรม focus group

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ ทักษะความสามารถเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ ทักษะความสามารถเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ ประกอบด้วย ด้านการเลือกอาหาร การเตรียมและรับประทานอาหารปรุงสุก การวางแผน และการจัดการเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ การสื่อสารและแลกเปลี่ยน ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ การประเมินผลและเลือกใช้ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ และการตัดสินใจและบริหารงบประมาณเกี่ยวกับอาหารที่มีประโยชน์ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภายในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p value $< .05$

3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพผ่านการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ได้แก่ การจำแนกประเภทข้อมูล เชื่อมโยงความสัมพันธ์และสร้างบทสรุปเพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาโปรแกรมฯ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้ดำเนินการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.2566-154 ผู้วันที่รับรอง 7 ธันวาคม 2566 โดยการวิจัยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลาไม่จำเป็นต้องให้เหตุผล และไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 บริบทการดำเนินงานด้านโภชนาการของวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี

ผลการศึกษาบริบทการดำเนินงานด้านโภชนาการของวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี พบว่า 1) วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี มีการเปิดการเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) แผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม โดยมุ่งเน้นพัฒนาบัณฑิตให้มีความรู้ ความสามารถและทักษะด้านอาหารและโภชนาการ 2) ในหลักสูตร



ประกอบด้วย รายวิชาที่เกี่ยวกับอาหาร การปรุงและประกอบอาหาร 3) โดยนักศึกษาซึ่งจะเป็นผู้ประกอบอาหารหรือบุคลากรในหน่วยโภชนาการในหน่วยงานต่างๆ จึงจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะเกี่ยวกับอาหารประกอบอาหารตามตำรับ และพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหารตามกระบวนการและตามหลักโภชนาการ สามารถเข้าถึง เข้าใจข้อมูลด้านโภชนาการ สามารถบอกต่อ เผยแพร่ ความรอบรู้ด้านโภชนาการให้กับบุคคลอื่นได้

ผลจากกระบวนการสนทนากลุ่มกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดด้านโภชนาการและการจัดการเรียนการสอนด้านโภชนาการของวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี พบว่า 1) ในหลักสูตรจัดให้มีการเรียนการสอนที่ให้นักศึกษาเน้นการปฏิบัติจริง 2) มีการออกให้ความรู้ผู้ประกอบการร้านอาหารในวิทยาลัย และบริเวณรอบๆ มหาวิทยาลัย 3) อีกทั้งยังให้นักศึกษามีส่วนในการออกแบบเมนูอาหารเพื่อสุขภาพเพื่อเป็นสื่อในการเรียนการสอน

ส่วนที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา แผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี

2.1 ผลการพัฒนาโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา ผ่านการอภิปรายและการทำ Focus group มีดังนี้

1) การกำหนดแนวทางในการดำเนินงาน โดยการทำงานร่วมกันของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในด้านโภชนาการและการจัดการเรียนการสอนด้านโภชนาการของวิทยาลัย ตามบทบาท หน้าที่และภารกิจของแต่ละหน่วยงาน

2) การกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ คือ วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี มีโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา โดยเกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

3) การสร้างความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักในความสำคัญในบทบาทของนักศึกษา ให้มีทักษะและสามารถจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา ได้อย่างถูกต้อง

3) พัฒนาโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา เพื่อให้ นักศึกษามีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ ทักษะความสามารถเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ และพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ดีขึ้น

4) นำผลที่ได้จากการวางแผนพัฒนาโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา แผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี มาร่างรูปแบบปฏิบัติการ

2.2 ผลการร่างโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

1) ประชุมวางแผน การดำเนินงานตามตามบทบาท หน้าที่และภารกิจของแต่ละหน่วยงาน

2) กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ คือ วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี มีโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา แผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี

3) กิจกรรม Focus group ในผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักในความสำคัญในบทบาทของนักศึกษา ให้มีทักษะและสามารถจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา ได้อย่างถูกต้อง



4) กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพที่ดี การวางแผน การปฏิบัติให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ ทักษะความสามารถเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารแก่นักศึกษา

5) กิจกรรมการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษาแต่ละคน โดยประยุกต์ใช้โปรแกรมคำนวณอาหารของกรมอนามัย (2565)

6) กิจกรรมที่สนับสนุนให้มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม โดยประยุกต์ใช้โปรแกรมคำนวณอาหารของกรมอนามัย (2565) และกิจกรรมติดตาม หนุนเสริม เดือนละ 2 ครั้ง

7) การประเมินผลการดำเนินงานโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา

ส่วนที่ 3 การทดลองใช้โปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา แผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี

ผลการทดลองใช้โปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา แผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม พบว่า นักศึกษาให้ความร่วมมือในการร่วมโปรแกรมฯ และมีการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษาแต่ละคน ร้อยละ 100 ส่วนผลการทดลองใช้โปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ ด้านทักษะความสามารถเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ และด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนได้รับกิจกรรม ดังตารางที่ 2

ส่วนที่ 4 การประเมินผลโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา แผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี

4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.0 รายได้ต่อเดือน 3,001-6,000 บาท ร้อยละ 59.0 เส้นรอบเอวอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 68.0 ดัชนีมวลกาย 18.5-22.9 kg/m² ร้อยละ 29.0 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของนักศึกษา แผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=100)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	23	23.0
หญิง	77	77.0
ค่าใช้จ่ายต่อเดือน (บาท/เดือน)		
<3,000	23	23.0
3,001-6,000	59	59.0
6,001 ขึ้นไป	18	18.0



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของนักศึกษา แผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษา อุบลราชธานี จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เส้นรอบเอว (เซนติเมตร)		
อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน (ชาย ≤ 90 , หญิง ≤ 80)	68	68.0
สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (ชาย > 90 , หญิง > 80)	32	32.0
ดัชนีมวลกาย (kg/m^2)		
< 18.5	15	15.0
18.5-22.9	29	29.0
23.0-24.9	23	23.0
25.0-29.9	22	22.0
30.0 ขึ้นไป	11	11.0

4.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ ทักษะความสามารถเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ ด้านทักษะความสามารถเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ และด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนได้รับกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p \text{ value} < .05$ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ ทักษะความสามารถเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

การเปรียบเทียบ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	df	t	p value
1. ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	6.87	2.17	ปานกลาง	7.87	6.641	.008*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	14.74	2.28	สูง			
2. ทักษะความสามารถเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ						
2.1 ด้านการเลือกอาหาร						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	10.55	3.65	ต่ำ	4.87	5.498	.005*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	15.42	4.35	ปานกลาง			



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ ทักษะความสามารถเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (ต่อ)

การเปรียบเทียบ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	df	t	p value
2.2 ด้านการเตรียมและรับประทานอาหารปรุงสุก						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	18.44	4.79	ต่ำ	12.45	14.761	.003*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	30.89	5.75	ปานกลาง			
2.3 ด้านการวางแผนและการจัดการเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	12.45	3.95	ต่ำ	4.36	8.311	.034*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	16.81	3.42	ปานกลาง			
2.4 ด้านการสื่อสาร และแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	15.44	4.79	ปานกลาง	5.45	10.761	.007*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	20.89	6.75	สูง			
2.5 ด้านการประเมินผลและเลือกใช้ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	12.45	4.95	ปานกลาง	4.36	10.311	.001*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	18.81	4.42	สูง			
2.6 ด้านการตัดสินใจและบริหารงบประมาณเกี่ยวกับอาหารที่มีประโยชน์						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	7.44	2.79	ต่ำ	5.45	7.761	.003*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	12.89	2.75	สูง			
3. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	28.45	9.95	ต่ำ	15.36	14.311	.047*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	43.81	10.42	ปานกลาง			

*p value<.05

4.3 ผลการ Focus group

ขั้นตอนการสะท้อนกลับข้อมูล (Reflect) เมื่อสิ้นสุดการทดลองใช้ ผู้วิจัยดำเนินการประเมินผลโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพ และนำผลที่ได้สะท้อนกลับข้อมูลแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องและกลุ่มตัวอย่าง โดยการทำกิจกรรม focus group พบว่า จากให้ข้อมูลรายบุคคล พบว่า โดยบางคนบอกว่าถึง แม้การควบคุมน้ำหนักเป็นเรื่องที่ทำได้ยากมาก แต่ตนเองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารไปในทางที่ดีขึ้นจากแต่ก่อน แต่บางครั้งในช่วงที่อยู่บ้านในวันหยุด



นักศึกษาบางคนไม่สามารถเลือกชนิดของอาหารได้ ทำให้ควบคุมน้ำหนักได้ลำบาก อีกทั้งในการมาเรียนวันจันทร์ถึงวันศุกร์นักศึกษาจะรู้สึกเหนื่อยและหิวมากกว่าปกติ ทำให้รับประทานอาหารมากเกินไป โดยเฉพาะน้ำหวาน และการเจอกลุ่มเพื่อนก็จะทำให้มีการจับกลุ่มรับประทานอาหารนอกเหนือจากอาหารมื้อหลักร่วมกัน ทั้งนี้การมีส่วนร่วมในการออกแบบเมนูอาหารเพื่อสุขภาพเป็นการส่งเสริมให้ที่เกี่ยวข้องและกลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรมร่วมกัน และทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาใช้ความรู้ด้านโภชนาการในการพัฒนาเมนูอาหารที่เหมาะสมและมีประโยชน์ต่อสุขภาพ ซึ่งการออกแบบเมนูสุขภาพนี้สามารถใช้เป็นสื่อการเรียนการสอนที่ช่วยเสริมสร้างความเข้าใจในหลักการโภชนาการและการปรุงอาหารให้นักศึกษาให้เข้าใจและนำไปใช้ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม จะเห็นได้ว่าผลการพัฒนาโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา แผนกวิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี ทำให้นักศึกษาสาขาอาหารและโภชนาการเข้าใจถึงบทบาทในการจัดเมนูอาหารเพื่อสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ นักศึกษาจะได้เรียนรู้เกี่ยวกับการวางแผนและการปรับปรุงเมนูอาหารให้มีความสมดุลทางโภชนาการ สามารถให้คำแนะนำและเผยแพร่ความรู้ด้านโภชนาการแก่ชุมชนได้ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการออกให้ความรู้และการออกแบบเมนูอาหารเพื่อสุขภาพช่วยเสริมสร้างทักษะการสื่อสารและการทำงานร่วมกับผู้อื่น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการประกอบอาชีพในอนาคต

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาบริบทการดำเนินงานด้านโภชนาการของวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี แสดงให้เห็นถึงการดำเนินงานด้านโภชนาการของวิทยาลัย มีการมุ่งเน้นพัฒนาความรู้ ความสามารถ และทักษะด้านอาหารและโภชนาการของนักศึกษา โดยการเปิดสอนหลักสูตรระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง คณะวิชาคหกรรม เน้นการให้ความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการปรุงและประกอบอาหาร รวมถึงการพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหารตามหลักโภชนาการ นักศึกษาได้รับการฝึกฝนให้มีความรอบรู้และสามารถเผยแพร่ความรู้ด้านโภชนาการให้กับบุคคลอื่นได้ โดยเน้นการปฏิบัติจริงและการออกให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการร้านอาหารในวิทยาลัยและบริเวณรอบๆ มหาวิทยาลัย ซึ่งการเน้นการปฏิบัติจริงในการเรียนการสอนเป็นสิ่งที่สำคัญในหลักสูตร นักศึกษาได้รับการฝึกฝนทักษะการประกอบอาหารและการพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหารผ่านการเรียนรู้จากการลงมือทำจริง ซึ่งช่วยให้พวกเขาสามารถนำความรู้ไปใช้ในการประกอบอาชีพในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ การออกให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการร้านอาหารในวิทยาลัยและบริเวณรอบๆ มหาวิทยาลัยเป็นกิจกรรมที่เสริมสร้างทักษะการสื่อสารและการทำงานร่วมกับชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning) (Kolb, 2014) นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมในการออกแบบเมนูอาหารเพื่อสุขภาพเป็นการส่งเสริมให้นักศึกษาได้ใช้ความรู้ด้านโภชนาการในการพัฒนาเมนูอาหารที่เหมาะสมและมีประโยชน์ต่อสุขภาพ การออกแบบเมนูเหล่านี้ยังสามารถใช้作为สื่อการเรียนการสอนที่ช่วยเสริมสร้างความเข้าใจในหลักการโภชนาการและการปรุงอาหารอย่างถูกต้อง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Contento (2016) ซึ่งเห็นว่าการให้ความรู้ด้านโภชนาการและการฝึกทักษะการปรุงอาหารในชุมชนสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ดีขึ้น การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการเน้นการปฏิบัติจริงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความรู้และทักษะด้านโภชนาการ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพของชุมชน



ในระยะยาว งานวิจัยนี้ยังสนับสนุนแนวทางการดำเนินงานของวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานีที่มุ่งเน้นการฝึกทักษะและการให้ความรู้ด้านโภชนาการแก่ผู้ประกอบการร้านอาหารและชุมชนรอบๆ มหาวิทยาลัย

การพัฒนาโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา แผนกวิชาอาหารและโภชนาการ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง ทำให้ได้โปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษาแสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จของโปรแกรม โดยโปรแกรมนี้ประกอบด้วยหลายองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ การประชุมวางแผน การดำเนินงานตามบทบาท หน้าที่และภารกิจของแต่ละหน่วยงาน การกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ การสร้างการรับรู้และความตระหนัก การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การวางแผน การปฏิบัติ และความเข้าใจในบทบาทของนักศึกษาแผนกวิชาอาหารและโภชนาการ ซึ่งการประชุมวางแผนร่วมกันระหว่างนักศึกษา คณาจารย์ และผู้ที่เกี่ยวข้องช่วยให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางและบทบาทของตนในการดำเนินงาน จะเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนตั้งแต่การวางแผนจนถึงการดำเนินงานและการประเมินผล ทำให้โปรแกรมมีความยั่งยืนและสามารถปรับปรุงได้ตามความต้องการของผู้ใช้ (Israel et al, 2005) การกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยในการวัดผลและประเมินความก้าวหน้าของโปรแกรม ตัวชี้วัดที่ถูกกำหนดไว้ช่วยให้สามารถประเมินได้ว่าโปรแกรมประสบความสำเร็จหรือไม่และมีปัญหาในจุดใดที่ต้องปรับปรุง (Minkler & Wallerstein, 2008) การสร้างการรับรู้และความตระหนักใน重要性ของอาหารและโภชนาการช่วยให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารและโภชนาการเป็นพื้นฐานสำคัญในการสร้างพฤติกรรมการบริโภคที่ดี (Contento, 2016) กิจกรรมและการประยุกต์ใช้โปรแกรมคำนวณอาหารของกรมอนามัย (2565) การจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารและโภชนาการและทักษะในการประกอบอาหารเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดี การประยุกต์ใช้โปรแกรมคำนวณอาหารของกรมอนามัยช่วยให้นักศึกษาเข้าใจและสามารถคำนวณปริมาณอาหารที่เหมาะสมได้ และการติดตามและหนุนเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมเดือนละ 2 ครั้ง และการประเมินผลการดำเนินงานโปรแกรมฯ เป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้สามารถปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่อง การติดตามอย่างสม่ำเสมอช่วยในการระบุปัญหาและการแก้ไขอย่างทันที่ (Reason & Bradbury, 2008) จะเห็นได้ว่า กิจกรรมการพัฒนาโปรแกรมฯ สอดคล้องสอดคล้องกับงานวิจัยที่ของ Minkler & Wallerstein (2008) เน้นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาและดำเนินโครงการด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายทำให้โปรแกรมมีความยั่งยืนและสามารถปรับปรุงได้ตามความต้องการของชุมชน งานวิจัยนี้สนับสนุนแนวทางการดำเนินงานของวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานีที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของนักศึกษาและผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาโปรแกรมจัดอาหารเพื่อสุขภาพ

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ ทักษะความสามารถเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษา หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p \text{ value} < .05$ ซึ่งเป็นผลมาจากนักศึกษาได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ซึ่งในโปรแกรมมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี การวางแผน การปฏิบัติ และการพัฒนาและปรับปรุงโปรแกรมร่วมกัน ช่วงการสร้างสัมพันธภาพที่ดีทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจและให้การยอมรับและให้ความ



ร่วมมือในการกิจกรรมการวิจัยเป็นอย่างดีตั้งแต่ขั้นตอนแรก ในการศึกษาบริบทของวิทยาลัย การวางแผน การลงมือปฏิบัติ และขั้นตอน จากการติดตาม หนุนเสริมในพื้นที่ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม ร่วมกับการประชุมกลุ่ม เพื่อประเมินพฤติกรรม การบริโภคอาหาร ทำให้เข้าใจปัญหา อุปสรรคของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละราย ทำให้ได้แนวทางในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมที่เหมาะสมกับปัญหาของแต่ละบุคคล จึงทำให้ในขั้นตอนการปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างจึงมีความเข้าใจ และตระหนัก รู้ด้วยตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยของ ผลิตา หนูดล และคณะ (2560) ทำการวิจัยผลของโปรแกรมการเตือนตนเองด้านการบริโภคอาหารโดยใช้อินเตอร์เน็ตต่อพฤติกรรมการ บริโภคอาหารและน้ำหนักตัวในวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกิน พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนน เฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p value <.05 โดยกลุ่ม ตัวอย่างจะเป็นผู้กำหนดเป้าหมายด้วยตัวเองซึ่งจะทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโภชนาการเกินรู้สึกพึงพอใจและยอมรับ เงื่อนไขของเป้าหมายได้ เพราะเป็นผู้กำหนดเป้าหมายนั่นเอง (Burke et al, 2009) ซึ่งทำให้เกิดการรับรู้ปัญหา สาเหตุ และวิธีการแก้ไขภาวะโภชนาการเกินของตนเองได้ จากการประเมินภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของ ตนเองทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมซึ่งการประเมินตนเองเป็นการเปรียบเทียบพฤติกรรมของตนเองกับเกณฑ์ที่ได้ วางไว้ ซึ่งจะนำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนหรือคงพฤติกรรมนั้นไว้ให้เกิดความเหมาะสมตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด ตอนนี้มี การติดตาม หนุนเสริมเพื่อสังเกตการณ์ และให้ข้อมูลย้อนกลับทั้งทางตรงและผ่านไลน์ และการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เพื่อให้ได้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพที่ดีและการวางแผน เป็น การมีส่วนร่วมและการวางแผนร่วมกันระหว่างนักศึกษาและผู้ที่เกี่ยวข้องช่วยในการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ทำให้กลุ่ม ตัวอย่างมีความเข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่ต้องการในโปรแกรม การมีส่วนร่วมและการวางแผนร่วมกันยังเป็น ปัจจัยสำคัญในการปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (Israel et al, 2005) การกำหนดและการ ปฏิบัติตามขั้นตอนในโปรแกรมช่วยให้นักศึกษาและผู้ที่เกี่ยวข้องมีความเข้าใจและตระหนักในสำคัญของการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม (Minkler & Wallerstein, 2008) และการติดตามและการ ประเมินผลโปรแกรมเป็นขั้นตอนสำคัญในการวัดผลและปรับปรุงให้กับโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น การให้ข้อมูล ย้อนกลับและการปรึกษาเป็นรายบุคคลช่วยในการสนับสนุนและปรับปรุงพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีประสิทธิภาพ (Reason & Bradbury, 2008)

จะเห็นได้ว่าผลการพัฒนาโปรแกรมในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษา แผนกวิชาอาหารและ โภชนาการ คณะวิชาคหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี ทำให้นักศึกษาสาขาอาหารและโภชนาการเข้าใจถึง บทบาทในการจัดเมนูอาหารเพื่อสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ นักศึกษาจะได้เรียนรู้เกี่ยวกับการวางแผนและการปรับปรุง เมนูอาหารให้มีความสมดุลทางโภชนาการ สามารถให้คำแนะนำและเผยแพร่ความรู้ด้านโภชนาการแก่ชุมชนได้ การมีส่วนร่วม ในกิจกรรมการออกให้ความรู้และการออกแบบเมนูอาหารเพื่อสุขภาพช่วยเสริมสร้างทักษะการสื่อสารและการทำงาน ร่วมกับผู้อื่น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการประกอบอาชีพในอนาคต



การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. การนำผลการศึกษามาใช้ในการปรับปรุงการเรียนการสอนโดยการประยุกต์ใช้สื่อออนไลน์และสื่อจากกระทรวงสาธารณสุข โดยให้อาจารย์ที่รับผิดชอบหลักสูตรหรือรายวิชาที่มีการเรียนการสอนในแผนก เข้าร่วมอบรมหรือร่วมกิจกรรมทางด้านอาหารและโภชนาการที่กระทรวงสาธารณสุขจัดขึ้น เพื่อนำกิจกรรมที่ได้ไปต่อยอดกับนักศึกษาต่อไปได้

2. การนำเมนูการจัดอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทของนักศึกษาแต่ละคน โดยประยุกต์ใช้โปรแกรมคำนวณอาหารใช้ในการกิจกรรมประจำวัน ซึ่งโปรแกรมคำนวณอาหารของกรมอนามัยดังกล่าวจะทำให้ผู้ใช้ตระหนักถึงคุณค่า สารอาหาร และพลังงานที่ได้จากการรับประทานอาหารเข้าไป ซึ่งจะทำให้พฤติกรรมในการเลือกบริโภคอาหารมีมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบระหว่างสาขาวิชาทางด้านอาหารและโภชนาการอื่นๆ เช่น วิทยาศาสตร์อาหารและโภชนาการ หรือเทคโนโลยีอาหาร เนื่องจากรูปแบบการเรียน บริบท สังคม สภาพแวดล้อม พื้นที่ ที่แตกต่างกัน อาจส่งผลให้ระดับความเครียดในการเรียนต่างกัน

2. ควรศึกษาการวิจัยเชิงคุณภาพในด้านที่ส่งผลต่อพฤติกรรมบริโภค เช่น ด้านเศรษฐกิจ ด้านบริบทสังคม ด้านครอบครัว จะทำให้สามารถอธิบายพฤติกรรมบริโภค หรือการพัฒนาเมนูอาหารเพื่อสุขภาพแต่ละบุคคลได้ละเอียดมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2563). รายงานสถานการณ์สุขภาพประชากรไทย. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย. (2565). โปรแกรมคำนวณคุณค่าทางอาหาร Thai Nutri Survey (TNS). สืบค้นจาก: <https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/thai-nutri-survey>
- ผลิดา หนูดลละ, ปิยะนุช จิตตบุญ, และกาญจน์สุนัภส บาลทิพย์. (2560). ผลของโปรแกรมการเตือนตนเองด้านการบริโภคอาหารโดยใช้อินเตอร์เน็ตต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและน้ำหนักตัวในวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกิน. วารสารสภาการพยาบาล, 32(1), 32-46
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2562). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2564). ประเมินการค่าใช้จ่ายต่อความยากจนภาวะสังคมไทย ไตรมาสสาม (อุตสาหกรรม). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2564). รายงานสถานการณ์สุขภาพประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี. อุบลราชธานี: กระทรวงสาธารณสุข.



เอกสารอ้างอิง

- สำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียน วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี. (2566). จำนวนนักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี ปีการศึกษา 2566. สืบค้นจาก: <http://www.uvc.ac.th/home/index.php/all-uvc/resource-management-department/registrar-section>
- ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี. (2565). รายงานการดำเนินงานอนามัยเด็กวัยเรียนศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี. อุบลราชธานี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- Best, J.W., & Kahn, J.V. (1997). *Research in Education*. (8th ed). Boston: Allyn & Bacon.
- Bloom, B.S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill.
- Burke, L. E., Styn, M. A., Glanz, K., Ewing, L. J., Elci, O. U., Conroy, M. B. et al. (2009). SMART trial: A randomized clinical trial of self-monitoring in behavioral weight management-design and baseline findings. *Contemporary Clinical Trials*. 30(6), 540-551.
<https://doi.org/10.1016/j.cct.2009.07.003>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021). *Overweight & Obesity*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/obesity/data/adult.html>
- Contento, I. R. (2016). *Nutrition education: Linking research, theory, and practice* (3rd ed). Jones & Bartlett Learning.
- Israel, B.A., Eng, E., Schulz, A.J., & Parker, E.A. (2005). *Methods in community-based participatory research for health*. Jossey-Bass.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1998). *The Participation Action Research Reader* (3rd ed). Geelong: Deakin University Press.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (2005). *Participatory action research: Communicative action and the public sphere*. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds), *The Sage handbook of qualitative research* Sage.
- Kolb, D.A. (2014). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development* (2nd ed). Pearson FT Press.
- Minkler, M., & Wallerstein, N. (Eds.). (2008). *Community-based participatory research for health: From process to outcomes* (2nd ed). Jossey-Bass.
- Nestle, M. (2013). *Food politics: How the food industry influences nutrition and health* (3rd ed). University of California Press.



เอกสารอ้างอิง

Reason, P., & Bradbury, H. (2008). *The Sage handbook of action research: Participative inquiry and practice* (2nd ed). Sage.

World Health Organization. (2021). *Obesity and Overweight*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>



การศึกษาระบบบริการสุขภาพ ปัญหาอุปสรรค และความคิดเห็นของประชาชนต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในระยะเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

กุลธิดา กุลประทีปปัญญา¹, เพชรรัตน์ พิบาลวงศ์¹, ชีระวัฒน์ วีระพันธ์², ชีระพงษ์ แก้วภมร³ และรุ่งรัตน์ พลະไกร^{3*}

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี

³สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

(วันที่รับบทความ: 23 มีนาคม 2567; วันที่แก้ไข: 27 มิถุนายน 2567; วันที่ตอบรับ: 21 กรกฎาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบบริการสุขภาพ ปัญหาอุปสรรค และความคิดเห็นของประชาชนต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในระยะเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลวิชาชีพจำนวน 18 คน และประชาชนผู้รับบริการในอำเภอเหล่าเสือโก้กจำนวน 415 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถาม และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรง IOC 0.67-1.00 และค่าเที่ยงโดย Cronbach's Alpha=0.87 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า ระบบบริการสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการให้บริการประชาชนใน 4 มิติทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู ครอบคลุมเหมือนเดิม ในส่วนของพยาบาลวิชาชีพหลังการถ่ายโอนมีความสุขในการปฏิบัติงานดี แต่ยังคงมีความกังวลใจเกี่ยวกับความมั่นคงของตำแหน่งงาน ปัญหาและอุปสรรคที่พบคือ งบประมาณ และการจัดอัตรากำลังบุคลากรในปัจจุบันยังไม่เพียงพอเนื่องจากบุคลากรที่ไม่ถ่ายโอนจะต้องย้าย อีกทั้งระเบียบกฎหมายระหว่างกระทรวงไม่เหมือนกันจึงต้องมีการปรับตัวอย่างมาก สำหรับความคิดเห็นของประชาชนต่อโรงพยาบาล ในด้านการป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น การฟื้นฟูสภาพ และการให้บริการของบุคลากร ความคิดเห็นก่อนการถ่ายโอนภารกิจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.52, S.D.=0.64) และหลังการถ่ายโอนภารกิจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.46, S.D.=0.66) โดยด้านสถานที่ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกความคิดเห็นก่อนการถ่ายโอนภารกิจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.45, S.D.=0.69) และภายหลังการถ่ายโอนภารกิจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.42, S.D.=0.78)

คำสำคัญ: ระบบบริการสุขภาพ, การถ่ายโอนภารกิจ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

*ผู้รับผิดชอบบทความ: รุ่งรัตน์ พลະไกร; rung.palakai@gmail.com



Studying the Healthcare Service System, Challenges, and Public Opinions Regarding the Transformation of Primary Health Promoting Hospitals through Mission Transfer to Provincial Administrative Organizations

Kunthida Kulprateepunya¹, Petcharat Eab-boon¹, Teerawat Weerapan²,
Theerapong Kaewpamorn³ and Rungrat Palakai^{3*}

¹Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

²Loa Sau Kok District Public Health office, Ubon Ratchathane Province

³Ubon Ratchathani Provincial Public Health Office

(Received: 23 March 2027; Revised: 27 June 2024; Accepted: 21 July 2024)

Abstract

Descriptive research aimed to study the health service system, obstacles' issues, and public opinions regarding the sub-district health promotion hospital during the transition period of mission transfer to the provincial administrative organization. The sample group included eighteen representatives from hospital directors, district public health officers, sub-district administrative organization chiefs, primary health promotion hospital directors, professional nurses, and 415 service recipients from Lao Suea Kok district. The quantitative data were collected with questionnaires and qualitative data with in-depth interviews. The tool's quality was assessed, with an IOC of 0.67-1.00 and a Cronbach's Alpha value of 0.87. Data analysis was conducted using descriptive statistics for quantitative data were analyzed employing content analysis.

The results found that the health service system of sub-district health promotion hospital in the transition phase was similar the previous services for the people in four dimensions including promotion, prevention, treatment and rehabilitation. Professional nurses satisfied after the transfer but there were still worries about the stability of the position. The problem and obstacle included budget constraints and inadequate personnel allocation due to the need for staff relocation. Furthermore, the differences in regulations between ministries necessitate significant adjustments. Regarding public opinions on the primary health promoting hospitals, before the mission transfer was highest ($\bar{X}$ =4.52, S.D.=0.64) and after was highly ($\bar{X}$ =4.46, S.D.=0.66). The facilities, equipment, and amenities before the mission transfer was at a high level ($\bar{X}$ =4.45, S.D.=0.69) and after the mission transfer was at a high level ($\bar{X}$ =4.42, S.D.=0.78).

Keyword: healthcare service system, mission transfer, primary health promotion hospital

***Corresponding author:** Rungrat Palakai; rung.palakai@gmail.com



บทนำ

ประเทศไทยมีระบบบริการด้านสุขภาพ ครอบคลุมทุกจังหวัด และทุกพื้นที่ มีสถานบริการหลากหลายระดับ อาทิ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน รวมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยระบบการดูแล ทั้งหมดยังอยู่ภายใต้การกำกับของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีบทบาทและหน้าที่ในการควบคุมมาตรฐานการให้บริการ สุขภาพ เพื่อการยกระดับคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การฟื้นฟูและส่งเสริม สุขภาพ ตลอดจนการแพทย์ฉุกเฉิน และการคุ้มครองผู้บริโภค (ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ, 2556) ในปี พ.ศ. 2562 เกิด กลไกสำคัญในการขับเคลื่อนด้านสุขภาพ โดยการกระจายอำนาจตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ที่มี เป้าหมายเพื่อให้ประชาชนทุกพื้นที่ได้รับบริการทั่วถึง และผู้ให้บริการมีความคล่องตัวในการทำงาน ซึ่งในระยะแรกสถาน บริการถ่ายโอนภารกิจมีข้อมูลบ่งชี้เกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นว่ามีความ แตกต่างกันตามบริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่ ส่วนบริบทของการดำเนินงาน 2 ใน 3 ของสถานบริการที่ถ่ายโอนไม่ เปลี่ยนแปลงไปจากก่อนการถ่ายโอน และมีเพียง 1 ใน 4 ของสถานบริการที่ถ่ายโอนสามารถทำงานได้ตามเป้าประสงค์ การให้บริการครอบคลุมการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค อันเป็นหน้าที่พื้นฐาน รวมถึงการตอบโจทย์ นโยบายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการคิดค้นพัฒนางานตามความต้องการสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่น (วราภรณ์ ผ่องอ่วย และคณะ, 2565)

บทบาทตามภารกิจหลักด้านการบริหารจัดการในเชิงผลกระทบของการถ่ายโอนต่อสุขภาพของประชาชน การ เข้าถึงบริการ ความเป็นธรรม มีหลักฐานเชิงประจักษ์บ่งชี้ว่า สถานบริการสาธารณสุขมีการดำเนินงานตามองค์ประกอบทั้ง 6 ด้านอยู่ในระดับดี ได้แก่ งานบริการสุขภาพ ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น การคลัง ด้านสุขภาพ และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (ปนิตา ชีรสถกุล และคณะ, 2561) โดยเฉพาะระบบบริการสุขภาพ ระบบ บบประมาณและความสัมพันธ์ระหว่างกันดีขึ้นกว่าเดิม แต่ยังมีปัญหาการจัดการด้านกำลังคน ด้านคุณภาพข้อมูล ด้านยา และเวชภัณฑ์ที่คล้ายคลึงกับสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้น การเตรียมความพร้อมให้กับเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข และบุคลากรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก่อนการถ่ายโอนมีส่วนช่วยทำให้เกิดการปรับตัวในการทำงาน ร่วมกัน รวมถึงประเด็นความก้าวหน้าของตำแหน่งทางวิชาชีพ โอกาสในการพัฒนาทางวิชาการ และการสนับสนุน ทรัพยากรจากหน่วยบริการประจำที่เป็นคู่สัญญาในการจัดบริการ (Contracted Unit for Primary care: CUP) (จรรยาพร ศรีศัลลักษณ์, 2560) อันจะนำไปสู่การดำเนินงานเพื่อดูแลสุขภาพประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ

ในปี 2564 เขตสุขภาพที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ถ่ายโอนจำนวน 55 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 17.09 ซึ่งอยู่ภายใต้ การกำกับของ 12 อำเภอ มีบุคลากรที่ถ่ายโอนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 333 คน หน่วยงานนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 36 คน รวมทั้งสิ้น 369 คน โดยมีเพียงแค่ 2 อำเภอเท่านั้นที่มีสถานบริการถ่าย โอนร้อยละ 100 ได้แก่ อำเภอเหล่าเสือโก้ก และอำเภอนาเยีย ซึ่งเป็นอำเภอขนาดเล็ก มีระบบบริการสุขภาพด้วย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทั้งขนาดใหญ่ กลาง เล็ก ให้บริการในพื้นที่ โดยอำเภอเหล่าเสือโก้กมีความ



พร้อม และบริบทที่ครอบคลุมสามารถฉายภาพการเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขไปสู่สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมดได้อย่างชัดเจน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2565)

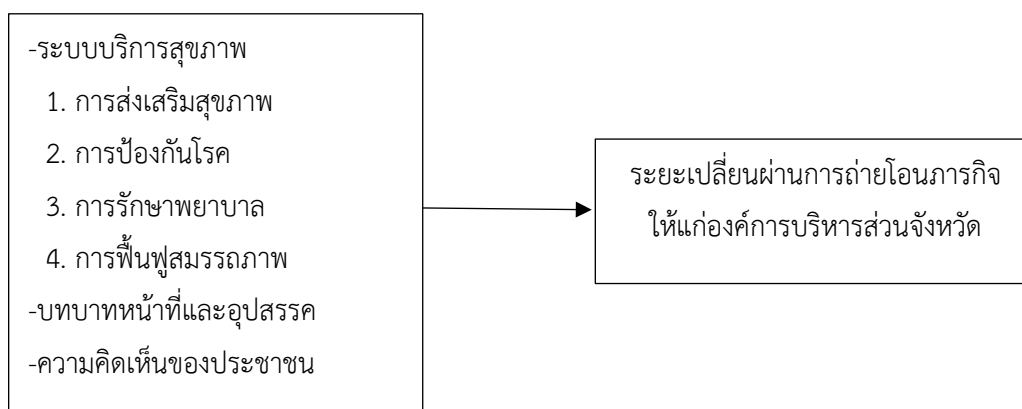
การขับเคลื่อนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอนภารกิจ ทั้งระบบการทำงาน บทบาทหน้าที่ การบริหารจัดการต่างๆ ของระบบบริการสุขภาพจากกระทรวงสาธารณสุขไปสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด กระทรวงมหาดไทย เพื่อยกระดับการบริการด้านสุขภาพในชุมชนให้มีประสิทธิภาพทั้งในเชิงการทำงาน และเชิงระบบการบริหารจัดการ ดังนั้น การศึกษาระบบบริการสุขภาพ ปัญหาอุปสรรค และความคิดเห็นของประชาชนต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในระยะเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อใช้เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย แลพัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระบบบริการสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. เพื่อศึกษาบทบาทหน้าที่และอุปสรรค ของโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลวิชาชีพ และนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ในการปฏิบัติงานในระยะเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอนภารกิจ
3. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของประชาชนผู้รับบริการต่อระบบบริการสุขภาพในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรค รักษา และฟื้นฟูสภาพในระยะเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอนภารกิจ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดเกี่ยวกับการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยศึกษาระบบบริการสุขภาพ ปัญหาอุปสรรค และความคิดเห็นของประชาชนต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในระยะเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอนภารกิจ ของอำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยในเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เก็บรวบรวมข้อมูลในเชิงปริมาณ (Quantitative data) และเชิงคุณภาพ (Qualitative data)

ประชากร ประชากรในการศึกษาประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สาธารณสุขอำเภอ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล และประชาชนที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่อำเภอเหล่าเสือโก้ก จำนวน 21,395 คน

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ดังนี้

1. การศึกษาระบบบริการสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอนภารกิจ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงที่ปฏิบัติงานในสถานบริการถ่ายโอนภารกิจเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 1 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเหล่าเสือโก้ก จำนวน 6 คน รวมทั้งหมดจำนวน 7 คน

2. การศึกษาบทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลวิชาชีพ และองค์การบริหารส่วนตำบล รวมทั้งปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติงานในระยะเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายอำเภอเหล่าเสือโก้กที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับสถานบริการถ่ายโอนภารกิจเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 1 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 6 คน สาธารณสุขอำเภอ จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งละ 1 คน รวมจำนวน 6 คน และนายกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 4 คน รวมทั้งหมดจำนวน 18 คน

3. การศึกษาความคิดเห็นของประชาชนผู้รับบริการต่อระบบบริการสุขภาพในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รักษา และฟื้นฟูสภาพ ในระยะเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอนภารกิจ กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่อำเภอเหล่าเสือโก้ก ทั้งหมดจำนวน 21,395 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานีอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป 2) ประชาชนที่ไม่มีปัญหาด้านการพูด การฟังและการเขียน 3) เป็นประชาชนที่เคยมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งก่อนและหลังการถ่ายโอน และ 4) มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมวิจัย มีเกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) ประชาชนที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ เช่น ผู้ป่วยด้านจิตเวช 2) ประชาชนที่ไม่สมัครใจให้ข้อมูล

การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณของ Krejcie & Morgan (1970)

$$n = \frac{X^2 N p(1-p)}{e^2(N-1) + X^2 p(1-p)}$$

เมื่อ n เท่ากับขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N เท่ากับขนาดของประชากร



e เท่ากับความคลาดเคลื่อนของสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05

x^2 แทนค่าไคสแควร์ที่ $df=1$ และระดับความเชื่อมั่น 95% ($x^2=3.841$)

p เท่ากับ 0.5

จากสูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 378 คน เพื่อลดความคลาดเคลื่อนผู้วิจัยเพิ่มจำนวนขึ้นร้อยละ 10 ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 415 คน ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างตามจำนวนโดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) แบ่งตามสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย 2 ตอน ได้แก่ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ และเครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้

ตอนที่ 1 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ ประเภตสิทธิการรักษา และจำนวนครั้งที่มารับบริการต่อปี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นสำหรับผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ต่อคุณภาพของกิจกรรม ผลงาน บริการที่ได้รับ จำนวน 36 ข้อ ประกอบด้วยความคิดเห็นต่อการให้บริการ 4 ด้าน 1) ด้านส่งเสริมจำนวน 4 ข้อ ด้านการป้องกันจำนวน 6 ข้อ 2) ด้านการรักษาจำนวน 5 ข้อ 3) ด้านการฟื้นฟูจำนวน 3 ข้อ 4) ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่/บุคลากรจำนวน 10 ข้อ และ 5) ด้านสถานที่ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก จำนวน 8 ข้อ ข้อคำถามกำหนดให้เลือกตอบโดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ น้อยที่สุดให้ 1 คะแนน น้อยให้ 2 คะแนน ปานกลางให้ 3 คะแนน มากให้ 4 คะแนน และมากที่สุดให้ 5 คะแนน ซึ่งแปลผลคะแนนโดยประยุกต์ใช้เกณฑ์แบบอิงกลุ่ม (Best & Kahn, 1977) ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.0-1.89 หมายถึง ความคิดเห็นต่อระบบบริการอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.90-2.69 หมายถึง ความคิดเห็นต่อระบบบริการอยู่ในระดับน้อย

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.70-3.49 หมายถึง ความคิดเห็นต่อระบบบริการอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.50-4.29 หมายถึง ความคิดเห็นต่อระบบบริการอยู่ในระดับมาก

ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.30-5.00 หมายถึง ความคิดเห็นต่อระบบบริการอยู่ในระดับมากที่สุด

ตอนที่ 2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การสัมภาษณ์ด้วยข้อคำถาม

การสัมภาษณ์พบปะด้านการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และด้านบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ ของผู้เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย โรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลวิชาชีพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ด้วยการวิเคราะห์บริบทและเนื้อหาของบทบาท และหน้าที่การดำเนินงานในสถานบริการถ่ายโอนภารกิจ



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ด้วยเกณฑ์ความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นจึงนำผลมาพิจารณาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC ระหว่าง .67-1.00 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนในอำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach Alpha ได้ค่าเท่ากับ .87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมในการวิจัย
2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้บริการและความคิดเห็นสำหรับผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่อคุณภาพของกิจกรรม ผลงานบริการที่ได้รับ กับประชาชนที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่อำเภอเหล่าเสือโก้ก จำนวน 415 คน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายในห้วงก่อนถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดในเดือน ตุลาคม 2565 และหลังถ่ายโอนภารกิจในเดือน มีนาคม 2566
3. เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์บาทด้านการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และด้านบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ กับผู้เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล ในระยะเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอนภารกิจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และการวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การวิเคราะห์เนื้อหา (Content) และบริบท (Context)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ทำในมนุษย์คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมในการวิจัย ผู้วิจัยได้ขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ เลขที่ 2/2566 ลงวันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2566

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการจำนวน 415 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 79.3 โดยกลุ่มอายุ 51 ปีขึ้นไปมากที่สุด (ร้อยละ 47.0) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 26.0 โดยอายุเฉลี่ยเท่ากับ 49.2 ปี (S.D.=13.4) จบชั้นมัธยมศึกษามากที่สุดร้อยละ 46.3 รองลงมาจบระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 43.6) และประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุดร้อยละ 73.7



มีสิทธิการรักษาเป็นบัตรทองร้อยละ 87.7 โดย 1 ใน 3 ของประชาชนมารับบริการมากกว่า 6 ครั้งต่อปี ร้อยละ 35.2 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้านผู้รับบริการ (n=415)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	86	20.7
หญิง	329	79.3
2. อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 20 ปี	14	3.4
20-30 ปี	29	6.9
31-40 ปี	61	14.7
41-50 ปี	116	28.0
51 ปีขึ้นไป	195	47.0
$\bar{X}=49.2$ S.D.=13.4 Min=18 Max=85		
3. ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	181	43.6
มัธยมศึกษา	192	46.3
ปวส./อนุปริญญา	15	3.6
ปริญญาตรี	24	5.8
ปริญญาโท	3	0.7
4. อาชีพ		
นักเรียน/นักศึกษา	17	4.1
เกษตรกร	306	73.7
ลูกจ้างทุกประเภท	48	11.6
ค้าขาย	29	7.0
ข้าราชการ	7	1.7
อื่น ๆ เช่น งานอิสระ	8	1.9
5. ประเภทสิทธิการรักษา		
บัตรทอง	364	87.7
ประกันสังคม	39	9.4
ข้าราชการ	12	2.9
6. จำนวนครั้งที่มารับบริการ (จำนวนครั้ง/ปี)		
1-2 ครั้ง	104	25.1
3-4 ครั้ง	114	27.5
5-6 ครั้ง	51	12.3
มากกว่า 6 ครั้ง	146	35.2



ส่วนที่ 2 การศึกษาระบบบริการสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เจ้าหน้าที่กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 18 คน พบว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาล จำนวน 1 คน เป็นเพศชาย มีประสบการณ์ในการทำงาน มากกว่า 5 ปี ส่วนสาธารณสุขอำเภอ เพศชายมีอายุ 50 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 20 ปี สำหรับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 6 คน เพศชาย ร้อยละ 50.0 และเพศหญิงร้อยละ 50.0 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 52.5 ปี ร้อยละ 100 มีประสบการณ์ทำงาน 20 ปีขึ้นไป และเป็นบุคลากรเป็นข้าราชการ ในขณะที่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 6 คนเป็นเพศหญิงทั้งหมด ส่วนใหญ่อายุ 50 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 66.7) โดยร้อยละ 50 มีประสบการณ์ทำงาน 20 ปีขึ้นไป ส่วนนายกองค์การบริหารส่วนตำบลจำนวน 4 คน เป็นเพศชายทั้งหมด อายุเฉลี่ย 51.5 ปี ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงาน 20 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 75.0)

จากการสอบถามความคิดเห็นสำหรับผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ต่อคุณภาพของกิจกรรมให้บริการตามระบบบริการสุขภาพในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งก่อนและภายหลังการถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 โดยให้บริการตามระบบบริการสุขภาพ ได้แก่

- 1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การให้บริการฝากครรภ์ การให้สุขศึกษา การส่งเสริมการออกกำลังกาย และการให้คำปรึกษา ทั้งก่อนและหลังการถ่ายโอนภารกิจให้บริการคิดเป็นร้อยละ 100
- 2) ด้านการป้องกันโรค ประกอบด้วย การฉีดวัคซีน การตรวจสุขภาพช่องปาก การคัดกรองมะเร็ง และการคัดกรองเบาหวาน ทั้งก่อนและหลังการถ่ายโอนภารกิจให้บริการคิดเป็นร้อยละ 100
- 3) ด้านการรักษา ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น การจ่ายยารักษาเบื้องต้น การทำหัตถการ และการติดตามเยี่ยมบ้าน ทั้งก่อนและหลังการถ่ายโอนภารกิจให้บริการคิดเป็นร้อยละ 100
- 4) ด้านการฟื้นฟูสภาพ ประกอบด้วย การกายภาพบำบัด และการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังการบำบัดยาเสพติด ทั้งก่อนและหลังการถ่ายโอนภารกิจให้บริการคิดเป็นร้อยละ

ผลของการศึกษาคิดเห็นของประชาชนผู้รับบริการต่อระบบบริการสุขภาพในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รักษา และฟื้นฟูสภาพ ในระยะเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอนภารกิจ

ผลความคิดเห็นของประชาชนผู้รับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจตามแนวทางการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา การฟื้นฟู การให้บริการของเจ้าหน้าที่/บุคลากร และสถานที่ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก พบว่า ด้านการส่งเสริมสุขภาพคะแนนการให้บริการก่อนและหลังถ่ายโอนภารกิจ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.27$, S.D.=0.71 และ $\bar{X}=4.28$, S.D.=0.76 ตามลำดับ) ส่วนการให้บริการด้านการป้องกัน ก่อนถ่ายโอนภารกิจอยู่ในระดับดีมากที่สุด ($\bar{X}=4.50$, S.D.=0.65) และหลังการถ่ายโอนภารกิจลดลงมาอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.46$, S.D.=0.70) ในขณะที่ด้านการรักษา ก่อนและหลังการถ่ายโอนภารกิจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.44$, S.D.=0.67 และ $\bar{X}=4.35$, S.D.=0.70 ตามลำดับ) ส่วน



การให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ ก่อนและหลังการถ่ายโอนภารกิจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.34, S.D.=0.80 และ $\bar{X}$ =4.27, S.D.=0.81 ตามลำดับ)

สำหรับความคิดเห็นด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่/บุคลากร ก่อนการถ่ายโอนภารกิจการให้บริการอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.52, S.D.=0.64) ในขณะที่หลังการถ่ายโอนภารกิจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.46, S.D.=0.66) สำหรับด้านสถานที่ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ก่อนและหลังการถ่ายโอนภารกิจการให้บริการอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.45, S.D.=0.69) และ ($\bar{X}$ =4.42, S.D.=0.78) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นของประชาชนผู้รับบริการต่อการให้บริการก่อนและหลังการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ความคิดเห็นของประชาชนต่อการให้บริการของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล	ก่อนการถ่ายโอน ภารกิจ		แปลผล	หลังการถ่ายโอน ภารกิจ		แปลผล
	$\bar{X}$	S.D.		$\bar{X}$	S.D.	
การส่งเสริม	4.27	0.71	มาก	4.28	0.76	มาก
1. ได้รับการฝากครรภ์ อย่างน้อย 5 ครั้ง	4.22	0.91	มาก	4.26	0.95	มาก
2. ได้รับศึกษาในโรงเรียน	4.26	0.88	มาก	4.27	0.95	มาก
3. ได้รับการส่งเสริมการออกกำลังกาย	4.19	0.97	มาก	4.25	0.99	มาก
4. ได้รับคำปรึกษาด้านสุขภาพทุกกลุ่มวัย เช่น ปัญหาสุขภาพทั่วไป, สุขภาพจิต, การตั้งครรภ์ไม่พร้อม ฯลฯ	4.40	0.78	มากที่สุด	4.34	0.90	มากที่สุด
การป้องกัน	4.50	0.65	มากที่สุด	4.46	0.70	มากที่สุด
5. ได้รับวัคซีน Covid-19 ตามรัฐบาลจัดสรรให้	4.69	0.62	มากที่สุด	4.60	0.77	มากที่สุด
6. ได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่	4.57	0.82	มากที่สุด	4.54	0.88	มากที่สุด
7. ได้รับวัคซีนครบกำหนดตามเกณฑ์	4.58	0.75	มากที่สุด	4.54	0.81	มากที่สุด
8. ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากปีละ 1 ครั้ง	4.33	0.96	มากที่สุด	4.31	1.01	มากที่สุด
9. ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม (เฉพาะเพศหญิง)	4.29	0.99	มาก	4.25	1.04	มาก
10. ได้รับการตรวจน้ำตาลในเลือดเพื่อคัดกรองเบาหวาน	4.57	0.82	มากที่สุด	4.51	0.85	มากที่สุด
การรักษา	4.44	0.67	มากที่สุด	4.35	0.70	มากที่สุด
11. ได้รับยาเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย	4.56	0.77	มากที่สุด	4.46	0.87	มากที่สุด
12. ได้รับการรักษาเบื้องต้น เช่น ทำแผล เย็บแผล	4.53	0.75	มากที่สุด	4.42	0.86	มากที่สุด
13. การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	4.52	0.87	มากที่สุด	4.39	0.93	มากที่สุด
14. ได้รับการวินิจฉัยโรคเบื้องต้นเพื่อส่งต่อ	4.42	0.84	มากที่สุด	4.43	0.88	มากที่สุด
15. ได้รับการบริการ ถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน	4.15	1.09	มาก	4.03	1.15	มาก
การฟื้นฟู	4.34	0.80	มากที่สุด	4.27	0.81	มาก
16. ฟื้นฟูมารดาหลังคลอด	4.26	0.98	มาก	4.25	0.99	มาก
17. กายภาพบำบัดผู้ป่วยติดเตียง	4.45	0.84	มากที่สุด	4.36	0.88	มากที่สุด
18. นวดฟื้นฟู	4.32	0.94	มากที่สุด	4.21	1.04	มาก



ตารางที่ 2 ความคิดเห็นของประชาชนผู้รับบริการต่อการให้บริการก่อนและหลังการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ต่อ)

ความคิดเห็นของประชาชนต่อการให้บริการของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล	ก่อนการถ่ายโอน ภารกิจ		แปลผล	หลังการถ่ายโอน ภารกิจ		แปลผล
	$\bar{X}$	S.D.		$\bar{X}$	S.D.	
ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่/บุคลากร	4.52	0.64	มากที่สุด	4.46	0.66	มากที่สุด
19. การพูดจาสุภาพ	4.48	0.87	มากที่สุด	4.45	0.90	มากที่สุด
20. ความเป็นมิตรหรือความเป็นกันเอง	4.54	0.83	มากที่สุด	4.53	0.81	มากที่สุด
21. ความรู้ความสามารถในการให้บริการ	4.60	0.70	มากที่สุด	4.57	0.77	มากที่สุด
22. ใช้ภาษาและคำพูดที่เข้าใจง่าย	4.60	0.77	มากที่สุด	4.56	0.78	มากที่สุด
23. ให้บริการตามลำดับก่อนหลัง เช่น มาก่อนต้องได้รับ บริการก่อน ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน	4.55	0.79	มากที่สุด	4.52	0.79	มากที่สุด
24. ระยะเวลาในการให้บริการมีความเหมาะสม	4.47	0.80	มากที่สุด	4.43	0.84	มากที่สุด
25. ขั้นตอนการให้บริการมีความสะดวก รวดเร็ว	4.47	0.79	มากที่สุด	4.47	0.80	มากที่สุด
26. มีจำนวนเพียงพอต่อการให้บริการ	4.40	0.86	มากที่สุด	4.16	1.08	มาก
27. มีความพร้อมในการให้บริการแก่ผู้รับบริการเป็นอย่างดี	4.52	0.80	มากที่สุด	4.44	0.87	มากที่สุด
28. มีความรู้ ความสามารถในการให้บริการ	4.56	0.71	มากที่สุด	4.49	0.81	มากที่สุด
ด้านสถานที่ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก	4.45	0.69	มากที่สุด	4.42	0.78	มากที่สุด
29. มีป้ายบอกช่องรับบริการชัดเจน	4.62	0.71	มากที่สุด	4.54	0.82	มากที่สุด
30. แสงสว่างในห้องน้ำเพียงพอ สามารถมองเห็นได้	4.52	0.76	มากที่สุด	4.47	0.82	มากที่สุด
31. ห้องน้ำไม่อยู่ที่ลับตา หรือ เปื้อน	4.52	0.76	มากที่สุด	4.56	2.63	มากที่สุด
32. ความสะอาดของสถานที่	4.41	0.98	มากที่สุด	4.34	1.01	มากที่สุด
33. แก้วน้ำเพียงพอต่อการใช้งาน เมื่อมารับบริการ	4.35	1.01	มากที่สุด	4.34	1.04	มากที่สุด
34. กระดาษชำระเพียงพอต่อการใช้งาน	4.10	1.21	มาก	4.07	1.21	มาก
35. เจล หรือ สเปรย์แอลกอฮอล์ พร้อมให้บริการตลอดเวลา ที่เปิดให้บริการ	4.61	0.74	มากที่สุด	4.59	0.75	มากที่สุด
36. มีส่วนนั่งรอสำหรับผู้พิการ ผู้สูงวัย หญิงตั้งครรภ์ อย่างน้อย 1 ที่	4.50	0.79	มากที่สุด	4.46	0.84	มากที่สุด

จากการสำรวจประชาชนผู้รับบริการตอบแบบสอบถามในเรื่องของความคิดเห็นด้านการป้องกันโรค ก่อนการถ่ายโอนภารกิจอยู่ในระดับมากที่สุดและภายหลังการถ่ายโอนอยู่ในระดับมาก ผู้รับบริการให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า “วัคซีนใช้ขวดใหญ่ไม่เพียงพอ อยากให้เพิ่มบุคลากร อยากให้คลินิกโรคเรื้อรังย้ายกลับมาเหมือนก่อนการถ่ายโอน” และความคิดเห็นด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่/บุคลากรก่อนการถ่ายโอนภารกิจอยู่ในระดับมากที่สุด และภายหลังการถ่ายโอนภารกิจอยู่ในระดับมาก ผู้รับบริการให้ข้อมูลว่า “อยากให้มีการแพทย์ตรวจเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านเหมือนก่อนยังไม่ถ่าย



โอนเนื่องจากเดินทางไกลไปเหล่าเสือโก้ก อยากได้เจ้าหน้าที่ทันตกรรม” “ขาดแคลนเจ้าหน้าที่เพราะบางคนไม่ย้ายโอนไปตาม รพ.สต. เลยย้ายไปทำงานที่อื่น ทำให้ รพ.สต. นั้นไม่มีเจ้าหน้าที่”

ส่วนที่ 3 การศึกษาบทบาทหน้าที่และอุปสรรค ของโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลวิชาชีพ และนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ด้วยแบบสัมภาษณ์บทบาทการทำงานในระยะเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอนภารกิจ

1. บทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลชุมชนและการดำเนินงานภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ

ในระยะเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอนภารกิจผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน มีความเห็นว่า “การบริหารจัดการการประสานงาน ยังไม่ลงตัวทำให้หน้างานมีการติดขัดอยู่บ้าง”

สำหรับผลลัพธ์ภายหลังการถ่ายโอนด้านการให้บริการจากการสัมภาษณ์ได้ข้อมูลจุดเด่นคือ “มีการบริหารจัดการของตนเองใน รพ.สต.” และสิ่งที่ต้องพัฒนาคือ “การประสานงาน และการบริหารจัดการระบบ”

ส่วนการให้บริการด้านสุขภาพประชาชนในภาพรวม มีความเห็นว่า “ไม่มีการเปลี่ยนแปลง”

สำหรับประเด็นความแตกต่างในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพภายหลังการถ่ายโอนภารกิจมีความแตกต่างจากเดิม คือ “มีการจัดทำแผน ทำโครงการต่างๆของ รพ.สต. เอง”

ความแตกต่างบทบาทหน้าที่ของสาธารณสุขอำเภอก่อนและภายหลังถ่ายโอนภารกิจ มีความเห็นว่าแตกต่างไปจากเดิม “การประสานงานต้องรอ MOU จาก สสจ. ที่ต้องตกลงกับ อบจ. ก่อน”

สำหรับปัญหา อุปสรรคในกระบวนการถ่ายโอนภารกิจ มีความเห็นว่าในด้านการบริหารจัดการ ส่วนการจัดการทรัพยากร (งบประมาณ ยา เวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์) เทียบกับก่อนการถ่ายโอนภารกิจ ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า

“ไม่มีการเปลี่ยนแปลง แต่ต้องทำทะเบียนเบิกจ่ายที่ชัดเจนมากกว่าเดิมเพราะอยู่คนละครึ่ง”

ส่วนการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ “ต้องอาศัยระเบียบ MOU ที่มีมติร่วมกันสองฝ่าย” มีประเด็นปัญหาเรื่องการประสานงาน เพราะ “อยู่คนละครึ่งจะเข้าไปสั่งการ / ประสานงานโดยตรงไม่ได้”

2. บทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและการดำเนินงานภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ข้อมูลว่า

“ประชาชนได้รับบริการที่ดีขึ้น” และ “พยาบาลมีขีดความสามารถในการดูแลประชาชนมากขึ้น”

สำหรับปัญหาและอุปสรรคในกระบวนการถ่ายโอนภารกิจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ข้อมูลว่า “บุคลากรที่ไม่ย้ายโอนจะต้องย้ายออกจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำให้ขาดอัตรากำลัง” อีกทั้ง “ระเบียบกฎหมายต่างๆระหว่างกระทรวง ไม่เหมือนกัน แต่ได้รับการแก้ไขดีขึ้นเรื่อย ๆ ต้องเรียนรู้มากขึ้น”

“บุคลากรไม่เพียงพอ” “โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้บริการเชิงรุกในชุมชนมากขึ้นเพื่อให้ประชาชนมีความผาสุก” และ “ได้รับอุปกรณ์ทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้นและป้าย อาคาร ได้รับการซ่อมแซมดีขึ้น”



ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า “มีการเข้าถึงประชาชนมากขึ้น ลดงาน KPI หน้าคอมพิวเตอร์ลง” “รวดเร็ว ทันใจ งบประมาณเยอะ ลดขั้นตอนการทำงานต่อประชาชน” “มีความรวดเร็วในการติดต่อประสานงานมากขึ้น” แต่หน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังมีจุดอ่อนประเด็น “ระยะแรกขาดแคลนบุคลากรแพทย์ไม่ออกให้บริการตาม รพ.สต.” “ขั้นตอนในการเบิกจ่ายอาจมีหลายขั้นตอนขึ้น” และ “มีระเบียบวิธีปฏิบัติที่ยังไม่ชัดเจนในช่วงถ่ายโอนใหม่ๆ”

3. บทบาทหน้าที่ของสาธารณสุขอำเภอและการดำเนินงานภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ

การดูแลสุขภาพของประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงในหลายประเด็น อาทิ “ในระยะเปลี่ยนผ่านต้องมีการทำบันทึกข้อตกลงการให้บริการอาจทำให้ประชาชนได้รับผลกระทบต่อการให้บริการ” โดยผลลัพธ์ภายหลังการถ่ายโอนพบจุดเด่นสำคัญคือ “การรับบริการการขับเคลื่อนนโยบาย อาจตอบโจทย์มากกว่าส่วนกลาง” โดยมีสิ่งที่ต้องพัฒนาประกอบด้วย “สร้างกระบวนการรับรู้ ความร่วมมือ ประสานงาน การยึดบริการให้ยึดเอาประชาชนเป็นศูนย์กลางมากกว่าองค์กรหรือหน่วยงาน”

ปัญหาและอุปสรรค พบว่า “เรื่องงบประมาณยังเป็นปัญหาทำให้การวางระบบให้บริการยังไม่ชัดเจน เช่น เงิน PP OP เงินอุดหนุนอื่นๆ” “เดิมการวางยุทธศาสตร์จาก รัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพ สาธารณสุขอำเภอ ในขณะที่การวางแผนยุทธศาสตร์ใหม่ จากรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพ สาธารณสุขอำเภอ ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนจังหวัด”

“ในระยะเปลี่ยนผ่านยังมีประเด็นการขับเคลื่อนการปฏิบัติภายใต้การปฏิบัติของหน่วยงานซึ่งต่างกัน อาจต้องรอการสั่งการก่อน ทำให้ยังไม่คล่องตัวเท่าที่ควร”

4. บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพและการดำเนินงานภายหลังการถ่ายโอน

พยาบาลวิชาชีพ กล่าวว่า “เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขนับอายุเกือบลในการปรับระดับชำนาญการ แต่หลังจากถ่ายโอนไม่นับอายุเกือบลให้ ทำให้ยังเกิดความกังวลใจในการปรับระดับชำนาญการ” “ทำงานเดิม เพิ่มเติม คล่องตัวขึ้น เจ้าหน้าที่มากขึ้น งบประมาณมากขึ้น”

5. บทบาทหน้าที่ของนายกองค์การบริหารส่วนตำบลและการดำเนินงานภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ

นายกองค์การบริหารส่วนตำบล กล่าวว่า “ประชาชนต้องได้รับการตามชุดสิทธิประโยชน์หลักอย่างทั่วถึง” “จัดการบริการสุขภาพตามแผนสุขภาพชุมชน” “ติดตามการปฏิบัติงานตามโครงการงบกองทุน สปสช.”

สำหรับนโยบายในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพพบว่า “ประชาชนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงงบประมาณของ สปสช.” “เน้นการบริหารจัดการทรัพยากรให้คุ้มค่า ประหยัดและมีประสิทธิผล” และมีเพียงร้อยละ 25 เท่านั้นที่มีปัญหาในการจัดสรรยา และเวชภัณฑ์ ให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในความดูแล

อภิปรายผล

ระบบบริการสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตอำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี ให้บริการตามระบบบริการสุขภาพในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รักษา



และฟื้นฟูสุขภาพ ทั้งก่อนและภายหลังการถ่ายโอนภารกิจไม่แตกต่างกัน อธิบายด้วยแนวคิดของ ศิริลักษณ์ โกวิทยานนท์ (2559) ที่กล่าวว่าการดูแลสุขภาพพื้นฐานทั้งหมดของประชาชน ทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพพื้นฐาน สถานพยาบาลระดับนี้จัดบริการที่สถานีนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือที่ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปณิดา ธีรสุฤกุล และคณะ (2561) โดยระบบสุขภาพทั้งภาพรวมและรายด้านทั้ง 6 ด้านอยู่ในระดับดี ได้แก่ งานบริการสุขภาพ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น

บทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลชุมชนและการดำเนินงานภายหลังการถ่ายโอนภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเหล่าเสือโก้ก โดยการดำเนินงานก่อนและภายหลังการถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามพรบ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 มีความแตกต่างกัน ได้แก่ การปรับบทบาทจากการควบคุมกำกับ มาเป็นการนิเทศระบบบริการเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐาน อธิบายตามหลักการปฏิบัติงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภออากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร ส่วนงานราชการที่มีหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือและให้ความรู้ในงานสาธารณสุข เป็นหน่วยบริการเพื่อร่วมให้บริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภออากาศอำนวย จังหวัดเลย, 2564) สอดคล้องกับงานวิจัยที่ได้รับการสนับสนุนประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งด้านบริหาร บริการ และวิชาการ โดยบูรณาการงานทุกภาคส่วน เพื่อผลสัมฤทธิ์ของงานตามเป้าหมาย และตอบสนองความจำเป็นทางด้านสุขภาพของประชาชนขึ้นพื้นฐานในลักษณะผสมผสาน ซึ่งมีความเชื่อมโยงต่อเนื่องของกิจกรรมด้านสุขภาพในลักษณะแบบองค์รวม (วรารักษ์ ผ่องอ่วย และคณะ, 2565) เพื่อประโยชน์สูงสุดของประชาชนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

สำหรับบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพและการดำเนินงานภายหลังการถ่ายโอนภารกิจมีการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาเบื้องต้น ด้านฟื้นฟูสุขภาพ ไม่แตกต่างกันคิดเป็นร้อยละ 100 อธิบายได้ว่า บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีมาตรฐานในการให้บริการ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาเบื้องต้น ฟื้นฟูสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ จรวยพร ศรีศศลักษณ์ (2560) ที่กล่าวถึงบทบาทการทำงาน 2 ใน 3 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่เปลี่ยนแปลงไปจากก่อนการถ่ายโอน โดย 1 ใน 4 สามารถทำงานได้ตามบทบาทหน้าที่ ทั้งการบริการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค อันเป็นหน้าที่พื้นฐาน การตอบโจทยนโยบายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการคิดค้นพัฒนางานที่ตอบโจทยความต้องการสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่น แต่พยาบาลวิชาชีพยังมีความกังวลใจเกี่ยวกับความมั่นคงของตำแหน่งงานของตนคิดเป็นร้อยละ 66.67-และการศึกษาของบุญมี แก้วจันทร์ และคณะ (2565) พบว่า ร้อยละ 34 ของบุคลากรสาธารณสุขไม่แน่ใจในการตัดสินใจต่อการถ่ายโอน และสาเหตุที่ทำให้การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจากกระทรวงสาธารณสุขไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเชียงใหม่ยังไม่เสร็จเรียบร้อย เนื่องจากบุคลากรสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลมีความกังวลใจเกี่ยวกับ 1) ความมั่นคงของตำแหน่งงานของตน 2) อัตราค่าจ้างระยะยาวที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดสรรไว้รองรับ 3) บำเหน็จบำนาญ 4) ความก้าวหน้าเกี่ยวกับตำแหน่งงานของตน



บทบาทหน้าที่ขององค์กรบริหารส่วนตำบลและการดำเนินงานภายหลังการถ่ายโอนภารกิจมีการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายด้านสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 100 อธิบายตามแนวคิดการส่งเสริม สนับสนุน กำกับดูแล และประเมินผลการปฏิบัติราชการของสถานีนานามัยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด (กชพรพรรณ โรจนพิชิตพงษ์, 2559) ในขณะที่การศึกษาสภาพปัจจุบันขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการรับถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความเห็นโดยเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าอยู่ในระดับปานกลางในทุกด้าน (ตุลยดี หล่อตระกูล และคณะ, 2564)

บทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและการดำเนินงานหลังการถ่ายโอนภารกิจ มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหลังการถ่ายโอนภารกิจ คิดเป็นร้อยละ 66.67 สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าปัญหาส่วนใหญ่เป็นปัญหาด้านบุคลากร และการขาดบุคลากรและผู้ให้บริการที่มีความเชี่ยวชาญ อีกทั้งการบริหารจัดการด้านบุคลากรอยู่ในระดับน้อย โดยบุคลากรในระยะแรกยังไม่สามารถรับโอนหรือบรรจุแต่งตั้งบุคลากรสาธารณสุข ทำให้มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานไม่เพียงพอ (ตุลยดี หล่อตระกูล และคณะ, 2564; พูลพฤกษ์ โสภารัตน์, 2564)

ความคิดเห็นของประชาชนผู้รับบริการต่อระบบบริการสุขภาพในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ พบว่าความคิดเห็นในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการรักษาโรค เบื้องต้น ก่อนและหลังการถ่ายโอนภารกิจเท่ากันคืออยู่ในระดับมาก ด้านการป้องกันโรค ก่อนการถ่ายโอนภารกิจอยู่ในระดับมากที่สุด และหลังการถ่ายโอนอยู่ในระดับมาก เป็นผลจากกระบวนการที่เอื้ออำนวยให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการป้องกันโรค รวมถึงมาตรการและกิจกรรมที่ดำเนินการก่อนที่จะเกิดโรคหรือภัย เพื่อไม่ให้เกิดโรคหรือภัย (สินศักดิ์ ชนม์ อุ่นพรมมี, 2556; คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ 20 ปี เพื่อพัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรคแห่งชาติ, 2561) เปรียบเสมือนการสร้างความรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนอันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งนี้ประชาชนต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว สำหรับด้านฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นบทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีการจัดบริการสุขภาพหลังรักษาพยาบาลจนหายจากโรคเพื่อให้อาการกลับสู่สภาวะปกติก่อนเจ็บป่วยมากที่สุดซึ่งรูปแบบบริการก่อนและหลังการถ่ายโอนภารกิจไม่แตกต่างไปจากเดิม (จรรยาพร ศรีศศลักษณ์, 2560) ในขณะที่ความคิดเห็นของประชาชนต่อประเด็นด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่ บุคลากร ที่มีระดับลดลงจากมากที่สุด เป็นระดับมาก ซึ่งเป็นผลจากการเตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่ การสร้างความมั่นใจ และระเบียบข้อบังคับที่ชัดเจนของการถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด (ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ, 2556; จรรยาพร ศรีศศลักษณ์, 2560; ปนิตา ธีรสุฤกุล และคณะ, 2561) อันจะนำไปสู่การให้บริการประชาชนที่ได้มาตรฐาน เจ้าหน้าที่เพียงพอที่สำคัญเข้าถึงประชาชนและตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ตามแนวคิดการถ่ายโอนภารกิจอย่างแท้จริง

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลของการศึกษาสามารถนำไปวางแผนเตรียมความพร้อมสำหรับบุคลากร เพราะเป็นสิ่งสำคัญอันดับต้นๆ ของการถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพราะช่วยสร้างความเชื่อมั่นให้กับบุคลากรที่จะถ่ายโอนไปอยู่กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อันจะส่งผลให้ประชาชนจะได้รับการบริการที่เหมาะสม รวมถึงการให้บริการด้านการ



ป้องกันโรค อาทิ การฉีดวัคซีน การตรวจคัดกรองมะเร็ง รวมถึงคัดกรองเบาหวาน การตรวจสุขภาพช่องปาก ซึ่งเป็นชุดการตรวจขั้นพื้นฐานที่ประชาชนควรได้รับการบริการ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาประสิทธิผลการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตพื้นที่บริการหลังการถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด
2. ศึกษาแนวทางการพัฒนาสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมของประชาชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค หลังการถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

เอกสารอ้างอิง

- กขพรรณ โรจนวิชิตพงศ์. (2559). บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลในการพัฒนาวิสาหกิจชุมชนชนบทไทยเพชรบุรี ศึกษากรณีองค์การบริหารส่วนตำบลนาพันสาม. สืบค้นจาก https://rep0sit0ry.rmutr.ac.th/bitstream/handle/123456789/1002/fulltext_is_76.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ 20 ปี เพื่อพัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรคแห่งชาติ. (2561). แผนพัฒนาด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579). (พิมพ์ครั้งที่ 2). สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- จรรยาพร ศรีศัลลักษณ์. (2560). สรุปบทเรียนการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข). สืบค้นจาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4798/researchhealthcenter%20Jaruayp0rn.pdf?sequence=1>
- ตุลยวดี หล่อตระกูล, อนุวัต กระสังข์ และธิดาภูมิ หนัมนี่. (2564). ความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการรับถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลใน อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารการบริหารนิติบุคคลและวัฒนธรรมท้องถิ่น, 17(6), 29-42.
- บุญมี แก้วจันทร์ และอนุรักษ์ ศรีใจ. (2565). การพัฒนารูปแบบช่วยการตัดสินใจของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการถ่ายโอนไปยังสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด, เชียงรายวารสาร, 14(1), 119-135.
- ปนิดา อธิสุขกุล, บัญชา พร้อมดิษฐ์, จันทิมา นวมะวัฒน์. (2561). การประเมินผลการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขไปยังสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตสุขภาพที่ 3. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 35(2), 203-213.
- พลพฤษ์ โสภารัตน์. (2564). ระบบงานทันตสาธารณสุขภายหลังการถ่ายโอนสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกรณีศึกษา สถานีอนามัยสันนาเม็ง อ.สันทราย จ.เชียงใหม่. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 14(2), 108-118.



เอกสารอ้างอิง

- ลือชัย ศรีเงินยวง, ประเชิญ ศิริวรรณ, สายสุตา วงศ์จินดา และสลักจิต ชื่นชม. (2556). การถ่ายโอนสถานีนอนมัยสู่ท้องถิ่น: การสังเคราะห์บทเรียนจากกรณีศึกษาพื้นที่ถ่ายโอน และข้อเสนอเชิงนโยบาย. ภาควิชาสังคมและสุขภาพ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรภรณ์ ผ่องอ่วย, ปาณิสรา นาเลิศ และโชติ บดีรัฐ. (2565). ช่องว่างและอุปสรรคในการถ่ายโอนภารกิจ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. *วารสารสหวิทยาการวิจัยและวิชาการ*, 2(4). 205-220.
- ศิริลักษณ์ โกวิทยานนท์. (2559). สถานการณ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดพิษณุโลกภายหลังนโยบายยกระดับสถานีนอนมัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ*, 4, 117-136.
- สินศักดิ์ชนม์ อุณพรมมี. (2556). *พัฒนาการสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ*. นนทบุรี: ธนาเพรส จำกัด.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2565). รายงานผลการถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. *สรุปรายงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีประจำปี 2565*.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภออากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร. (2564). *คู่มือการปฏิบัติงานตามภารกิจหลัก และภารกิจสนับสนุน*. สืบค้นจาก https://skk0.m0ph.g0.th/dward/d0cument_file/d_akatamnuyay/training_file_name/20211230174601_733475617.pdf
- Best, J.W., & Kahn, J.V. (1997). (1997). *Research in Education*. 7th ed. Boston: Allyn and Bacon.
- Krejcie, R.V., & Morgan, D.W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.



การประเมินความปลอดภัยด้านเคมีและด้านจุลินทรีย์ของอาหารที่จำหน่ายรอบรั้วโรงเรียน พื้นที่เขตแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร

สรินทร พัฒอำพันธ์^{1*}, วิกรม รุจยากรกุล¹, อนิรุช จันทพาส¹ และสุคนธ์ ขาวกริบ²

¹สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยเทคโนโลยีสยาม

²สาขาวิชาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยเทคโนโลยีสยาม

(วันที่รับบทความ: 1 พฤษภาคม 2567; วันที่แก้ไข: 20 พฤษภาคม 2567; วันที่ตอบรับ: 4 มิถุนายน 2567)

บทคัดย่อ

อาหารเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการเจริญเติบโต การได้รับอาหารที่สะอาดและปลอดภัยส่งผลต่อการมีสุขภาพกายที่แข็งแรง งานวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประเมินความปลอดภัยของอาหารที่วางจำหน่ายรอบรั้วโรงเรียนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา จำนวน 6 แห่ง ในพื้นที่เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร ทั้งทางด้านเคมีและทางด้านจุลินทรีย์ ระหว่างเดือนพฤษภาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2566 นำเสนอผลการศึกษาด้วยค่าความถี่และร้อยละ ผลการสำรวจพบการปนเปื้อนด้านเคมี 11 ตัวอย่างจาก 91 ตัวอย่าง ร้อยละ 12.09 สารเคมีที่พบการปนเปื้อน คือ บอแรกซ์และฟอร์มาลิน อาหารตัวอย่างที่พบการปนเปื้อนบอแรกซ์สูงสุดได้แก่ ลูกชิ้นหมู/เนื้อ หมูแดดเดียว และ ไส้กรอกแดง ร้อยละ 100, 100 และ 66.67 ตามลำดับ ส่วนฟอร์มาลินพบการปนเปื้อนในปลาหมึกสูงสุด ร้อยละ 75.00 และพบการปนเปื้อนด้านจุลินทรีย์ร้อยละ 78.85 โดยพบการปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียในภาชนะ/อุปกรณ์ สูงสุดร้อยละ 100 พบการปนเปื้อนในอาหารพร้อมรับประทานที่วางจำหน่ายสูงสุด ร้อยละ 100 เช่นเดียวกัน พบการปนเปื้อนแบคทีเรียในเครื่องดื่มและน้ำแข็งที่วางจำหน่ายสูงถึงร้อยละ 100 และ 81.25 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าอาหารที่วางจำหน่ายรอบรั้วโรงเรียนมีการปนเปื้อนทั้งทางเคมีและทางจุลินทรีย์อยู่ในระดับสูง หน่วยงานราชการที่ตรวจสอบควบคุมการจำหน่ายอาหารในพื้นที่ดังกล่าวได้นำผลการศึกษาไปประกอบการอบรมให้ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการปนเปื้อนในอาหาร

คำสำคัญ: ความปลอดภัยในอาหาร, รอบรั้วโรงเรียน, สถานที่จำหน่ายอาหาร, กรุงเทพมหานคร

*ผู้รับผิดชอบบทความ: สรินทร พัฒอำพันธ์; sarintronp@siamtechno.ac.th



Evaluation of Chemical and Microbial Safety of Food at Street Food Vendors Around the Schools, a District in Bangkok

Sarintorn Patampan^{1*}, Wikrom Rujayakronkul¹, Anirut Jantapas¹ and Sukon Khawgrib²

¹Public Health Program, Faculty of Health Sciences, Siam Technology College

²Occupational Health and Safety Program, Faculty of Health Sciences, Siam Technology College

(Received: 1 May 2024; Revised: 20 May 2024; Accepted: 4 June 2024)

Abstract

Food is essential for growth and development. The consumption of clean and safe food is critical for maintaining optimal physical health. This descriptive research aimed to study the situation and evaluating the safety of food sold beside the six primary and secondary schools in the Chatuchak area of Bangkok. The study encompassed both chemical and microbiological aspects. The survey revealed chemical contamination in 11 samples from 91 samples (12.09 %). The chemicals founded to be contaminated were borax and formalin. Among the food samples, Pork/beef balls, sun-dried pork, and red sausage were most commonly founded to be contaminated with borax, (100.00 %, 100.00 %, and 66.67% respectively). Regarding formalin, the highest contamination was detected in squids (75.00 %). Microbial contamination was detected for 78.85 %. The highest bacterial contamination was found in containers/equipment and ready-to-eat foods placed for sale, both at 100%. Beverages and ice showed contamination rates of 100.00% and 81.25%, respectively. This research revealed that the food sold around the schools was contaminated at elevated levels in both chemical and microbiological aspects. The government agency had integrated study findings into educational programs focusing on food sanitation to address and prevent food adulteration issues.

Keywords: food safety, around the schools, street food vendors, Bangkok

***Corresponding author:** Sarintorn Patampan; sarintronp@siamtechno.ac.th



บทนำ

อาหารเป็นรากฐานที่สำคัญของการมีสุขภาพที่ดี โดยเฉพาะประชากรวัยเด็กที่มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วและเป็นอนาคตของชาติ การได้รับอาหารที่เหมาะสม สะอาดและปลอดภัยจะส่งผลให้มีพัฒนาการและสุขภาพที่ดี ดังนั้นความปลอดภัยจากอาหารจึงเป็นสิ่งสำคัญ คณะกรรมการอาหารโครงการมาตรฐานอาหารระหว่างประเทศ (Codex Alimentarius: Codex) โดยมีคณะกรรมการร่วมระหว่างองค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติ (Food and Agriculture Organization of the United Nations; FAO) และองค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ให้นิยามคำว่า ความปลอดภัยของอาหาร (Food Safety) หมายถึง อาหารนั้นจะต้องปลอดจากสารพิษและไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้บริโภค ทั้งนี้ต้องมีกรรมวิธีในการเตรียม ประจุ ผสม และรับประทานอย่างถูกต้องตามความมุ่งหมายของอาหารนั้นๆ (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร, 2558) สามารถจำแนกอันตรายในอาหารเป็น 3 ด้าน ดังนี้ 1) อันตรายด้านเคมี หมายถึง อันตรายที่เกิดจากสารเคมี ซึ่งสารเคมีนั้นอาจเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ หรือปนเปื้อนมาในรูปแบบของสารกำจัดแมลงและศัตรูพืช ยาและสารปฏิชีวนะ วัตถุเจือปนที่เติมลงในอาหาร ได้แก่ สารฟอกขาว สารกันรา ฟอรัมาลีน บอแรกซ์ สารปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม แม้กระทั่งสารพิษที่เกิดจากกระบวนการผลิตและปรุงอาหาร 2) อันตรายด้านชีวภาพ หมายถึง อันตรายที่เกิดจากสิ่งมีชีวิต ได้แก่ เชื้อจุลินทรีย์ ปรสิตร และไวรัส เช่น จุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรคก่อให้เกิดการเจ็บป่วยต่อระบบทางเดินอาหารและระบบต่างๆ ในร่างกาย ได้แก่ *Salmonella spp.*, *Staphylococcus aureus*, *Bacillus cereus*, *Escherichia coli*, *Clostridium perfringens* เป็นต้น และ 3) อันตรายด้านกายภาพ หมายถึง อันตรายที่เกิดจากสิ่งแปลกปลอมปนเปื้อนอยู่ในอาหารโดยไม่ตั้งใจ เช่น เศษโลหะ เศษไม้ เศษพลาสติก เศษแมลง เป็นต้น (Rhodehamel, 1992)

จากรายงานสถานการณ์ความปลอดภัยของอาหารปี 2565 สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัยได้รวบรวมข้อมูลการตรวจวิเคราะห์เพื่อเฝ้าระวังความปลอดภัยของอาหารจากหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการดำเนินการตรวจวิเคราะห์ความไม่ปลอดภัยของอาหารทั้ง 13 เขตสุขภาพครอบคลุมทั้ง 76 จังหวัดและกรุงเทพมหานครเพื่อประเมินความไม่ปลอดภัยของอาหารที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอันตรายทางเคมี และอันตรายทางชีวภาพจากการวิเคราะห์ข้อมูลตัวอย่างอาหารจำนวน 134,177 ตัวอย่าง สรุปได้ว่า อาหารที่ตรวจพบการตกค้างของสารกำจัดศัตรูพืชเกินมาตรฐาน ได้แก่ ใบบัวบกและส้ม ส่วนบอแรกซ์พบการปนเปื้อนในกลุ่มอาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากพืช เช่น เส้นบะหมี่ หับทิมกรอบ มากที่สุด ด้านฟอรัมาลีน พบการปนเปื้อนในหมึกกรอบ และสไปนางสูง สำหรับการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์พบว่า กลุ่มอาหารพร้อมบริโภค ทั้งอาหารจานเดียว อาหารที่ผ่านความร้อน ขนม เบเกอรี่ ผู้สัมผัสอาหารและภาชนะ/เครื่องมือ มีการปนเปื้อนของเชื้อโคลิฟอร์มค่อนข้างสูง สำหรับน้ำแข็งและน้ำดื่ม พบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มในน้ำแข็งบดและน้ำแข็งหลอดมากกว่าน้ำแข็งและน้ำดื่มประเภทอื่นๆ (สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2566)

ประชากรวัยเด็กเป็นวัยที่ใช้เวลาส่วนใหญ่ในโรงเรียนวันละไม่ต่ำกว่า 8 ชั่วโมง ดังนั้นสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนและรอบโรงเรียนย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมผู้บริโภค มิงงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าอาหารและเครื่องดื่มในโรงเรียน หรือรอบๆ

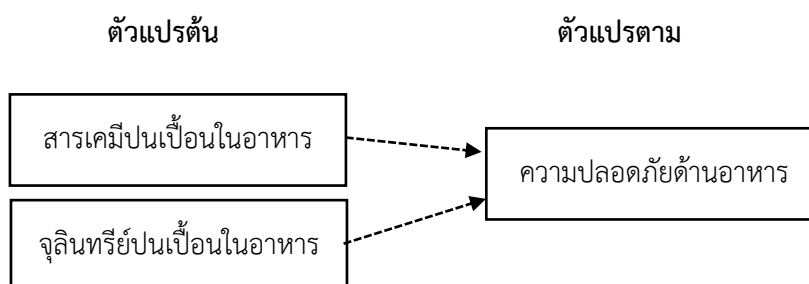


โรงเรียนส่งผลต่อพฤติกรรมบริโภค และภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญ (Wansink, 2004; Fox, Dodd, Wilson & Gleason, 2009) ภาครัฐมีนโยบายจัดการสิ่งแวดล้อมด้านอาหารในโรงเรียนมาอย่างต่อเนื่อง เห็นได้จากโครงการหรือนโยบายที่มีการจัดทำ ไม่ว่าจะเป็นโครงการโปรแกรมการจัดอาหารกลางวันสำหรับเด็ก โครงการโรงเรียนประถมศึกษาปลอดน้ำอัดลม พบว่าโรงเรียนส่วนมากมีการจัดการด้านอาหารดีขึ้น ถูกต้องตามหลักโภชนาการมากขึ้น (เริงสิทธิ์ นามวิชัยศิริกุล, 2561) ในขณะที่การจำหน่ายอาหารรอบรั้วโรงเรียนนั้น โรงเรียนไม่มีอำนาจในการจัดการควบคุมคุณภาพหรือความปลอดภัยในอาหารได้ จะเห็นได้จากงานวิจัยที่ศึกษาอาหารที่วางจำหน่ายรอบสถานศึกษาทั้งโรงเรียนและมหาวิทยาลัย พบการปนเปื้อนทั้งทางด้านเคมี และทางด้านจุลินทรีย์วิทยา (สุดสายชล หอมทอง และเบญจวรรณ ชุมพินิจ, 2563; ธัญชนก เหลือสมัย, ฤติวิไล จงผล, ดลลชา ซาลวันกุ่มภีร์ และคณะ, 2565; ณภัทร วัฒนโรจนพร และคณะ, 2566) ซึ่งอาจก่อให้เกิดโรคอาหารเป็นพิษ (Food poisoning) ที่เกิดจากอาหารและน้ำเป็นสื่อ (Foodborne disease) ใน พ.ศ. 2558 WHO ระบุสาเหตุการเจ็บป่วยของโรคอาหารเป็นพิษจากอันตรายในอาหาร เช่น ไวรัส แบคทีเรีย ปรสิต และสารเคมี เป็นต้น โดย 1 ใน 10 ของคนทั่วโลก เจ็บป่วยหลังจากรับประทานอาหารที่ปนเปื้อน นำไปสู่การเสียชีวิตกว่า 420,000 คน ส่วนใหญ่สาเหตุเกิดจากโรคอุจจาระร่วง ผลกระทบต่อสุขภาพที่มีความร้ายแรงที่เกิดจากโรคติดต่อทางอาหารและน้ำเป็นสื่อ ได้แก่ ไทและตับวาย ความผิดปกติของสมองและระบบประสาท ข้ออักเสบ มะเร็ง และการเสียชีวิต (World Health Organization, 2018) จึงนับเป็นปัญหาสุขภาพที่ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางร่างกาย เศรษฐกิจและสังคม ดังนั้นการศึกษานี้จึงมุ่งเน้นการสำรวจอาหารที่วางจำหน่ายรอบรั้วโรงเรียนเพื่อประเมินความปลอดภัยทางด้านเคมีและทางด้านจุลินทรีย์ของอาหารที่วางจำหน่ายรอบรั้วโรงเรียน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินความปลอดภัยทางด้านเคมีและทางด้านจุลินทรีย์ของอาหารที่วางจำหน่ายรอบรั้วโรงเรียน ในพื้นที่เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย (พระราชบัญญัติคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ พ.ศ. 2551, 2551)



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) เพื่อประเมินความปลอดภัยทางด้านเคมีและทางด้านจุลินทรีย์ของอาหารที่จำหน่ายรอบรั้วโรงเรียน

ประชากร ประชากรของการศึกษานี้คือ อาหารที่จำหน่ายบริเวณรอบรั้วโรงเรียน ในพื้นที่เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร

อาหารที่จำหน่ายรอบรั้วโรงเรียน หมายถึง อาหารที่จำหน่ายจากสถานที่จำหน่ายอาหาร เช่น หาบเร่ แผงลอย รถเข็น หรือร้านค้าที่อยู่ภายในรัศมีไม่เกิน 200 เมตรจากรั้วโรงเรียน

เกณฑ์การคัดเลือก

- 1) อาหารรอบรั้วโรงเรียนซึ่งมีที่ตั้งเพื่อจำหน่ายอาหารในรัศมีไม่เกิน 200 เมตรจากรั้วโรงเรียน
- 2) มีการจำหน่ายอาหารหรือเครื่องดื่มในระหว่างเดือน พฤษภาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2566
- 3) อาหารรอบรั้วโรงเรียน รัศมีไม่เกิน 200 เมตร ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

อาหารรอบรั้วโรงเรียนที่ไม่ได้จำหน่ายเป็นประจำสม่ำเสมอ

กลุ่มตัวอย่าง การศึกษาวิจัยนี้ใช้วิธีการคัดเลือกแบบสะดวก (Convenience Sampling Method) โดยเลือกโรงเรียนที่ดำเนินการเรียนการสอนในระดับประถมศึกษาและ/หรือมัธยมศึกษาในพื้นที่เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร มีโรงเรียนที่ยินดีให้สำรวจสถานที่จำหน่ายอาหารรอบรั้วโรงเรียนจำนวน 6 แห่ง และมีสถานที่จำหน่ายอาหารรอบรั้วโรงเรียน รัศมีไม่เกิน 200 เมตร ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยจำนวนทั้งสิ้น 42 ร้าน ซึ่งสถานที่จำหน่ายอาหารทั้งหมดมีการจำหน่ายอาหารในระหว่างเดือน พฤษภาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2566 มีจำนวนตัวอย่างอาหารจากสถานที่จำหน่ายอาหารดังกล่าวในการนำมาตรวจประเมินด้านเคมีและด้านจุลชีววิทยาจำนวนทั้งสิ้น 102 ตัวอย่าง ได้แก่ อาหารปรุงสำเร็จพร้อมรับประทาน เช่น ไก่ทอด หมูทอด เฟรนฟรายซ์ อาหารสด เช่น ลูกชิ้นหมู ลูกชิ้นเนื้อ ปลาหมึก ผักบุ้ง ถั่วงอก ถั่วงอกยว ขนมหวาน เช่น ไอศกรีม เครื่องดื่ม เช่น ชาสมุนไพร น้ำปั่น น้ำแข็งสำหรับรับประทาน และภาชนะอุปกรณ์ เช่น จาน ชาม ช้อน มีด เขียง ตะเกียบ

เครื่องมือการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นสำรวจสถานการณ์และประเมินความปลอดภัยของอาหารที่วางจำหน่ายรอบรั้วโรงเรียนทางด้านเคมีและทางด้านจุลชีววิทยา โดยใช้ชุดทดสอบมาตรฐานดังนี้

- 1) การประเมินความปลอดภัยทางด้านเคมี โดยใช้

1.1) ชุดทดสอบหาสารปนเปื้อนในอาหาร 5 ชนิด ได้แก่ สารเคมีกำจัดแมลง Mfd. Oct-22 Exp. Oct-24 บอแรกซ์ Mfd. Nov-22 Exp. Nov-24 ฟอรัมาลิน Mfd. Nov-22 Exp. Nov-24 สารฟอกขาว (โซเดียมไฮโดรซัลไฟด์) Mfd. Sep-22 Exp. Sep-24 และสารกันรา (ซาลิซิลิก) Mfd. Oct-22 Exp. Oct-24 โดยใช้ชุดทดสอบอาหารเบื้องต้น



(Food Test kit) ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ผลการทดสอบการปนเปื้อนในตัวอย่างอาหารที่ทดสอบจะรายงานผลเป็น “พบ” หรือ “ไม่พบ”

2) การประเมินความปลอดภัยทางด้านจุลชีววิทยา โดยใช้

2.1) ชุดตรวจเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียสนาม อ 11 (Simplified technique for field detection of coliform bacteria in drinking water using) ของกองสุขาภิบาลอาหาร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข Mfg. 15-06-23 Exp. 15-12-23 ผลการทดสอบการปนเปื้อนในตัวอย่างอาหารที่ทดสอบจะรายงานผลเป็น “พบ” หรือ “ไม่พบ”

2.2) อาหารตรวจเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย SI Medium (อ 13) ของกองสุขาภิบาลอาหารกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข Mfg. 14-06-23 Exp. 14-12-23 ผลการทดสอบการปนเปื้อนในตัวอย่างอาหารที่ทดสอบจะรายงานผลเป็น “พบ” หรือ “ไม่พบ”

3) ชนิดของตัวอย่างที่นำมาทดสอบ แบ่งได้ดังนี้

3.1) อาหารที่นำมาทดสอบหาสารเคมีปนเปื้อนในอาหาร ได้แก่ อาหารปรุงสำเร็จพร้อมรับประทาน เช่น ไก่ทอด หมูทอด เฟรนฟรายซ์ อาหารสด เช่น ลูกชิ้นหมู ลูกชิ้นเนื้อ ปลาหมึก ผักบุ้ง ถั่วงอก ถั่วฝักยาว

3.2) อาหารที่นำมาตรวจหาเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ได้แก่ ขนมหวาน เช่น ไอศกรีม เครื่องดื่ม เช่น ชานม ไข่มุก น้ำปั่น และน้ำแข็งสำหรับรับประทาน

3.3) ภาชนะ/อุปกรณ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการสำรวจสถานการณ์และประเมินความปลอดภัยของอาหารโดยเก็บตัวอย่างอาหารจากสถานที่จำหน่ายอาหารบริเวณรอบรั้วโรงเรียน 6 แห่ง จำนวน 42 ร้าน ในช่วงเดือนพฤษภาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2566 โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บตัวอย่างอาหารจากสถานที่จำหน่ายอาหาร รวมไปถึงอธิบายขั้นตอนการตรวจประเมินด้านเคมีและด้านจุลชีววิทยา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ทางสถิติสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และนำเสนอผลการศึกษาด้วยค่าความถี่ และร้อยละ

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการทดสอบสารเคมีและจุลินทรีย์ที่ปนเปื้อนในอาหารที่จำหน่ายรอบรั้วโรงเรียน กลุ่มตัวอย่างคือ อาหารที่จำหน่ายรอบรั้วโรงเรียน ไม่ได้มีส่วนดำเนินการวิจัยใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ จึงไม่ได้ดำเนินการขอการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์



ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะสถานที่จำหน่ายอาหารรอบรั้วโรงเรียน

โรงเรียนที่ได้รับการสำรวจสถานที่จำหน่ายอาหารรอบรั้วโรงเรียนจำนวนทั้งสิ้น 6 แห่ง ซึ่งเป็นโรงเรียนที่ดำเนินการเรียนการสอนในระดับชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ซึ่งมีสถานที่จำหน่ายอาหารรอบรั้วโรงเรียน รัศมีไม่เกิน 200 เมตรที่ได้รับการสำรวจทั้งสิ้น 42 ร้าน โดยสามารถจำแนกสถานที่จำหน่ายอาหารตามลักษณะอาหารที่จำหน่ายดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงลักษณะสถานที่จำหน่ายอาหารรอบรั้วโรงเรียน

โรงเรียนที่	ระดับ	สถานที่จำหน่ายอาหาร (ร้าน)	สถานที่จำหน่ายอาหาร แยกตามประเภทอาหาร (ร้าน)		
			อาหาร	เครื่องดื่ม	ขนม/ผลไม้
1	ประถมศึกษา	5	2	2	1
2	ประถมศึกษา	9	2	4	3
3	มัธยมศึกษา	16	9	5	2
4	มัธยมศึกษา	5	2	2	1
5	ประถมศึกษา	5	4	1	0
6	ประถมศึกษา	2	1	1	0
รวม		42	20	15	7

ส่วนที่ 2 ตัวอย่างอาหารที่สุ่มตรวจหาสารปนเปื้อน

ตัวอย่างอาหารที่นำมาทดสอบเพื่อตรวจประเมินความปลอดภัยทางด้านเคมีและทางด้านจุลชีววิทยาจำนวนทั้งสิ้น 195 ตัวอย่าง โดยตัวอย่างที่พบการปนเปื้อนทางด้านเคมีและทางด้านจุลชีววิทยา จำแนกตามโรงเรียนที่สำรวจจะเห็นได้ว่า ตัวอย่างอาหารที่ได้รับการตรวจประเมินความปลอดภัยทางด้านเคมี พบการปนเปื้อนสารเคมี ร้อยละ 12.09 ส่วนการประเมินทางด้านจุลชีววิทยาพบการปนเปื้อนของจุลินทรีย์ ร้อยละ 78.85 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางแสดงจำนวนตัวอย่างอาหารที่สุ่มตรวจหาสารปนเปื้อน

โรงเรียน	ด้านเคมี				ด้านจุลชีววิทยา			
	จำนวน ตัวอย่าง	ประเภท อาหาร	พบปนเปื้อน	ร้อยละ	จำนวน ตัวอย่าง	ประเภท อาหาร	พบปนเปื้อน	ร้อยละ
1	7	(1)	1	14.29	10	(4), (5), (6)	9	90.00
2	29	(1)	0	0.00	29	(5), (6)	25	86.21
3	31	(1), (2), (3)	6	19.35	36	(4), (5), (6)	27	75.00
4	9	(1), (2), (3)	1	11.11	13	(4), (5), (6)	10	76.92



ตารางที่ 2 ตารางแสดงจำนวนตัวอย่างอาหารที่สุ่มตรวจหาสารปนเปื้อน (ต่อ)

โรงเรียน	ด้านเคมี				ด้านจุลชีววิทยา			
	จำนวน ตัวอย่าง	ประเภท อาหาร	พบปนเปื้อน	ร้อยละ	จำนวน ตัวอย่าง	ประเภท อาหาร	พบปนเปื้อน	ร้อยละ
5	11	(1), (2)	2	18.18	11	(5), (6)	8	72.73
6	4	(1), (2)	1	25.00	5	(5), (6)	3	60.00
รวม	91		11	12.09	104		82	78.85

หมายเหตุ ประเภทของอาหาร ได้แก่ (1) อาหารปรุงสำเร็จพร้อมรับประทาน เช่น ไก่ทอด หมูทอด เฟรนฟรายซ์ (2) อาหารสด เช่น ลูกชิ้นหมู ลูกชิ้นเนื้อ ปลาหมึก ผักบุ้ง ถั่วงอก ถั่วงอกยาว (3) ขนมหวาน เช่น ไอศกรีม (4) เครื่องดื่ม เช่น ชาสมุนไพร น้ำปั่น (5) น้ำแข็งสำหรับรับประทาน และ (6) ภาชนะอุปกรณ์ เช่น จาน ชาม ช้อน มีด เขียง ตะเกียบ

ส่วนที่ 3 ความสุขของตัวอย่างอาหารที่ตรวจพบสารปนเปื้อน

เมื่อพิจารณาถึงความสุขของการปนเปื้อนโดยจำแนกตามชนิดสารปนเปื้อน พบว่าการปนเปื้อนทางด้านเคมี สารเคมีที่พบการปนเปื้อนที่มีอัตราการตรวจพบมากที่สุดคือบอแรกซ์ ร้อยละ 24.24 รองลงมาคือ ฟอรัมาลิน ร้อยละ 11.54 ส่วนสารฟอกขาว สารกันรา และสารเคมีกำจัดแมลง ไม่พบการปนเปื้อนในอาหารที่วางจำหน่ายรอบรั้วโรงเรียน ส่วนการปนเปื้อนด้านจุลชีววิทยานั้น พบการปนเปื้อนของโคลิฟอร์มแบคทีเรียในน้ำบริโภคสูงสุด โดยตรวจพบ ร้อยละ 75.00 ส่วนการปนเปื้อนของโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหารพร้อมรับประทาน และภาชนะอุปกรณ์นั้นตรวจพบการปนเปื้อน ร้อยละ 79.76 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสุขของตัวอย่างอาหารที่ตรวจพบสารปนเปื้อน จำแนกตามชนิดสารปนเปื้อน

ชนิดสารปนเปื้อน	ตัวอย่างที่ตรวจ (จำนวน)	พบสารปนเปื้อน (จำนวน)	ร้อยละ
ด้านเคมี			
บอแรกซ์	33	8	24.24
ฟอรัมาลิน	26	3	11.54
สารฟอกขาว	14	0	0.00
สารกันรา	9	0	0.00
สารเคมีกำจัดแมลง	9	0	0.00
ด้านจุลชีววิทยา			
โคลิฟอร์มแบคทีเรียในน้ำ/น้ำแข็งบริโภค	20	15	75.00
โคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหารภาชนะอุปกรณ์	84	67	79.76



ส่วนที่ 4 ความชุกของชนิดอาหารที่ตรวจพบสารปนเปื้อน

ผลการวิเคราะห์ชนิดของอาหารที่นำมาตรวจสอบเพื่อแสดงปริมาณความชุกของชนิดอาหารที่ตรวจพบสารปนเปื้อนมากที่สุด พบว่า การปนเปื้อนด้านสารเคมีตรวจพบบอแรกซ์ในลูกชิ้นหมู/เนื้อสูงสุด ร้อยละ 100.00 และพบการปนเปื้อนบอแรกซ์ในหมูแดดเดียว ร้อยละ 100.00 และไส้กรอกแดง ร้อยละ 66.67 ตามลำดับ ส่วนการปนเปื้อนฟอร์มาลินนั้น ได้ตรวจพบการปนเปื้อนในปลาหมึกสูงสุด ร้อยละ 75.00 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความชุกของชนิดอาหารที่ตรวจพบสารปนเปื้อน

สารปนเปื้อน/ชนิดอาหาร	ตัวอย่างที่ตรวจ	ตัวอย่างที่พบสารปนเปื้อน (ร้อยละ)
ด้านเคมี		
- บอแรกซ์		
ลูกชิ้นหมู/เนื้อ	5	5 (100.00)
หมูแดดเดียว	1	1 (100.00)
ไส้กรอกแดง	3	2 (66.67)
- ฟอร์มาลิน		
ปลาหมึก	4	3 (75.00)
ด้านชีววิทยา		
ภาชนะ/อุปกรณ์	44	44 (100.00)
ไก่ทอด	17	17 (100.00)
เฟรนฟรายด์	5	5 (100.00)
ไส้กรอก	2	1 (50.00)
ขนมไข่มุก	2	2 (100.00)
น้ำแข็ง	16	13 (81.25)

อภิปรายผล

จากการประเมินความปลอดภัยของอาหารที่วางจำหน่ายรอบรั้วโรงเรียน ในพื้นที่เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร พบการปนเปื้อนของสารเคมี 2 ชนิดจาก 5 ชนิด ได้แก่ บอแรกซ์และฟอร์มาลิน พบการปนเปื้อนบอแรกซ์ในตัวอย่างอาหาร ได้แก่ ลูกชิ้นหมู/เนื้อ หมูแดดเดียว และไส้กรอกแดง ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 391 (พ.ศ. 2561) ออกตามความในพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 เรื่อง กำหนดอาหารที่ห้ามผลิต นำเข้า หรือจำหน่าย ที่กำหนดให้บอแรกซ์เป็นสารที่กฎหมายประกาศห้ามใส่ในอาหารทุกชนิด เนื่องจาก บอแรกซ์เป็นสารอันตรายกับอวัยวะภายในร่างกาย โดยเฉพาะตับ ไต สมอ ระบบประสาทส่วนกลาง ระบบย่อยอาหาร และผิวหนัง อาการที่แสดงจะขึ้นอยู่กับปริมาณของสารบอแรกซ์ที่ได้รับเข้าสู่ร่างกาย และความสามารถของร่างกายในการขับถ่ายออกมา สารบอแรกซ์สามารถสะสมในร่างกายได้ไม่ว่าจะได้รับปริมาณมากในครั้งเดียวหรือได้รับน้อยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่วนใหญ่จะสะสมไว้ที่กรวย



ไต ทำให้เกิดการอักเสบ (สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2565) สอดคล้องกับงานวิจัยของมาลินี ฉินนานนท์ (2560) ซึ่งวิเคราะห์หาปริมาณบอแรกซ์ในเนื้อหมูและลูกชิ้นที่วางจำหน่ายในตลาดในจังหวัดเมืองตรัง พบเนื้อหมูมีการปนเปื้อนบอแรกซ์ร้อยละ 100 (จาก 12 ร้าน) และพบลูกชิ้นปนเปื้อนบอแรกซ์ ร้อยละ 100 เช่นเดียวกัน โดยพบการปนเปื้อนปริมาณสารบอแรกซ์ในลูกชิ้นเนื้อสูงที่สุด

การปนเปื้อนสารฟอร์มาลิน จากการสำรวจพบการปนเปื้อนในตัวอย่างอาหารประเภทอาหารทะเล ได้แก่ ปลาหมึกในปลาหมึกย่างและผัดไท ฟอร์มาลินถือเป็นสารอันตรายที่ห้ามใช้ในอาหารอีกสารหนึ่งซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศตามกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 151 (พ.ศ. 2536) แห่งพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ผู้ใช้สารนี้กับอาหารหรือทำให้อาหารนั้นเกิดพิษภัยต่อผู้บริโภค จัดเป็นการผลิตจำหน่ายอาหารที่ไม่บริสุทธิ์ และถ้าหากตรวจพบสารดังกล่าวจะต้องถูกดำเนินการตามกฎหมาย ซึ่งมีโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ เนื่องจากสารฟอร์มาลินคนทั่วไปรู้ว่าเป็นน้ำยาต้องศพเพื่อไม่ให้เน่าเปื่อย ทำให้ผู้ประกอบการบางคนนำมาใช้กับอาหารเพื่อให้อาหารสด ใหม่ น่ารับประทาน ตามธรรมชาติฟอร์มาลดีไฮด์สามารถเกิดขึ้นเองในอาหารชนิดต่างๆ แต่มีปริมาณน้อยและสลายตัวได้โดยแสงอาทิตย์ ออกซิเจนและความชื้น ร่างกายของคนเราสามารถกำจัดได้ แต่ถ้าได้รับโดยตรงในปริมาณมากเกินไปจะเป็นอันตรายต่อร่างกาย การบริโภคอาหารปนเปื้อนฟอร์มาลินในปริมาณสูงจะเกิดอาการตั้งแต่ปวดท้องรุนแรง อาเจียน อูจาระร่วง หมดสติ นำไปสู่การเสียชีวิตได้ แต่หากได้รับในปริมาณน้อยจะส่งผลให้การทำงานของตับ ไต หัวใจ และสมองเสื่อมลง หากสัมผัสก็จะระคายเคืองผิวหนัง ปวดแสบปวดร้อน หากสูดดมจะมีอาการแสบตา จมูก และคอ (ศูนย์วิทยบริการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2567) จากการสำรวจพบการปนเปื้อนฟอร์มาลินสูงถึงร้อยละ 11.54 ในอาหารกลุ่มอาหารทะเล (ปลาหมึก) ที่มีการจำหน่ายรอบรั้วโรงเรียน สอดคล้องกับงานวิจัยของสอดคล้องกับงานวิจัยของอินกร ใฝ่เพชร (2563) ซึ่งตรวจวิเคราะห์หาสารฟอร์มาลินที่เจือปนในอาหารทะเลที่จำหน่ายในบริเวณตลาดอำเภออุทอง จังหวัดสุพรรณบุรี โดยเก็บตัวอย่างอาหารทะเลจำนวน 48 ตัวอย่าง จากร้านจำหน่ายอาหารทะเล 4 ร้าน พบการปนเปื้อนของสารฟอร์มาลินจากร้านจำหน่ายอาหารทะเล 3 ใน 4 ร้าน (ร้อยละ 75) และตรวจพบสารฟอร์มาลินในปลาหมึกกรอบ 4 ตัวอย่าง (ร้อยละ 33.33) และแมงกะปุน 1 ตัวอย่าง (ร้อยละ 8.33) เช่นเดียวกับการศึกษาของ วิภาวัลย์ บัวศรียอด และคณะ (2563) ที่การตรวจหาฟอร์มาลินในน้ำแช่อาหารทะเลในตลาดแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา โดยสุ่มเก็บตัวอย่างจำนวน 35 ตัวอย่างจากร้านค้าที่วางจำหน่ายอาหารทะเลสดจำนวน 8 ร้านพบการปนเปื้อนสารฟอร์มาลินในน้ำแช่ปลาหมึกจำนวน 6 ตัวอย่าง (ร้อยละ 17.14)

การปนเปื้อนบอแรกซ์และฟอร์มาลินของอาหารในงานวิจัยนี้อาจเนื่องมาจากการเลือกซื้อวัตถุดิบของสถานที่จำหน่ายอาหารมีคุณภาพต่ำและราคาถูกซึ่งมีแนวโน้มที่จะปนเปื้อนสารต้องห้ามตามกฎหมาย เนื่องจากวัตถุดิบที่ปลอดภัย เช่น ลูกชิ้น เนื้อหมูอนามัยมีราคาสูงทำให้ต้นทุนของสถานที่จำหน่ายอาหารสูงขึ้นและไม่สามารถจำหน่ายให้กับนักเรียนรอบโรงเรียนได้ รวมถึงผู้ประกอบการไม่ได้ตระหนักถึงโทษและผลกระทบต่อสุขภาพจากการปนเปื้อนสารเคมีเหล่านี้



การสำรวจครั้งนี้ไม่พบการปนเปื้อนของสารกันรา สารฟอกขาว และสารเคมีกำจัดแมลง อาจเนื่องมาจากอาหารที่วางจำหน่ายรอบรั้วโรงเรียนส่วนใหญ่เป็นอาหารพร้อมบริโภค อาทิ ไก่ทอด ลูกชิ้นทอด เฟรนฟรายด์ น้ำอัดลม ซึ่งเป็นอาหารที่มีความเสี่ยงต่อการปนเปื้อนสารเคมีทั้ง 3 ชนิดอยู่ในระดับต่ำ ส่วนการประเมินความปลอดภัยด้านจุลชีววิทยาพบว่ากลุ่มอาหารพร้อมบริโภคทั้งอาหารจานเดียว อาหารที่ผ่านความร้อน ขนมเบเกอรี่ ภาชนะ/อุปกรณ์ มีการปนเปื้อนของโคลิฟอร์มแบคทีเรียค่อนข้างสูงถึงร้อยละ 79.76 สำหรับอาหารพร้อมบริโภคและภาชนะ/อุปกรณ์ และร้อยละ 75.00 สำหรับน้ำแข็ง น้ำดื่ม สอดคล้องกับการศึกษาของสุดสายชล หอมทอง และเบญจวรรณ ชุมพินิจ (2563) ตรวจหาแบคทีเรียโคลิฟอร์มและ *Escherichia coli* ในน้ำแข็งที่จำหน่ายบริเวณใกล้กับมหาวิทยาลัยบูรพาจังหวัดชลบุรี จากการตรวจวิเคราะห์พบว่าน้ำแข็งหลอดบรรจุอยู่ในร้านสะดวกพบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียร้อยละ 50 และพบการปนเปื้อน *E. coli* ร้อยละ 33.33 ส่วนน้ำแข็งหลอดจากโรงงานน้ำแข็งพบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียและ *E. coli* ร้อยละ 100 เช่นเดียวกับการศึกษาของ ธัญชนก เหลือสมัย และคณะ (2565) พบการปนเปื้อนของแบคทีเรียโคลิฟอร์มในเครื่องดื่มที่ไม่ได้บรรจุในภาชนะปิดสนิทที่จำหน่ายโดยรอบมหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี ร้อยละ 40 นอกจากนี้ ยังพบการปนเปื้อนของแบคทีเรียโคเรียฟอร์มในเครื่องดื่มสมุนไพรที่วางจำหน่ายในตลาดสดใกล้กับมหาวิทยาลัยบูรพาจังหวัดชลบุรีสูงถึงร้อยละ 70.83 และพบการปนเปื้อนของ *E. coli* ร้อยละ 29.17 (สุดสายชล หอมทอง และอมรรัตน์ ชำนาญ, 2561) จะเห็นได้ว่าอาหารและเครื่องดื่มที่วางจำหน่ายรอบสถานศึกษามีแนวโน้มการปนเปื้อนแบคทีเรียสูงกว่ามาตรฐานและมีแนวโน้มมากกว่าการปนเปื้อนจุลินทรีย์ในอาหารที่วางจำหน่ายในร้านอาหารซึ่งพบการปนเปื้อนแบคทีเรียโคลิฟอร์มเพียงร้อยละ 19 (ณภัทร วัฒนโรจนานพร และคณะ, 2566)

แสดงให้เห็นว่าอาหารที่วางจำหน่ายรอบรั้วโรงเรียนมีการปนเปื้อนทั้งทางเคมีและทางจุลชีววิทยายู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากอาหารที่จำหน่ายส่วนใหญ่มาจากแผงลอยซึ่งเป็นสถานที่ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการปนเปื้อน เนื่องจากเป็นพื้นที่เปิดโล่ง และมีผู้คนสัญจรจำนวนมาก ขาดการดูแลด้านการสุขาภิบาลอาหารที่ดี เช่น ไม่ปกปิดอาหาร ไม่ตรวจสอบแหล่งที่มาของวัตถุดิบ ขาดการล้างทำความสะอาดวัสดุอุปกรณ์ที่ถูกต้อง ทำให้อาหารมีโอกาสที่จะได้รับการปนเปื้อนสูง รวมไปถึงอาหารส่วนใหญ่อาหารปรุงสำเร็จมาแล้วพร้อมรับประทาน มีระยะเวลาในการวางจำหน่ายอาหารมากกว่า 4 ชั่วโมง ซึ่งส่งผลให้เกิดการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรียและทำให้อาหารที่วางจำหน่ายเสื่อมเสียคุณภาพไป กล่าวโดยสรุปคืออาหารที่จำหน่ายรอบรั้วโรงเรียนมีความปลอดภัยทางด้านเคมีและด้านจุลินทรีย์ต่ำ ควรมีมาตรการติดตาม ตรวจสอบ และเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ข้อจำกัดในการศึกษานี้เป็นการศึกษาอาหารที่วางจำหน่ายรอบรั้วโรงเรียนในสังกัดภาครัฐจำนวน 6 โรงเรียน ซึ่งยังไม่ครอบคลุมสถานศึกษาอื่นๆ เช่น โรงเรียนเอกชน วิทยาลัย

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากผลการวิจัยหน่วยงานราชการที่มีหน้าที่ตรวจสอบ ควบคุมการจำหน่ายอาหาร ได้นำไปประกอบการดำเนินการอบรมให้ความรู้ผู้ประกอบการในเรื่องสุขาภิบาลอาหาร และแนะนำเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการปนเปื้อนในอาหาร



ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การประเมินสุขลักษณะการจำหน่ายอาหารของสถานที่จำหน่ายอาหาร ควรประเมิน 3 ด้าน คือ ด้านกายภาพ ด้านเคมี และด้านจุลชีววิทยา การวิจัยนี้ประเมินเพียง 2 ด้าน คือด้านเคมีและด้านจุลชีววิทยา ในส่วนด้านจุลชีววิทยาควรประเมินสุขลักษณะของผู้จำหน่ายอาหารด้วย ในการศึกษาต่อไปควรประเมินความปลอดภัยทั้ง 3 ด้านเพื่อเฝ้าระวังและพัฒนาคุณภาพของอาหารที่วางจำหน่าย

เอกสารอ้างอิง

- ณภัทร วัฒนโรจนพร, ศรีญปรียา ศรีสินรุ่งเรือง, ฉันทนนท์ เพ็ชรตระกูล, อาภัสรา สังข์ฤกษ์, ธนัชชา ดวงแก้ว, เทพสุดา นาคดวงตา และคณะ. (2566). การปนเปื้อนของแบคทีเรียโคลิฟอร์มในอาหารพร้อมรับประทานภาชนะใส่อาหาร และวัตถุดิบส่วนผสมอาหาร และร้านค้าริมทางด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น กรณีศึกษา:เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 9(4), 134-141.
- ธัญชนก เหลือสมัย, ฤติวิไล จงผล, ดลลชา ชาลวันภูมิกร และจรรยาพร สมทรัพย์. (2565). การตรวจหาแบคทีเรียโคลิฟอร์มและเอสเชอริเชีย โคลิ ในเครื่องดื่มที่ไม่ได้บรรจุในภาชนะเป็นสนิมซึ่งจำหน่ายโดยรอบมหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี จังหวัดกาญจนบุรี. ใน *การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม ครั้งที่ 14* (น. 54-61). นครปฐม: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.
- ชินกร ไผ่เพชร. (2563). การตรวจสอบฟอर्मาลินในอาหารทะเล บริเวณพื้นที่ตลาด อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 2(2), 26-36.
- พระราชบัญญัติคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ พ.ศ. 2551. (2551). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 125 ตอนที่ 31 ก. หน้า 40.
- มาลินี ฉินนานนท์. (2560). การวิเคราะห์หาปริมาณบอแรกซ์ในเนื้อหมูและลูกชิ้นที่จำหน่ายในจังหวัดตรัง. *วารสารวิจัย มทร.กรุงเทพ*, 11(1), 55-61.
- เริงสิทธิ์ นามวิชัยศิริกุล. (2561). สถานการณ์นโยบายไม่กินหวานในโรงเรียน ในอำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารทันตภิบาล*, 29(1), 14-25.
- วิภาวัลย์ บัวศรียอด, นุสบา นามวงศ์, สว่างพงษ์ เรืองศรี, เขมจิรา ภัยณะลา, นุรฮูดา สุวรรณนุรักษ์, ลัดดาวัลย์ พะวร และคณะ (2563). การตรวจหาฟอर्मาลินในน้ำแช่อาหารทะเลในตลาดจังหวัดนครราชสีมา. ใน *การประชุมวิชาการระดับชาติ วิทยาลัยนครราชสีมา ครั้งที่ 7* (น. 1016-1023). นครราชสีมา: วิทยาลัยนครราชสีมา.
- ศูนย์วิทยบริการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2567). *อันตรายจากฟอर्मาลินในอาหาร*. สืบค้นจาก <http://elib.fda.moph.go.th/library/default>.
- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร. (2558). *สถานการณ์ความปลอดภัยด้านอาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ณ สถานที่จำหน่าย (กรุงเทพมหานคร) ผลการตรวจวิเคราะห์เบื้องต้นด้านเคมีและจุลินทรีย์ปีงบประมาณ 2557*. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 2558.



เอกสารอ้างอิง

- สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย (สสอป.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2565). บอแรกซ์อันตรายต่อสุขภาพ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย (สสอป.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานสถานการณ์ความปลอดภัยอาหารปีงบประมาณ พ.ศ. 2565. นนทบุรี: สสอ. ถ่ายเอกสาร.
- สุดสายชล หอมทอง และอมรรัตน์ ชำนาญ. (2561). การตรวจหาแบคทีเรียโคลิฟอร์มในเครื่องดื่มสมุนไพรที่วางจำหน่ายในตลาดสดใกล้กับมหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี. สักทอง: วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (สทวท.), 5(2), 11-21.
- สุดสายชล หอมทอง และเบญจวรรณ ชุมพินิจ. (2563). การตรวจหาแบคทีเรียคอลลีฟอร์มและ *Escherichia coli* ในน้ำแข็งที่จำหน่ายบริเวณใกล้กับมหาวิทยาลัยบูรพาจังหวัดชลบุรี. สักทอง : วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (สทวท.), 7(1), 35-44.
- Fox, M. K., Dodd, A. H., Wilson, A., & Gleason, P. M. (2009). Association between school food environment and practices and body mass index of US public school children. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(2 Suppl), S108–S117.
- Rhodehamel, E.J. (1992). Overview of Biological, Chemical, and Physical Hazards. In: Pierson, M.D., Corlett, D.A. (eds) HACCP. Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-1-4684-8818-0_3
- Wansink B. (2004). Environmental factors that increase the food intake and consumption volume of unknowing consumers. *Annual Review of Nutrition*, 24, 455–479.
- World Health Organization. (2018). *Foodborne diseases*. Retrieved from https://www.who.int/health-topics/foodborne-diseases#tab=tab_1



ผลการประเมินการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

ชัยพร บุญศรี^{1*} และประภาพร สุวรรณ์ชัย¹

¹โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

(วันที่รับบทความ: 19 เมษายน 2567; วันที่แก้ไข: 26 กรกฎาคม 2567; วันที่ตอบรับ: 31 กรกฎาคม 2567)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการประเมิน การดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นศึกษาย้อนหลังภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อในกระแสเลือด (ICD 10 Code: J12-18) ที่เข้ารับการรักษที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ระหว่างเดือนมีนาคม-พฤษภาคม 2564 จำนวน 86 คน เครื่องมือใช้คือแบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ผลลัพธ์และการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ทบทวนและสืบค้นเวชระเบียนย้อนหลังในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล สถิติที่ใช้เชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเชิงวิเคราะห์ที่ใช้ สถิติวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกพหุคูณ

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.47 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 54.66 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 55.81 เจ็บป่วยรุนแรง ร้อยละ 73.26 คาท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 97.68 ได้รับสารน้ำเพียงพอ ร้อยละ 86.50 ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 88.37 ได้รับยาบีบหลอดเลือด (vasopressors) ร้อยละ 31.40 รับไว้ในห้องผู้ป่วยหนัก ร้อยละ 85.19 ผลค่าแก๊สในหลอดเลือดแดงผิดปกติ ร้อยละ 68.61 ค่า acute physiology and chronic health evaluation II (APACHEII) เฉลี่ย 23.63 (S.D.=6.64) ส่วนผลลัพธ์ พบภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ร้อยละ 50.00 ภาวะระบบหายใจล้มเหลว ร้อยละ 22.09 ภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน ร้อยละ 50.00 อัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 32.56 และระยะวันนอนเฉลี่ย 10.62 วัน (S.D.=5.61) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การเสียชีวิต คือ ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด Adjusted OR 8.210 (95% CI 1.48-45.42; p value=0.01)

คำสำคัญ: ติดเชื้อในกระแสเลือด, ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน, ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** ชัยพร บุญศรี; torsade31@gmail.com



Evaluation of Sepsis Patient Care at Emergency Room: Sunpasitthiprasong Hospital Ubonratchathani

Chaiyaphon Boonsri^{1*} and Prapaporn Suwaratchai¹

¹Sunpasitthiprasong Hospital

(Received: 19 April 2024; Revised: 26 July 2024; Accepted: 31 July 2024)

Abstract

The purpose of this study was to evaluate the results of care for sepsis patients at the emergency room. The study design was retrospective cross-sectional study. The sample were 86 patients who diagnosis with sepsis (ICD10code: J12-18) that received treatment at emergency room in Sunpasitthiprasong Hospital between March-May 2021. Data recording tools consisted of general information, result and treatment which review and search past medical records in the hospital database system. Descriptive statistics were used for analysis including percentages, means, medians. The analytical statistics analyzed with Multiple Logistics Regression.

Results of the study found that the sample was mostly male 60.47%, aged over 60 years 54.66%, had underlying diseases 55.81%, severe illness 73.62%, on endotracheal tube 97.68%. There were received adequate fluids 86.50%, respiratory tract infection 88.37%, received Inotrope 31.40%, admitted to intensive care unit 85.19%. The arterial blood gas results were abnormal 68.61% and average APACHE score was 23.63 (S.D.=6.64). Outcome found septic shock 50%, respiratory failure 22.09%, acute kidney injury 50.00%, death rate 32.56% and average length of stay 10.62 days (S.D.=5.61). The factor associated with death was septic shock that adjusted OR was 8.210 (95% CI 1.48-45.42, *p* value .016).

Key word: sepsis, emergency room, septic shock

***Corresponding author:** Chaiyaphon Boonsri; torsade31@gmail.com



บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะฉุกเฉินและเร่งด่วนและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของประชากรโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2020) สรุปรว่าในปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดสูงถึง 48.9 ล้านคนและเสียชีวิตถึง 11 ล้านคน ในประเทศไทย กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2562) รายงานว่าพบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 175,000 รายต่อปี และเสียชีวิต 45,000 รายต่อปี ผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงชนิดที่ติดเชื้อมาที่บ้านหรือชุมชน (Community-acquired sepsis) มีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 34.65 และ 32.46 ในปี 2561 และ 2562 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ ร้อยละ 30 ขณะที่ปี พ.ศ. 2565 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี มีผู้ป่วยตายจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ กลุ่มโรคปอดบวม 26,526 ราย และเป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 3 รองจากวัยชราและหัวใจล้มเหลว

สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย (2558) ได้แบ่งความรุนแรงของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง (Severe sepsis) และภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (Septic shock) ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้รับการรักษาล่าช้า ทำให้เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง (Severe sepsis) และภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (Septic shock) ซึ่งเป็นภาวะที่ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อเสียชีวิตได้ มีสาเหตุสำคัญได้แก่ ได้รับการประเมินและวินิจฉัยล่าช้า การเริ่มให้ยาปฏิชีวนะช้า ไม่เพียงพอและไม่ตอบสนองต่อเชื้อ การให้สารน้ำ (IV fluid resuscitation) ไม่เพียงพอ การมีอวัยวะล้มเหลวหลายระบบรวมทั้งการได้รับการรักษานอกห้องผู้ป่วยหนัก (Intensive care unit: ICU) ซึ่งการรักษาที่รวดเร็วจะช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต (บราลี ศิลปะประชา, 2563, สมพร รอดจินดา, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, และวิมลทิพย์ พวงเข้ม, 2563)

การศึกษาหลายการศึกษา พบว่าการดูแลรักษาแบบมุ่งเป้าใน 6 ชั่วโมงแรก (Early Goal-Directed Therapy; EGDT) สามารถป้องกันหรือลดความรุนแรงของอวัยวะล้มเหลวได้ (Zhang et al, 2017) โดยมีเป้าหมายเพื่อแก้ไขระบบไหลเวียนโลหิตของผู้ป่วยให้กลับสู่สภาพปกติอย่างรวดเร็วภายในระยะเวลา 6 ชั่วโมงแรก ได้แก่ การให้ปริมาณสารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอและรวดเร็วที่สุดอย่างน้อย 30 มิลลิลิตร/กิโลกรัม หรือ 1.5 ลิตร ภายใน 1 ชั่วโมงแรก ให้ความดันโลหิตสูงพอที่จะส่งเลือดให้ไหลเวียนไปสู่เนื้อเยื่อในอวัยวะสำคัญต่าง ๆ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความล้มเหลวของอวัยวะสำคัญนั้นๆ (Levy et al, 2017) ซึ่ง Minasyan et al (2017) ได้สรุปปัจจัยเสี่ยงการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการ ผู้ป่วยมีประวัติโรคประจำตัว ผู้ป่วยมีประวัติได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ผู้ป่วยมีประวัติเคยได้รับผ่าตัด ผู้ป่วยมีประวัติเคยรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจทาง การแพทย์ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Armstrong et al (2017) ได้สรุปไว้ว่าผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเกิดภายหลังผู้ป่วยได้รับผ่าตัดมากถึงหนึ่งในสามของผู้ป่วยผ่าตัดในการศึกษารั้งนี้ได้นำปัจจัยเสี่ยงบางปัจจัยมาศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอายุมาก และผู้ป่วยที่มีประวัติโรคประจำตัว



โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ รับผู้ป่วยในพื้นที่และส่งต่อจากพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 10 รวมทั้งหมด 5 จังหวัด จากสถิติโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) พบว่าปีงบประมาณ 2564 อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อ ร้อยละ 58.16 ซึ่งสูงกว่ากระทรวงสาธารณสุขกำหนดคือ ไม่เกินเกณฑ์ร้อยละ 30 ประกอบกับหลักฐานเชิงประจักษ์จากหลายการศึกษาพบว่า การรักษาที่รวดเร็วที่จะช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตโดยเฉพาะใน 6 ชั่วโมงแรก โดยเฉพาะภาวะช็อกจากการติดเชื้อ เป็นภาวะเร่งด่วนที่พบได้บ่อยในห้องฉุกเฉิน การดำเนินของโรคเร็ว ความรุนแรงและอัตราการตายสูงพร้อมทั้งมีการกำหนดแนวทางดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ (Sepsis Guideline) ด้วยความร่วมมือของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี กำหนดขึ้น นำสู่การปฏิบัติทั้งจังหวัด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 แต่หลังจากนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดไปใช้แล้ว พบว่า ภาพรวมในการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อกระแสน้ำไม่ได้มีการประเมินผลการใช้แนวทางการดูแลที่ห้องฉุกเฉินดังกล่าว ดังนั้น จึงได้ศึกษาประเมินผลดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ตามแนวทางที่กำหนด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินผลการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาภาคตัดขวางย้อนหลัง (Retrospective Cross sectional study)

ขอบเขตการวิจัย 1) เป็นการศึกษาประเมินการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี และอยู่ในช่วงเวลาที่ศึกษาเท่านั้น โดยมีรายละเอียด คือ เป็นการศึกษาภาคตัดขวางย้อนหลัง (Retrospective Cross sectional study) ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อในกระแสเลือด (ICD Code: J12-18) ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนย้อนหลังในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาช่วงเดือนมีนาคม-พฤษภาคม 2564 และ 2) แนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นแนวทางที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี กำหนดขึ้น

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อในกระแสเลือด (ICD 10 Code: J12-18) ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี จำนวน 215 คน

เกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อในกระแสเลือดหรือผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ
2. เข้ารับการรักษาโดยผ่านหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในช่วงมีนาคม-พฤษภาคม 2564

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีเวชระเบียนมีข้อมูลไม่สมบูรณ์ หรือไม่สามารถค้นหาได้



กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อในกระแสเลือด (ICD 10 Code: J12-18) ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ในช่วงเวลาที่ศึกษาคือระหว่างเดือนมีนาคม-พฤษภาคม 2564 จำนวน 86 คน ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลช่วงเวลาที่ศึกษาและตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ และ 2) ข้อมูลการมารับการรักษา ได้แก่ โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วย

2.1 การรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 11 ข้อ ประกอบด้วย ระดับการคัดแยก การดูแลทางเดินหายใจ การได้รับสารน้ำเพียงพอ แห้งติดเชื้อ การได้รับยากระตุ้นหัวใจ ประเภทยาบิพหลอดเลือด ได้รับการดูแลผลค่าแก๊ซในหลอดเลือดแดงผิดปกติ ประเภผลค่าแก๊ซในหลอดเลือดแดงผิดปกติ ค่า APACHE II ค่า GCS มินิยามศัพท์ ดังนี้

1). การได้รับสารน้ำเพียงพอ หมายถึง ให้สารน้ำที่เป็น crystalloid 30 mL/kg ในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำหรือค่า lactate level ≥ 4 mmol/L ภายใน 1 ชั่วโมง

2). ค่า APACHE II หมายถึง ค่าความรุนแรงของโรค ที่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในโรงพยาบาล มีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 71 แปลผลว่า ค่าที่สูง ทำให้เพิ่มความเสี่ยงสูงในการเสียชีวิต

2.2 ผลลัพธ์การรักษา จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย ภาวะ Septic shock ที่ห้องฉุกเฉิน ภาวะระบบหายใจล้มเหลว ภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน ประเภผลการจำหน่ายจากโรงพยาบาล และระยะวันที่นอนโรงพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผ่านการตรวจเชิงเนื้อหา (Content validity) จากคณะผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์ อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการติดเชื้อ และแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ได้ค่าค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่า 0.8 นำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง โดยเป็นกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาปี พ.ศ. 2562 จำนวน 30 ราย โดยใช้คนเก็บข้อมูล 2 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง 0.8

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามรายละเอียดแบบบันทึกข้อมูลที่จัดทำขึ้น แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผลตรวจต่าง ๆ ช่วงเวลาที่ศึกษา (มีนาคม-พฤษภาคม 2564) นำข้อมูลบางส่วน ได้แก่ ค่า APACHE และผลค่าแก๊ซในหลอดเลือดแดงผิดปกติ เข้าสู่โปรแกรมประมวลผลและแปลค่า (Chen, 2023; Knaus, 2023)



หลังจากนั้นคณะผู้วิจัยนำแบบบันทึกตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ลงรหัส ลงโปรแกรมสำเร็จรูป ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ใช้ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติเชิงวิเคราะห์ ใช้ Chi square test, t-test วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตโดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกพหุคูณ (Multiple logistic regression)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ CA code 072/2565 รหัสโครงการ 062/65 R รับรองวันที่ 27 กันยายน พ.ศ. 2565 ทำหนังสือต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล ขออนุญาตเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน มีการเก็บรักษาความลับของผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลอื่นๆ ที่ใช้ในการวิจัย ตั้งแต่กระบวนการเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูล จนถึงการใช้วิเคราะห์และรายงานผลข้อมูล โดยไม่มีการเก็บข้อมูลโดยตรงจากผู้เข้าร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.47 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 54.66 และพบว่าโรคเบาหวาน ร้อยละ 36.04 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 37.02 โรคไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 20.93 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	52	60.47
หญิง	34	39.53
2. อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 60 ปี	39	45.34
60 ปี ขึ้นไป	47	54.66
3. โรคประจำตัว		
ไม่มี	38	44.19
มี	48	55.81



ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
4. ชนิดโรคประจำตัว		
โรคเบาหวาน	31	36.04
โรคความดันโลหิตสูง	32	37.02
โรคไตวายเรื้อรัง	18	20.93
อื่น ๆ	6	6.01

ส่วนที่ 2 การรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ผลการศึกษาข้อมูลการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน พบว่าผู้ป่วยได้รับการคัดแยกเป็นผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง ร้อยละ 73.26 ค่าท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 97.68 ได้รับสารน้ำเพียงพอ ร้อยละ 86.50 ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 88.37 ได้รับบิ๊บหลอดเลือด ร้อยละ 31.40 ส่วนมากเป็นยา Norepinephrine ร้อยละ 85.19 ได้รับการดูแลที่ห้องผู้ป่วยหนัก ร้อยละ 85.19 ผลการตรวจค่าแก๊ซในหลอดเลือดแดง ผิดปกติ ร้อยละ 68.61 โดยพบ Partly compensated Metabolic Acidosis ร้อยละ 33.90 มีค่าความรุนแรง APACHE II เฉลี่ย 23.63 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.64 ค่าเฉลี่ย GCS ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.44 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน

ข้อมูลการดูแล	จำนวน	ร้อยละ
1. ระดับการคัดแยก		
ผู้ป่วยวิกฤต (Resuscitation)	20	23.26
ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง (Emergent)	63	73.26
ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง (Urgency)	3	3.49
2. การดูแลทางเดินหายใจ		
ค่าท่อช่วยหายใจ	84	97.68
Mask	2	2.32
3. การได้รับสารน้ำเพียงพอ		
เพียงพอ	74	86.05
ไม่เพียงพอ	12	13.95
4. แหล่งติดเชื้อ		
ระบบทางเดินหายใจ	76	88.37
ระบบอื่น ๆ	10	12.63



ตารางที่ 2 ข้อมูลการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน (ต่อ)

ข้อมูลการดูแล	จำนวน	ร้อยละ
5. การได้รับยาปัสสาวะลดเลือด		
ได้	27	31.40
ไม่ได้	59	68.60
6. ประเภทยาปัสสาวะลดเลือด	(27)	
Norepinephrine	23	85.19
อื่น ๆ	4	14.81
7. ได้รับการดูแลที่ห้องผู้ป่วยหนัก		
ได้	27	31.40
ไม่ได้	59	68.60
8. ผลค่าแก๊ซในหลอดเลือดแดงผิดปกติ		
ปกติ	2	2.32
ผิดปกติ	59	68.61
ไม่มีข้อมูล	25	29.07
9. ประเภทความผิดปกติ Arterial Blood Gas		
Complete Respiratory Acidosis	16	27.12
Partly compensated Respiratory Acidosis	4	6.78
Acute Respiratory Alkalosis	2	3.38
Compensated Respiratory Alkalosis	1	1.70
Acute Metabolic Acidosis	10	16.95
Complete Metabolic Acidosis	6	10.17
Partly compensated Metabolic Acidosis	20	33.90
10. ค่า APACHE II	$\bar{X}=23.63$	S.D.=6.64
11. ค่า GCS	$\bar{X}=10.00$	S.D.=2.44

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์การดูแล

ผลการศึกษาผลลัพธ์การดูแล พบภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ร้อยละ 50.00 ภาวะระบบหายใจล้มเหลวร้อยละ 22.09 ภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันติดเชื้อ ร้อยละ 50.00 ประเภทการจำหน่ายจากโรงพยาบาลทุเลา ร้อยละ 50.00 เสียชีวิต ร้อยละ 32.56 และมีระยะวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 10.62 วัน (S.D.=5.61) ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ผลลัพธ์การดูแลรักษา (ต่อ)

ข้อมูลการดูแล	จำนวน	ร้อยละ
1. ภาวะ Septic shock ที่แผนกฉุกเฉิน		
มี	43	50.00
ไม่มี	43	50.00
2. ภาวะระบบหายใจล้มเหลว		
มี	19	22.09
ไม่มี	67	77.91
3. ภาวะไตขาดเฉียบพลัน		
มี	43	50.00
ไม่มี	43	50.00
4. ประเภทการจำหน่ายจากโรงพยาบาล		
ทุเลา	43	50.00
เสียชีวิต	28	32.56
อื่น ๆ	15	27.44
5. ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล	$\bar{X}=10.62$	S.D.=5.61

ส่วนที่ 4 ประเมินปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมากที่สุดคือภาวะช็อกจากการติดเชื้อ มีค่า Crude OR 4.574 (95% CI 1.309-15.979) ในขณะที่ค่า Adjusted OR 8.210 (95% CI 1.484-45.423) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นแล้ว p value .016 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ประเมินปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต

ปัจจัย	Crude OR	95% CI	Adjusted	95% CI	p value
1. โรคเบาหวาน	1.545	0.468-5.107	1.793	0.363-9.110	.481
2. โรคความดันโลหิตสูง	2.182	0.625-7.611	4.065	0-26.6650	.144
3. โรคไตวายเรื้อรัง	2.683	0.700-10.281	1.721	0.275-10.780	.562
4. เพศ	2.903	0.868-9.712	2.057	0.442-9.571	.358
5. กลุ่ม อายุ	1.038	0.323-3.337	4.000	0.648-24.710	.136
6. ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ	4.574	1.309-15.979	8.210	1.484-45.423	.016*
7. ภาวะไตขาดเฉียบพลัน	2.250	0.666-7.605	3.797	0.698-20.659	.123

* ค่าอำนาจจากทำนาย (Cox & Snail R Square) 27.4% วิเคราะห์ด้วย Multiple Logistics Regression

* p value<.05



อภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีโรคประจำตัว ร้อยละ 55.81 โดยที่พบโรคเบาหวาน ร้อยละ 36.04 สอดคล้องกับการศึกษาของ อินทรา ศรีพันธ์ (2564) พบว่าผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมีโรคประจำตัวคือเบาหวาน ชนิดที่ 2 (DM Type II) ร้อยละ 35.70 แต่ต่ำกว่าการศึกษาของ มณฑร์ภักขรต์ สุนทรกุลวงศ์ (2565) มีโรคประจำตัวร้อยละ 63.3 และการศึกษาของ Trevelin et al (2017) สรุปว่า ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมีความสัมพันธ์กับโรคเบาหวาน แต่การศึกษาของ Jiang & Cheng (2022) พบว่าเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด แต่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน

ปัจจัยที่สำคัญในการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน **ปัจจัยแรก** คือ กลุ่มตัวอย่างได้รับสารน้ำเพียงพอ ร้อยละ 86.50 ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่พัฒนาขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ.2563 เป็นต้นมา ทำให้โรงพยาบาลแห่งแรกที่รับผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ สูงกว่าการศึกษาของ ลัทธิธิดา เจริญพงษ์ และกิตติศักดิ์ ผลถาวรกุลชัย (2563) พบว่ากลุ่มตัวที่มีภาวะ septic shock ทั้งหมด 155 คน ร้อยละ 69.7 ได้รับสารน้ำที่เหมาะสมตามการรักษา ผู้ป่วยในกลุ่มรอดชีวิต เมื่อได้รับการรักษาภาวะช็อก มีการตอบสนองที่ดีภายใน 6 ชั่วโมงมี mean arterial pressure (MAP) มากกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งตรงกับการสรุปข้อเสนอแนะของ Gauer et al (2020) ที่รายงานว่า การให้สารน้ำเป็นขั้นตอนแรกๆ ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และหลายการศึกษาได้สรุปขั้นตอนหลังการดูแลการหายใจและทางเดินหายใจแล้ว ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดควรได้รับการดูแลตาม Sepsis bundle ที่สำคัญคือ การให้สารน้ำอย่างเพียงพอ (Fluid Resuscitation) และการให้ยาฆ่าเชื้อ (Antibiotic therapy) **ปัจจัยที่สอง** ได้แก่ แหล่งติดเชื้อ การศึกษารังนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างติดเชื้อในกระแสเลือดจากการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 88.37 ทั้งนี้เนื่องจากสถิติการติดเชื้อในกระแสเลือด World Health Organization.(2020). พบว่าแหล่งติดเชื้อที่สำคัญคือ ระบบทางเดินหายใจมากที่สุด ซึ่งสามารถอธิบายได้จากพยาธิสภาพการเกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจวรรณ คำหนองคู (2562) พบว่าปอดบวมเป็นสาเหตุของการติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 33.30 และการศึกษาของ Gupta et al(2016) และ Angus & Poll (2013) ที่พบปอดบวมเป็นสาเหตุการติดเชื้อมากเป็นอันดับแรก **ปัจจัยที่สาม** คือ การได้รับยาบีบหลอดเลือด (vasopressors) จากการศึกษาครั้งนี้พบกลุ่มตัวอย่างติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับยาบีบหลอดเลือด (Vasopressors) โดยเป็นยา Norepinehrine เนื่องจากเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีความรุนแรงมากของการติดเชื้อในกระแสเลือด แม้ว่าจะได้รับสารน้ำเพียงพอแต่ความดันโลหิตยังต่ำ โดยที่ Bai et al (2014) และ Dellinger et al (2017) ที่พบว่าการใช้ Norepinehrine เป็นยาลำดับแรก และอธิบายเพิ่มเติมจากที่ Gauer et al (2020) สรุปบทความไว้ว่าควรให้ยาบีบหลอดเลือด (Vasopressor) ตั้งแต่ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเริ่มมีภาวะช็อก และตัวยาที่ให้เป็นลำดับแรก คือ Norepinehrine นอกจากนี้การศึกษาของ Bai et al (2014) ระบุว่าถ้าไม่ให้ยาบีบหลอดเลือด (Vasopressors) หรือให้ล่าช้าจะเพิ่มอัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 5 ทุก 1 ชั่วโมง **ปัจจัยที่สี่** คือ การได้รับการดูแลที่ห้องผู้ป่วยหนัก (Intensive Care Unit: ICU) การศึกษารังนี้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักเพียงร้อยละ



31.40 ต่ำกว่าการศึกษาของ Evan et al (2021) ที่พบอัตราการเข้ารับการรักษานในห้องผู้ป่วยหนักถึงร้อยละ 54.20 ซึ่งผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดควรได้รับการดูแลในห้องผู้ป่วยหนักภายใน 6 ชั่วโมง ช่วยในการค้นหาอาการทรุดลง (Identification of clinical deterioration) ของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ทำให้ลดอัตราการเสียชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Ahn et al (2023) ที่พบว่าผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดรับไว้ในห้องผู้ป่วยหนักภายใน 6 ชั่วโมง ช่วยในการดูแลภาวะช็อก ลดค่าแลคเตทและช่วยการหายใจ ในขณะที่การศึกษาของ พิชญพันธุ์ จันทร และคณะ (2565) ระบุว่าปัจจัยด้านพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตมีผลต่อผลลัพธ์การรักษา โดยที่ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่ากลุ่มที่เข้ารับการรักษานในห้องผู้ป่วยหนัก 12.97 เท่า ค่า $p < .001$ **ปัจจัยที่หา** ได้แก่ ผลการตรวจค่าแก๊ซในหลอดเลือดผิดปกติ พบค่าผิดปกติในกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 68.61 เป็นความผิดปกติ Metabolic Acidosis ชนิด Acute Metabolic Acidosis Complete Metabolic Acidosis และ Partly compensated Metabolic Acidosis แต่การศึกษาของ Mukherjee et al (2020) พบค่าแก๊ซในหลอดเลือดผิดปกติ ในกลุ่ม Respiratory Acidosis ร้อยละ 44.14 และ Metabolic Acidosis ร้อยละ 37.50 **ปัจจัยที่ห** ค่าความรุนแรง APACHE เฉลี่ย 23.63 ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาของ ลัลลธิตา เจริญพงษ์ และกิตติศักดิ์ ผลถาวรกุลชัย (2563) พบค่าเฉลี่ย APACHE 24.67 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.94 ในขณะที่การศึกษาของ พิชญพันธุ์ จันทร และคณะ (2565) พบว่าค่าคะแนน APACHE-II ระหว่าง 2-30 คะแนน ($\bar{X}=14.70$, $S.D.=5.40$) ซึ่งในส่วนนี้เป็นการดูแลรักษาที่แผนกฉุกเฉิน ส่วนหนึ่งเกิดจากการนำแนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมาปรับใช้ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ต่างๆ (Evans et al, 2021; Rhodes et al, 2017) ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้และปรับปรุงการดูแลรักษาให้ดีขึ้น

ผลการศึกษาด้านผลลัพธ์การดูแลรักษาที่แผนกฉุกเฉิน พบภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ร้อยละ 50.00 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีอาการรุนแรง มีความก้าวหน้าของโรคเข้าสู่ภาวะช็อก ซึ่งสูงกว่าการศึกษาของลัดดาวัลย์ เกียรติคุณวงศ์ (2563) พบว่าค่าความดันโลหิตต่ำเนื่องจากการติดเชื้อ ร้อยละ 13.21 และระบุว่าเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Adjusted OR=4.1: 95%CI 1.24-13.54 $p=.02$) แต่น้อยกว่าการศึกษาของ ลัลลธิตา เจริญพงษ์ และกิตติศักดิ์ ผลถาวรกุลชัย (2563) พบผู้ป่วยที่มีภาวะ septic shock ทั้งหมด 155 คน ร้อยละ 69.7 นอกจากนี้ยังพบภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน ติดเชื้อร้อยละ 50.00 ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาของ กิ่งกาญจน์ หาญลำยวง (2563) พบอวัยวะล้มเหลว คือ ระบบไต (Renal) ร้อยละ 63.9 ในขณะที่การศึกษาของ พิชญพันธุ์ จันทร และคณะ (2565) พบว่าภาวะไตวายเฉียบพลันที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดร้อยละ 42.4 ในกลุ่มผู้ป่วยที่เสียชีวิต ซึ่งสามารถอธิบายการพบภาวะช็อกได้โดยเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการหนักมาแล้วและเป็นดูแลแบบเร่งด่วนฉุกเฉินที่แผนกฉุกเฉิน รวมทั้งเป็นภาวะแทรกซ้อนแรกๆ ที่พบบ่อย ทำให้เกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน จึงทำให้พบภาวะช็อกมากกว่ากลุ่มที่รักษาในห้องผู้ป่วยหนัก โกล้เคียงกับการศึกษาของ มณฑิรภัทรต์ สุนทรกุลวงศ์ (2565) พบว่าผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมีภาวะช็อก ร้อยละ 49.0 และการศึกษาของ Driessen et al (2017) พบภาวะช็อกร้อยละ 48.4 โดยพบอัตราตาย ร้อยละ 38.9



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต ปัจจัยที่หนึ่ง คือ ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ เนื่องจากภาวะช็อกเป็นภาวะทรุดลงที่พบบ่อยในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หากรักษาล่าช้า อาจทำให้ความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นและผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุดสอดคล้องกับการศึกษาของ ลัตดาวัลย์ เกียรติคุณวงศ์ (2563) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีพในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ ภาวะการล้มเหลวหลายระบบ ($p<.001$: Adjusted OR=9.987: 95%CI 2.97-33.55) และการมีค่าความดันโลหิตต่ำเนื่องจากการติดเชื้อ ($p=.02$: Adjusted OR=4.1: 95%CI 1.2-13.54) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ สมไสว อินทะขุบ และคณะ (2560) พบว่าผู้ป่วยมีโรคร่วมเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับการเกิด Severe sepsis and septic shock ซึ่งปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวทำให้มีโอกาสเกิดโรคติดเชื้อเข้ากระแสโลหิตได้ง่ายและมีอาการรุนแรงกลายเป็น Severe Sepsis and Septic shock ได้ เช่น ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็ง ผู้ป่วยที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ผู้ป่วยติดเชื้อ ผู้ป่วยใส่ท่อหรือสายต่างๆ หรือผู้ป่วยมีโรคร่วม เช่น เบาหวาน เป็นต้น

ผลการศึกษาสามารถระบุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือปัจจัยที่ทำให้อาการของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ โรคเดิม เบาหวาน การติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจพบมากที่สุด เมื่อได้รับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน ควรได้รับสารน้ำเพียงพอ ได้รับยาบีบหลอดเลือด (Vasopressors) โดย Norepinehrine เป็นยาตัวแรกที่ได้ ควรได้รับการดูแลที่ห้องผู้ป่วยหนัก ผลการตรวจค่าแก๊ซในหลอดเลือดผิดปกติ และการคำนวณค่าความรุนแรงในที่นี้ใช้ APACHE II เมื่อนำเข้าสู่การควบคุมปัจจัยต่างๆ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต คือ ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ เมื่อควบคุมปัจจัยโรคเดิม เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง เพศ กลุ่มอายุ และภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันแล้ว

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด รวมถึงการพบปัจจัยบางปัจจัยที่ต้องเฝ้าระวัง เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ มีโรคเดิมโดยเฉพาะเบาหวาน การติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ ผลการตรวจค่าแก๊ซในหลอดเลือดผิดปกติ ค่า APACHE II และตรวจสอบกระบวนการรักษา เช่น การให้สารน้ำอย่างเพียงพอ การให้ได้รับยาบีบหลอดเลือดหรือ Vasopressor โดย Norepinehrine เป็นยาตัวแรก การดูแลที่ห้องผู้ป่วยหนัก การเกิดภาวะช็อก และเป็นพื้นฐานการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาวิจัยเพื่อประเมินผลการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ที่แผนกฉุกเฉินครั้งนี้ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลศูนย์เพียงแห่งเดียวและเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง ทำให้ข้อมูลที่ได้บางครั้งไม่สมบูรณ์ เช่น ค่าตรวจแก๊ซในหลอดเลือดแดงบางค่า ประกอบกับเป็นการศึกษาช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งเป็นช่วงสั้น ทำให้มีจำนวนข้อมูลที่สมบูรณ์มีจำนวนลดลง ทำให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างลดลงตามไปด้วย ดังนั้นควรมีการศึกษาประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ในหลายโรงพยาบาล และเป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้า (Prospective study) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์มากขึ้นและควรเป็นการศึกษาแบบวิจัยเพื่อพัฒนา เพื่อเป็นการแก้ปัญหาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้งการศึกษาวิจัยโดยใช้สหวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมด้วย



เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired เขตสุขภาพที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2564 สืบค้นจาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report_kpi.php?flag_kpi_level=1&flag_kpi_year=2022&source=pformatted/format1.php&id=00366a85bd3c2b6932a228df29137252
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562 (Public Health Statistics A.D. 2019.) สืบค้นจาก <http://bps.moph.go.th/>
- กึ่งกาญจน์ หาญลายวง. (2563). การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ในโรงพยาบาลปากเกร็ด. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 10(1), 108-117.
- บราลี ศิลประชา. (2563). ผลลัพธ์การใช้แนวทางเวชปฏิบัติรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลตรัง. วารสารวิชาการทางการแพทย์เขต, 11, 34(3), 35-46.
- เบญจวรรณ คำหนองคู (2562). ศึกษาผลของการปฏิบัติตาม Surviving Sepsis Campaign Guideline 2018 ต่ออัตราการตาย ในโรงพยาบาล ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะพิษเหตุติดเชื้อ(sepsis) และช็อกเหตุพิษติดเชื้อ (septic shock). วารสารโรงพยาบาลนครพนม, 7(2), 5-15
- พิชญพันธุ์ จันทระ, สมพร ศรีทันดร, จูตินันท์ วัฒนชัย, ณัฐพล ยุวนิช,กิตติศักดิ์ หมั่นเขตรกิจ, วรวรรณ สัมฤทธิ์มโนพร และนุชนารถ เขียนนุกูล. (2565). ผลการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็ว ใน 1 ชั่วโมงของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงที่ได้รับการรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 5(3), 68-82.
- มณฑิรภัทร์ สุนทรกุลวงศ์. (2565). ผลการประเมินอาการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ตามเกณฑ์การประเมินอวัยวะล้มเหลว จากการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบเร็ว หลักการดูแล 6 ข้อ และคะแนนการค้นหาความรุนแรง: การศึกษาย้อนหลัง.วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 45(1), 87-98.
- ลัดดาวัลย์ เกียรติคุณวงศ์ (2563).ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และสัดส่วนการรอดชีพของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจากระยะเวลารอคอยอยู่ในห้องฉุกเฉิน.วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 38(2), 115-123.
- ลัลลธิดา เจริญพงษ์ และกิตติศักดิ์ ผลถาวรกุลชัย. (2563).อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช.วารสารแพทย์เขต 4-5, 39(4), 542-559.
- สมพร รอดจินดา, สมใจ พุทธิพิทักษ์ผล และวิมลทิพย์ พวงเข้ม. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลน่าน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 30(1), 120-134.



เอกสารอ้างอิง

- สมไสว อินทะชุบ, ดวงพร โพธิ์ศรี และจิราภรณ์ สุวรรณศร. (2560). ประสิทธิภาพการใช้ MEWS (SOS Score) ต่อการเกิด Severe Sepsis and Septic Shock ในผู้ป่วย Sepsis กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 25(1), 85-92.
- สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย. (2558). แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย Severe sepsis และ Septic shock (ฉบับร่าง) พ.ศ. 2558. สืบค้นจาก <https://www.scribd.com/document/308976515/ร่างแนวทางเวชปฏิบัติ-sepsis-และ-septic-shock-2558>.
- อินทรา ศรีพันธ์ (2564). โรคเบาหวานกับภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลขามทะเลสอจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิชาการ สคร 9*, 27(3), 16-22.
- Ahn, H.Y., Lee J., Dong, O.H., et al. (2023). Association between the timing of ICU admission and mortality in patients with hospital-onset sepsis: a nationwide prospective cohort study. *Journal of intensive care*. 11. 16. 10.1186/s40560-023-00663-6.
- Angus, D.C. & van der Poll, T. (2013). Severe sepsis and septic shock [published correction appears in *New England Journal of Medicine*, 369(9), 840-851.
- Armstrong, B.A., Betzold, R.D., May, A.K. (2017). Sepsis and septic shock strategies. *Surgical Clinics of North America*, 97(6), 1339-1379.
- Bai, X., Yu, W., Ji, W., et al. (2014). Early versus delayed administration of norepinephrine in patients with septic shock. *Intensive Care Medicine* 18(5), 532.
- Chen, J. (2023). *Arterial Blood Gas (ABG) Analyzer*. Retrieved from <https://www.mdcalc.com/calc/1741/arterial-blood-gas-abg-analyzer>
- Dellinger, R.P., Schorr, C.A., Levy, M.M. (2017). A users' guide to the 2016 surviving sepsis guidelines. *Critical Care Medicine*, 45(3), 381-385.
- Driessen, R.G.H., van de Poll, M.C.G., Mol, C.G., van Mook, W.N., Schnabel, R.M, et al. (2017). The influence of a change in septic shock definitions on intensive care epidemiology and outcome: comparison of sepsis-2 and sepsis-3 definitions. *Infectious Diseases*, 50(3), 207-213.
- Evans, L., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C.M., French, C., et al. (2021). Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Medicine*, 47(11), 1181-247.
- Gauer, R., Forbes, D. & Boyer, N. (2020). Sepsis: Diagnosis and Management. *American Family Physician*, 101, 409-418.



เอกสารอ้างอิง

- Gupta, S., Sakhuja, A., Kumar, G, et al. (2016). Culture-negative severe sepsis: nationwide trends and outcomes. *Chest*, 150(6), 1251-1259.
- Jiang, L., & Cheng, M. (2022). Impact of diabetes mellitus on outcomes of patients with sepsis: an updated systematic review and meta-analysis. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 14, 39. <https://doi.org/10.1186/s13098-022-00803-2>
- Knaus, W. (2023). APACHE II Score. Retrieved from <https://www.mdcalc.com/calc/1868/apache-ii-score>
- Levy, M.M., Evans, L.E., Rhodes, A. (2018). The surviving sepsis campaign bundle: 2018 update. *Intensive Care Medicine*, 44(6), 925-928.
- Minasyan, H. (2017). Sepsis and septic shock: pathogenesis and treatment perspectives. *Journal of Critical Care*, 40, 229-242.
- Mukherjee, S., Das, S., Ghosh, P. S., & Bhattacharya, S. (2020). Arterial blood gas as a prognostic indicator in patients with sepsis. *Indian Journal of Medical Microbiology*, 38(3&4), 457-460. https://doi.org/10.4103/ijmm.ijmm_19_478
- Rhodes, A., Evans, L.E., Alhazzani, W., et al. (2017). Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016. *Critical Care Medicine*, 45(3), 486-552.
- Seymour, C.W., Kahn, J.M., Martin-Gill, C., et al. (2017). Delays from first medical contact to antibiotic administration for sepsis. *Critical Care Medicine*, 45(5), 759-765.
- Trevelin, S.C., Carlos, D., Beretta, M., da Silva, J.S. & Cunha, F.Q. (2017). Diabetes Mellitus and Sepsis: A Challenging. Association. *Shock*, 47(3), 276-287.
- World Health Organization. (2020). *WHO calls for global action on sepsis - cause of 1 in 5 deaths worldwide*. Retrieved from <https://www.who.int/news/item/08-09-2020-who-callsfor-global-action-on-sepsis---cause-of-1-in-5-deaths-worldwide>
- Zhang, Z., Hong, Y., Smischney, N.J., Kuo, H.P., Tsirigotis, P., Rello, J., et al. (2017). Early management of sepsis with emphasis on early goal directed therapy: AME evidence series 002. *Journal of Thoracic Disease*, 9(2), 392-405.



การประเมินผลโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อเขตสุขภาพที่ 4

อังศุมาลิน มั่งคั่ง^{1*}, ทศนีย์ สอนคำ¹, จุฬาลักษณ์ บุญมีรัตนโยธิน¹, บังอร อินทรี¹ และจุไรรัตน์ ทนเสถียร¹

¹สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก

(วันที่รับบทความ: 8 พฤษภาคม 2567; วันที่แก้ไข: 13 กรกฎาคม 2567; วันที่ตอบรับ: 26 กรกฎาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน ผลผลิตของโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ เขตสุขภาพที่ 4 โดยเน้นการป้องกันภาวะถดถอย 2) ศึกษาปัจจัยความสำเร็จและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ และ 3) เพื่อประเมินผลลัพธ์ ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะจากการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างการวิจัยเชิงปริมาณคือคณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุระดับเขตและบุคลากรที่ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 280 คน กลุ่มเป้าหมายการวิจัยเชิงคุณภาพ เลือกแบบจัดโควตา จำนวน 48 คน ในการพัฒนารูปแบบด้วยการสนทนากลุ่ม และเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 20 คน ในการประเมินผลลัพธ์ด้วยการสัมภาษณ์ เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถาม แนวทางสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่าผลการประเมินโครงการทุกด้านมีค่าเฉลี่ยโดยรวมระดับมาก ด้านบริบทมีค่าเฉลี่ย ระดับมาก ($\bar{X}=3.95$, $S.D.=0.04$) ปัจจัยความสำเร็จ คือบุคลากรมีทัศนคติที่ดี ผู้บริหารและทีมงานสนับสนุน รูปแบบการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ เขตสุขภาพที่ 4 ประกอบด้วย (1) ด้านบริบท ควรประกาศนโยบายที่ชัดเจนสอดคล้องกับบริบท (2) ด้านปัจจัยนำเข้าควรจัดกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อจัดระบบการดูแลที่เหมาะสม พัฒนาศักยภาพหมอครอบครัว จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุและพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร พร้อมทั้งสร้างการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน (3) ด้านกระบวนการ ประกอบด้วยกิจกรรมคัดกรองภาวะถดถอย ดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ จัดทำแผนดูแลสุขภาพระยะยาวในชุมชน และบูรณาการทุกภาคส่วนเพื่อสร้างความรอบรู้ให้กับครอบครัว ชุมชน พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) และพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ (4) ด้านผลลัพธ์ ควรกำหนดเป้าหมายที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ผลการใช้รูปแบบที่พัฒนามีความเหมาะสม พบว่าผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะถดถอยร้อยละ 68.59 กลุ่มเสี่ยงที่พบได้รับการส่งเสริมสุขภาพ รวม 3 ด้าน ร้อยละ 68.54 ติดตามประเมินซ้ำพบผู้สูงอายุมีภาวะถดถอยดีขึ้น ร้อยละ 60.81 ปัญหา/อุปสรรค คือ ศักยภาพและอัตรากำลังของบุคลากรไม่เพียงพอ ขาดการบูรณาการ ข้อเสนอแนะ พบว่าควรกำหนดแนวทางที่ชัดเจน เพิ่ม และพัฒนาบุคลากรขับเคลื่อนการจัดบริการคัดกรองภาวะถดถอยและส่งเสริมสุขภาพเป็นชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คำสำคัญ: การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ, การประเมินผล, การคัดกรองภาวะถดถอย, เขตสุขภาพที่ 4, แผนส่งเสริมสุขภาพ

*ผู้รับผิดชอบบทความ: อังศุมาลิน มั่งคั่ง; anntpmk@gmail.com



The Evaluation of the Development Project for Seamless Care System for Elderly in Community Health Region 4

Aungsumalin Mungkung^{1*}, Tasanee Sonkhum¹, Julaluk Boonmeerattanayothin¹,
Bungon Inthree¹ and Jurairat Thonsathien¹

¹Nakhon Nayok Provincial Public Health Office

(Received: 8 May 2024; Revised: 13 July 2024; Accepted: 26 July 2024)

Abstract

This mixed methods research aimed to 1) evaluate the context, input, process, and product of the project, 2) study key success factors and develop a seamless community care system for the elderly, and 3) evaluate the results, problems, and suggestions from the implemented the model. The sample group were 280 people of subcommittee and personnel working to care for the elderly in Health Region 4. There were 48 people to develop the model with group discussion. Of 20 people were selected to evaluate the results through interviews. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis for analysis qualitative data. The results of the study showed that all aspects of the research evaluation had a high overall average, and the context was the high level ($\bar{X}=3.95$, S.D.=0.04). Key success factors were good attitude personnel, executives and team's support. The operating model consisted of 4 domains including: (1) the context: clear policies, (2) the input: the elderly should be grouped to deliver a suitable care system, improve the potential of family doctors and establishing a clinic for the elderly, (3) Process: community screening, care in the elderly clinic, long-term health care plan and create health literacy for families, improving caregivers and developing Age-Friendly City, and (4) Product: should set the goal in good health for the elderly. The results of the use of the developed model were appropriate. It was found that 68.59% of the elderly were community screened for decline, 68.54% of the risk groups were received health promotion services in 3 areas and re-assessment found the elderly had an improved decline 60.81%. The problem/obstacles were the insufficient potential and manpower ratio of personnel and lack of integration. The suggestions were determined guideline, increase and develop personnel to drive the provision of recession screening and health promotion services as a set of benefits in the National Health Insurance System.

Keyword: seamless care system for elderly, evaluation, community screening, health region 4, health promotion plan

***Corresponding author:** Aungsumalin Mungkung; anntpmk@gmail.com



บทนำ

ประเทศไทยกำลังอยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aging Society) ปี 2565 ประเทศไทย มีผู้สูงอายุจำนวน 9,154,254 คน คิดเป็นร้อยละ 13.90 โดยเขตสุขภาพที่ 4 มีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 20.50 นับว่าเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ จังหวัดที่มีสัดส่วนประชากรสูงอายุ สูงสุด 3 อันดับ ได้แก่ จังหวัดสิงห์บุรี อ่างทอง และ นครนายก คิดเป็นร้อยละ 26.87, 24.12 และ 23.34 ตามลำดับ เขตสุขภาพที่ 4 มีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมร้อยละ 96.76 ติดบ้านร้อยละ 2.43 และติดเตียงร้อยละ 0.81 (สาธารณสุขจังหวัดนครนายก, 2565)

เมื่อมนุษย์มีอายุเพิ่มขึ้น การทำงานของร่างกายในระบบต่างๆ จะเสื่อมถอยลง รวมทั้งการทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลง จนเกิดผลกระทบต่อการดำรงชีวิต และอาจทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงในที่สุด ดังนั้น การป้องกันการเกิดภาวะเสื่อมของร่างกายในผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและสามารถช่วยเหลือและพึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุด (กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ, 2562) เขตสุขภาพที่ 4 ได้มีการดำเนินการปฏิรูประบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ โดยอาศัยแนวคิดการจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการโดยมีผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางและมีเป้าหมายหลักตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก โดยการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ (Functional Ability) ของผู้สูงอายุแต่ละราย ตามระดับของศักยภาพภายในตนเอง (Intrinsic capacity) โดยมุ่งเน้นการจัดบริการในระดับชุมชน และสามารถส่งต่อเข้าสู่สถานบริการในระดับต่างๆ ได้อย่างสะดวกในทุกพื้นที่ (World Health Organization, 2019) ภายใต้โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ปี 2565-2566 เน้นการป้องกันภาวะถดถอยในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยใช้แบบคัดกรองความถดถอยของร่างกายของผู้สูงอายุ 9 ด้าน (Community screening) และกำหนดแนวทางการดูแลส่งเสริมสุขภาพ (Intervention) (สันติ ลาภเบญจกุล, 2560) ติดตามประเมินผลลัพธ์ ใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านทันตสุขภาพ และด้านโภชนาการ การดำเนินงานโครงการในปีงบประมาณ 2565 มีการจัดประชุมคณะกรรมการเพื่อชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน ติดตามผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และบูรณาการขับเคลื่อนเมืองที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2566 ลดขั้นตอนบริการลงให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละจังหวัด โดยมีกระบวนการ การคัดกรอง 9 ด้าน การจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพและจัดบริการตามแผน ติดตามประเมินซ้ำควบคู่กับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข (หมอกรอบครัว 3 หมอ) พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลทุกระดับ และพัฒนาศูนย์สูงอายुरองรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ในขณะเดียวกันมีการบริหารจัดการปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ควบคู่ไปด้วย เช่น การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ พัฒนาระบบการเบิกจ่ายงบประมาณ และพัฒนาเครื่องมือสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน รวมถึงการประสานความร่วมมือทุกภาคส่วนในการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ (เลขานุการคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปเขตสุขภาพที่ 4, 2566)

จากการปฏิรูประบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ปี 2565-2566 ที่ผ่านมา ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะประเมินผลสัมฤทธิ์ของโครงการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ ศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ โดยใช้แนวคิดการประเมินผล CIPP Model ของ Stufflebeam โดยผลจากการประเมินที่ได้จะ

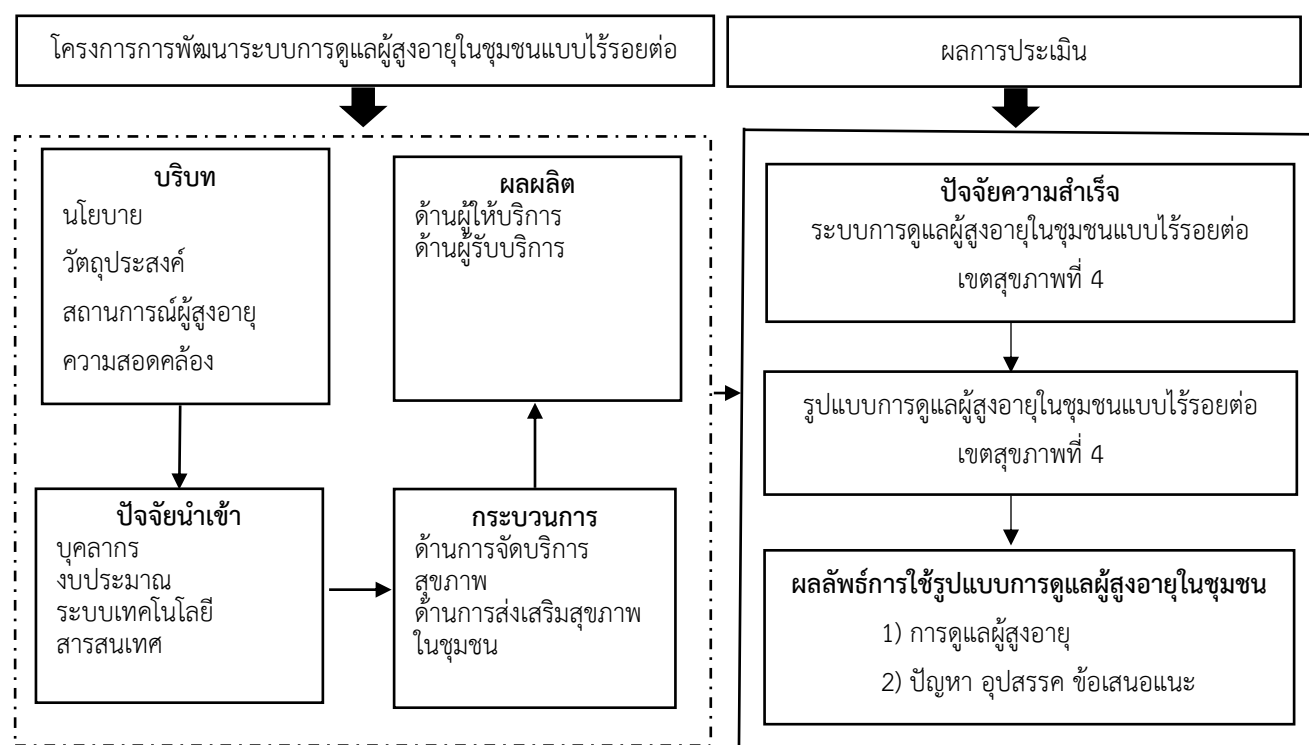


สามารถเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาตัดสินใจ และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ในการขยายผลโครงการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ และโครงการในลักษณะเดียวกัน ให้สามารถตอบสนองภารกิจของเขตสุขภาพที่ 4 ตามนโยบายปฏิรูปการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน ผลผลิต ของโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อเขตสุขภาพที่ 4
2. เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จ และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ ในการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method) ในการประเมินผลโครงการตามแนวคิด CIPP Model ด้วยวิธีศึกษาเชิงปริมาณและการศึกษาเชิงคุณภาพ ทำการศึกษา 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาเชิงปริมาณ (Survey research) ศึกษาบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต โดยใช้แบบสอบถามข้อคิดเห็นของคณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุระดับเขตและบุคลากรสาธารณสุขทุกวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในหน่วยงานสาธารณสุข ของเขตสุขภาพที่ 4 ทั้ง 8 จังหวัด จำนวน 280 คน 2) การศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative study) เป็นการศึกษา ปัจจัยความสำเร็จ และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ ด้วยการจัดเวทีประชุมเชิงปฏิบัติการ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในหน่วยงานสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ 4 เลือกแบบกำหนดโควตาในทุกจังหวัด จำนวน 48 คน แบ่งกลุ่มเป้าหมายเป็น 6 กลุ่มๆ ละ 8 คน สนทนากลุ่ม (Focus group) ในประเด็นที่กำหนด 3) ประเมินผลลัพธ์ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการใช้รูปแบบด้วยการสัมภาษณ์คณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุระดับเขต จำนวนทั้งสิ้น 20 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive selection)

ประชากร คือ คณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุระดับเขตและบุคลากรสาธารณสุขทุกวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในหน่วยงานสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ 4 ทั้ง 8 จังหวัด ได้แก่ สระบุรี นนทบุรี ลพบุรี อ่างทอง นครนายก สิงห์บุรี พระนครศรีอยุธยา ปทุมธานี ทุกหน่วยบริการ หน่วยละ 1 คน จำนวนทั้งหมด 932 คน

เกณฑ์คัดเข้า มีดังนี้

- 1) ผู้ที่เป็นคณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุระดับเขตที่ร่วมโครงการ และยินดีให้ข้อมูล
- 2) ผู้ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 4 ในจังหวัด สระบุรี ลพบุรี นครนายก และปทุมธานี ที่ร่วมโครงการ และยินดีให้ข้อมูล

เกณฑ์คัดออก มีดังนี้

- 1) ผู้ที่เป็นคณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุระดับเขต ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้
- 2) บุคลากรที่ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 4 ในจังหวัดอ่างทอง สิงห์บุรี พระนครศรีอยุธยา นนทบุรี

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงปริมาณ คำนวณโดยใช้สูตรของทาโร่ ยามานะ (Yamane, 1973) $n = N / (1 + Ne^2)$ เมื่อ n เท่ากับ กลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ N เท่ากับ จำนวนประชากรทั้งหมด e เท่ากับ ความคลาดเคลื่อนที่จะยอมรับได้ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 280 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างจากการเลือกจังหวัดและอำเภอแบบสุ่ม 3 ขั้นตอน (Three-stage random sampling scheme) โดยมีขั้นตอนดังนี้



1) นำรายชื่อจังหวัดทั้งหมดในเขตสุขภาพที่ 4 ทั้งหมด 8 จังหวัด มาเป็นกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 50 โดยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) ได้จังหวัดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดลพบุรี จังหวัดปทุมธานี จังหวัดนครนายก และจังหวัดสระบุรี

2) จากรายชื่อจังหวัดที่ได้ในข้อที่ 1 ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ร้อยละ 30 ของอำเภอในแต่ละจังหวัด ได้อำเภอที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 11 อำเภอ ดังนี้ จังหวัดลพบุรี 3 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอลำบาก อำเภอสระโบสถ์ อำเภอโคกสำโรง จังหวัดสระบุรี 4 อำเภอ ได้แก่ ดอนพุด วิหารแดง แก่งคอย บ้านหม้อ จังหวัดปทุมธานี 3 อำเภอ ได้แก่ ลาดหลุมแก้ว สามโคก ธัญบุรี และจังหวัดนครนายก ได้แก่ อำเภอเมืองนครนายก

3) นำรายชื่ออำเภอที่ได้ในข้อ 2 กำหนดกลุ่มตัวอย่างบุคลากรทุกวิชาชีพตามจำนวนหน่วยบริการของแต่ละอำเภอที่สุ่มได้ แบบกำหนดโควตาอำเภอละ 20-30 คน ตามจำนวนหน่วยบริการให้ได้ขนาดตัวอย่างตามที่กำหนด 280 คน กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงคุณภาพ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจัดสรรตามโควตา จังหวัดละ 5 คน ร่วมกับศูนย์วิชาการที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานละ 2 คน รวมทั้งสิ้น 48 คน ในการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบ และเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection) จากคณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุระดับเขต เพื่อสัมภาษณ์ จำนวน 20 คน

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ คือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถามงานวิจัยเรื่องการประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร (บรรจบ แสนสุข, จินตนา พลมีศักดิ์, นริศรา อารีรักษ์ และคณะ, 2566) ซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษาสูงสุด ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน จังหวัดที่ปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินบริบท จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินปัจจัยนำเข้า จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินกระบวนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบประเมินผลผลิต จำนวน 9 ข้อ

แบบสอบถามส่วนที่ 2 3 4 และ 5 เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 5 ระดับ มีการแปลความหมายตามเกณฑ์ 5 ระดับช่วงคะแนน ดังนี้ 1 หมายถึงระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด 2 หมายถึง ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อย 3 หมายถึง ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง 4 หมายถึง ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก 5 หมายถึง ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีการแปลความหมายตามเกณฑ์ 5 ระดับ (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2553) ดังนี้

ช่วงคะแนน 1.00–1.49 หมายถึง ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด



ช่วงคะแนน 1.50–2.49 หมายถึง ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อย

ช่วงคะแนน 2.50–3.49 หมายถึง ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 3.50–4.49 หมายถึง ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก

ช่วงคะแนน 4.50–5.00 หมายถึง ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด

2. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่

1) แนวทางการสนทนากลุ่ม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นคำถามปลายเปิดแบบมีโครงสร้าง โดยมีประเด็นคำถาม คือ แนวทาง/ขั้นตอนการดำเนินโครงการ และความสมบูรณ์ของนวัตกรรมของโครงการ (Innovation characteristics) ประเมินปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะด้านบริบทภายนอก (Outer setting) ด้านบริบทภายใน (Inner setting) บุคลากร (Individuals) กระบวนการปฏิบัติการ (Implementation process) ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ

2) แบบสัมภาษณ์ถึงผลลัพธ์ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความสอดคล้องตามกรอบแนวคิดในการวิจัย แบบสอบถามใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป ผลจากการวิเคราะห์ค่า IOC ของแบบสอบถามมีค่าระหว่าง 0.66 ถึง 1.00 หลังปรับปรุงแบบสอบถามนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดอ่างทอง จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยวิธี Cronbach's alpha Coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งการดำเนินการออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณในระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึง เดือนสิงหาคม 2566 ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากสาธารณสุขจังหวัดที่ถูกสุ่มเป็นพื้นที่เก็บข้อมูล โดยได้แบบสอบถามตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างไปพร้อมด้วย ติดตาม และรวบรวมแบบสอบถาม จากผู้ประสานงานวิจัยในแต่ละจังหวัดได้รับคืนรวม 280 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 แล้วนำมาตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องเพื่อเตรียมนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

ขั้นตอนที่ 2) เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 ด้วยการจัดเวทีประชุมเชิงปฏิบัติการแบ่งกลุ่มเป้าหมายเป็น 6 กลุ่ม แต่ละกลุ่มประกอบด้วยสมาชิกจาก 8 จังหวัด โดยทีมผู้วิจัยใช้แนวทางสนทนากลุ่มนำสนทนากลุ่มในประเด็นที่กำหนด ใช้เวลารวม 2 ชั่วโมง 30 นาที

ขั้นตอนที่ 3) เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์คณะอนุกรรมการฯ ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิจัยเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิจัยเชิงคุณภาพ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) วิเคราะห์เนื้อหาเพื่อจัดหมวดหมู่ (Category) นำมาสังเคราะห์เป็นประเด็นร่วม หรือประเด็นหลัก แล้วอธิบายเนื้อหา สรุปผลเพื่อยกร่างรูปแบบฯ ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ด้วยเทคนิคการสรุปอุปนัย

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก เลขที่ 6/2566 ลงวันที่ 16 มีนาคม 2566 คณะผู้วิจัยดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยทุกขั้นตอน พร้อมทั้งให้ความมั่นใจกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่างไม่ให้ได้รับผลกระทบ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุระดับเขตและบุคลากรที่ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 280 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.90 เพศชาย ร้อยละ 9.10 ช่วงอายุที่พบบ่อยที่สุดคือ ช่วงอายุ 45-50 ร้อยละ 23.40 และช่วงอายุระหว่าง 50-55 ร้อยละ 17.02 ตามลำดับ ระดับการศึกษาที่พบบ่อยที่สุดคือ ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 85.40 และระดับที่สูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 7.90 ตามลำดับ สถานภาพสมรสที่พบบ่อยที่สุดคือ สมรส ร้อยละ 53.80 และโสด ร้อยละ 38.90 ตามลำดับ วิชาชีพที่พบบ่อยที่สุดคือ พยาบาล ร้อยละ 54.10 และ นักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 31.00 ตามลำดับ สถานที่ปฏิบัติงานที่พบบ่อยที่สุดคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ร้อยละ 73.60 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ร้อยละ 7.60 มีประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุมากที่สุด 38 ปี และน้อยที่สุด 4 เดือน

ส่วนที่ 2 ผลการประเมินโครงการด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิต

การประเมินด้านบริบท ภาพรวมทั้ง 5 ประเด็นระดับมาก ($\bar{X}=3.95$, S.D.=0.04) การประเมินปัจจัยนำเข้า ภาพรวมทั้ง 6 ประเด็นระดับมาก ($\bar{X}=3.51$, S.D.=0.09) การประเมินด้านกระบวนการภาพรวมทั้ง 10 ประเด็นระดับมาก ($\bar{X}=3.69$, S.D.=0.04) และการประเมินด้านผลผลิตภาพรวมทั้ง 9 ประเด็นระดับมาก ($\bar{X}=3.70$, S.D.=0.05) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตของโครงการ (n=280)

ปัจจัย	ประเด็นสำคัญ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านบริบท	การดำเนินโครงการมีความจำเป็นในการสร้างเสริมสุขภาพและดูแล	4.02	0.69	มาก
	ผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ			
	ค่าเฉลี่ย 5 ประเด็น	3.95	0.04	มาก

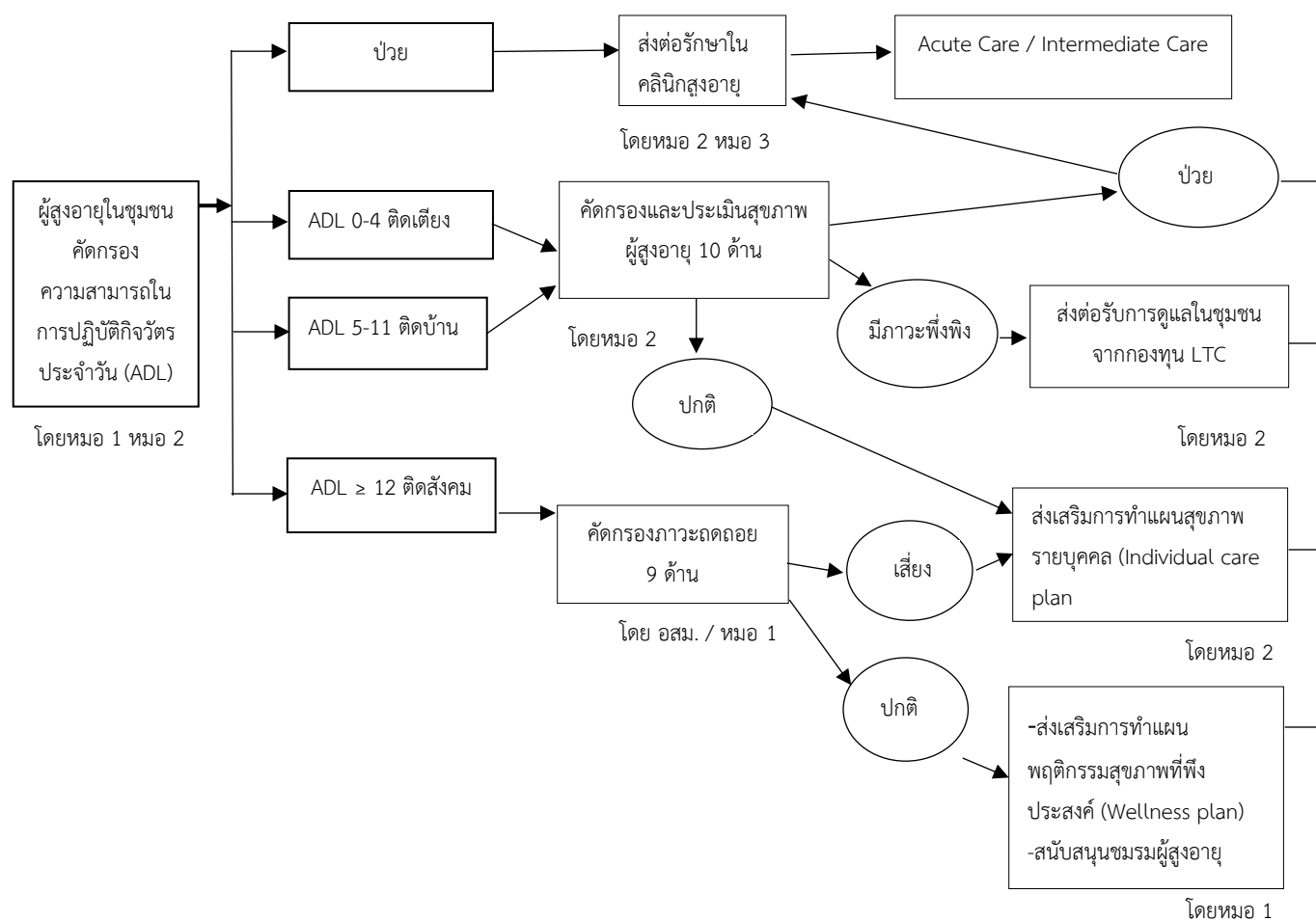


ตารางที่ 1 การประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตของโครงการ (ต่อ)

ปัจจัย	ประเด็นสำคัญ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านปัจจัยนำเข้า	คณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบฯมาจากหลายภาคส่วน มีความรู้ ความสามารถ	3.86	0.73	มาก
	ค่าเฉลี่ย 6 ประเด็น	3.51	0.09	มาก
ด้านกระบวนการ	การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะถดถอยมีความเหมาะสม	3.76	0.75	มาก
	ค่าเฉลี่ย 10 ประเด็น	3.69	0.04	มาก
ด้านผลผลิต	ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพตามวัตถุประสงค์โครงการ	3.81	0.73	มาก
	ค่าเฉลี่ย 9 ประเด็น	3.70	0.05	มาก

ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาปัจจัยความสำเร็จ และการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ (n=48)

จากข้อมูลกิจกรรมสนทนากลุ่ม ศึกษาเอกสาร ทบทวนวรรณกรรม มีแนวทางการดำเนินดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อเขตสุขภาพที่ 4 ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ เขตสุขภาพที่ 4



ผลการวิเคราะห์การดำเนินงานจากแนวทางที่มี และจากผลการทำ Focus group พบปัจจัยความสำเร็จ และนำมาพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ ของเขตสุขภาพที่ 4 ดังนี้

1. ปัจจัยความสำเร็จ ประกอบด้วย บุคลากรที่มีทัศนคติที่ดี มีแรงจูงใจในการทำงาน ผู้บริหารให้ความสำคัญ ทีมงานทุกระดับสนับสนุนการมีหลักการดำเนินงานที่ชัดเจน มีนวัตกรรมที่มีความน่าเชื่อถือและมีประโยชน์ ความร่วมมือจากเครือข่ายหน่วยงานภายนอก ความสนใจและมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและญาติ

2. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อเขตสุขภาพที่ 4 ประกอบด้วย

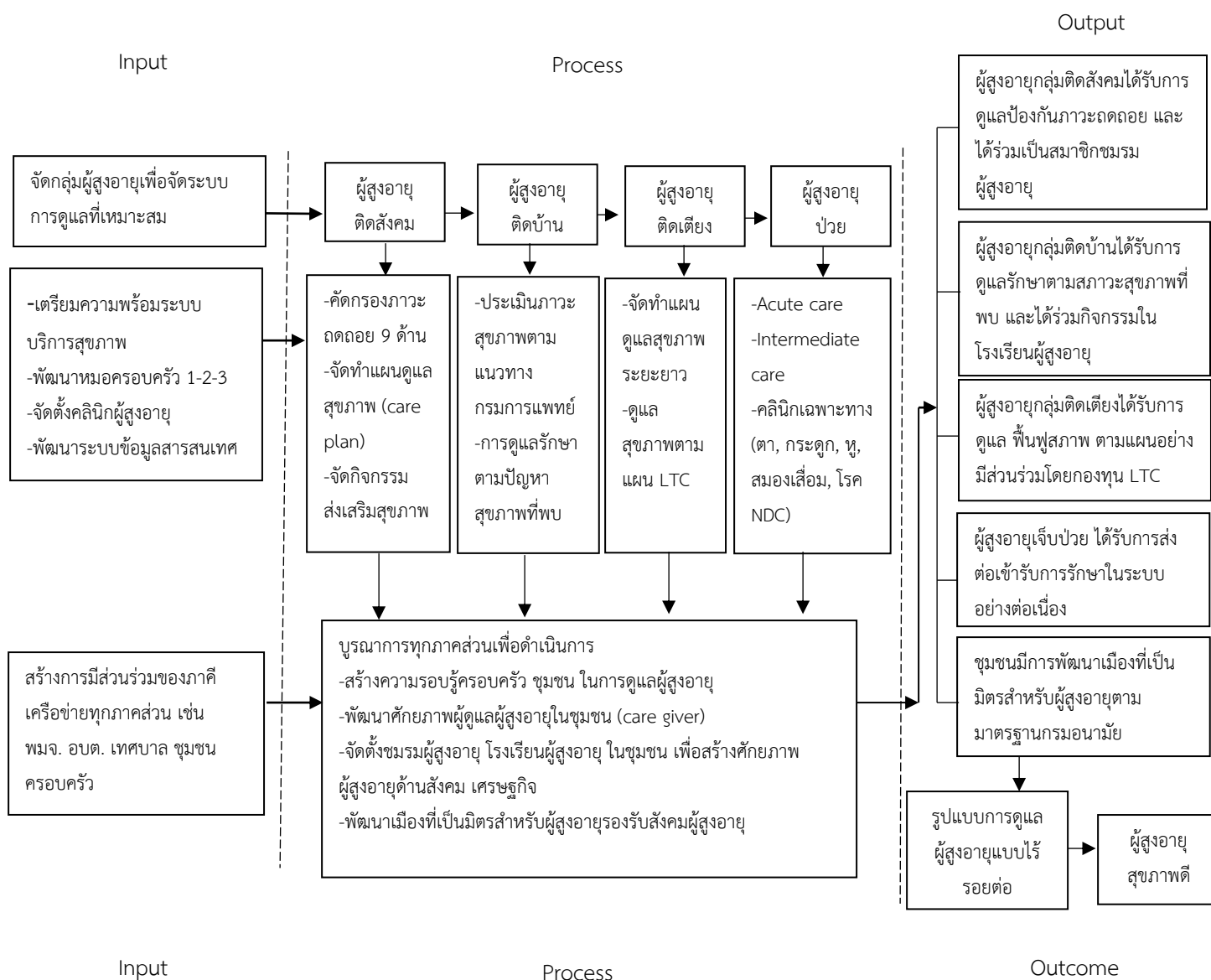
1) ด้านบริบท เขตสุขภาพที่ 4 กำหนดนโยบายการปฏิรูประบบสาธารณสุข (Big Rock) 5 ด้าน และจัดตั้งคณะกรรมการด้านต่างๆ เพื่อสนับสนุนการปฏิรูป (Sand Box) ในแต่ละด้าน โดยด้านที่ 3 คือประเด็นผู้สูงอายุโดยพัฒนาควบคู่กับการขับเคลื่อนเมืองสุขภาพดี (Healthy City) ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

2) ด้านปัจจัยนำเข้า มีการจัดกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อจัดระบบการดูแลที่เหมาะสม จัดตั้งคณะกรรมการเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร มีการสนับสนุนงบประมาณสนับสนุนให้ทุกจังหวัดและบริหารจัดการในภาพเขต จัดทำแบบคัดกรอง และอุปกรณ์ต่างๆในการดำเนินงาน เตรียมความพร้อมระบบบริการ เชื่อมโยงระบบบริการ และการเบิกจ่ายค่าบริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ Care-Code-Claim

3) ด้านกระบวนการ กำหนดการดูแลตามกลุ่มเป้าหมาย เป็น 4 กลุ่ม กลุ่มติดสังคม (Healthy elderly) ดูแลด้วยการคัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้าน จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล และส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะถดถอย กลุ่มติดบ้าน ดูแลด้วยการคัดกรองภาวะสุขภาพ จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล และส่งเข้ารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุหากมีภาวะเจ็บป่วย กลุ่มติดเตียงมีภาวะพึ่งพิง (Dependent elderly) จะได้รับการดูแลระยะยาว (Long term care) ในชุมชนด้วยความร่วมมือของกองทุนการดูแลระยะยาวในองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย (Illness elderly) จะได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ ทั้งระยะวิกฤต (Acute/Emergency care) และการดูแลระยะกลาง (Intermediate care)

4) ด้านผลลัพธ์ กำหนดเป้าหมายที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี จำแนกตามประเภทของผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมได้รับการดูแลป้องกันภาวะถดถอย และได้ร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านได้รับการดูแลรักษาตามสภาวะสุขภาพที่พบ และได้ร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงได้รับการดูแลฟื้นฟูสภาพตามแผนอย่างมีส่วนร่วมโดยกองทุน LTC ในชุมชน ในขณะที่ชุมชนมีการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุตามมาตรฐานกรมอนามัยผู้สูงอายุเจ็บป่วย ได้รับการส่งต่อเข้ารับการรักษาในระบบอย่างต่อเนื่อง

สรุปการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ เขตสุขภาพที่ 4 ได้ดัดแปลงภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ เขตสุขภาพที่ 4

ส่วนที่ 4 การประเมินผลลัพธ์ / ปัญหา/อุปสรรค/ข้อเสนอแนะ ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ

4.1 ด้านผลลัพธ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างยืนยันรูปแบบที่พัฒนาและดำเนินการตามแนวทางในรูปแบบ พบว่า ประชากรผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 851,725 คน ได้รับการคัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้าน ร้อยละ 68.59 พบความเสี่ยง ด้านการเคลื่อนไหว ร้อยละ 7.10 ด้านสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 8.39 และด้านขาดสารอาหาร ร้อยละ 1.73 กลุ่ม



เสี่ยงที่พบได้รับการส่งเสริมสุขภาพ (Intervention) รวม 3 ด้าน ร้อยละ 68.54 ติดตามประเมินซ้ำพบผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยน้อยลง พบค่าคะแนนคัดกรองแล้วพบภาวะถดถอยดีขึ้น (Reverse) ร้อยละ 60.82

4.2 ปัญหา/อุปสรรค 1) ด้านบุคลากร พบว่าศักยภาพและอัตราการจ้างของบุคลากรที่ไม่เพียงพอ การแบ่งบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอน ไม่ชัดเจน บทบาทคณะทำงานทับซ้อนกัน 2) ด้านเครื่องมือ การใช้เครื่องมือหลากหลายรูปแบบจากหลายหน่วยงาน อุปกรณ์มีไม่เพียงพอ 3) ด้านบริบท สถานการณ์ที่ควบคุมไม่ได้ด้วยโรคระบาด อุทกภัย และความเชื่อของผู้สูงอายุ ขาดความร่วมมือจากท้องถิ่น ผู้สูงอายุได้รับการดูแลไม่ครบถ้วนตามชุดสิทธิประโยชน์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และระบบการดูแลที่ไม่ต่อเนื่องระหว่างการดูแลแต่ละระดับ 4) ด้านงบประมาณ ระเบียบทางด้านการเงินการพัสดุที่ไม่เอื้ออำนวย การจัดสรรงบประมาณล่าช้า 5) ด้านกระบวนการ การถ่ายทอดข้อมูลแนวทางการดำเนินโครงการและการคืนข้อมูลที่ไม่ชัดเจน ระบบการรายงานผลหลากหลาย แอปพลิเคชันฐานข้อมูลมีความหลากหลายและไม่เชื่อมโยง

4.3. ข้อเสนอแนะ มีดังนี้ 1) ควรกำหนดแนวทางหรือตัวชี้วัดที่ชัดเจนและชี้แจงอย่างทั่วถึงและปรับเปลี่ยนประเมินให้ง่ายขึ้นและกระชับ 2) สนับสนุนงบประมาณต่อเนื่อง และควรประสานแหล่งงบประมาณอื่นๆเพิ่มเติม 3) บูรณาการความร่วมมือภาคส่วนต่างๆ ในการพัฒนาผ่านการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย 4) เพิ่มอัตราการจ้างบุคลากร (หมอ 2/3) รองรับภาระงานที่เพิ่มขึ้นและสร้างทีมงาน 5) พัฒนาบุคลากรในด้านความรู้และประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ 6) ควรบูรณาการเครื่องมือการบันทึกข้อมูล การรายงานร่วมกันระหว่างกรมต่างๆ 7) ขับเคลื่อนการจัดบริการคัดกรอง-ส่งเสริมสุขภาพ เป็นชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

อภิปรายผล

การประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตของโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อโดยเน้นการป้องกันภาวะถดถอย พบว่า 1) การประเมินด้านบริบท พบปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่สำคัญและเร่งด่วน นโยบายเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น จึงได้มีการกำหนดกิจกรรมบริการคัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้าน และให้บริการส่งเสริมสุขภาพในด้านการเคลื่อนไหว ด้านสุขภาพช่องปากและด้านโภชนาการที่เพิ่มขึ้น เพื่อดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่เริ่มมีภาวะถดถอย โดยเฉพาะด้านการเคลื่อนไหว ด้านสุขภาพช่องปาก และด้านโภชนาการที่พบว่ามีความเสี่ยงมากที่สุด 3 ลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบรรจบ แสนสุข และคณะ (2566) ที่ประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร พบว่าปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ถูกกำหนดให้เป็นวาระสำคัญและเร่งด่วน และมีการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุมาขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง 2) การประเมินปัจจัยนำเข้า พบว่าคณะอนุกรรมการฯ เป็นผู้ที่มีความรู้ มีความสามารถ แสดงบทบาทหน้าที่ตามความรับผิดชอบระดับมาก มีระบบดำเนินงาน กำกับติดตามชัดเจน ระบบข้อมูลผู้สูงอายุเพียงพอในการวางแผน โดยมีบุคลากรที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ทำหน้าที่ ติดตามรายงานในระดับมาก นับว่าปัจจัยนำเข้า



ด้านบุคลากรมีความพร้อม มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจน ส่งผลให้การดำเนินโครงการเป็นไปตามวัตถุประสงค์ ถึงแม้จะพบว่าการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ อยู่ในระดับกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนภัก นิธิวิจิตร (2562) ที่ศึกษาการประเมินผลระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม เขตสุขภาพที่ 9 พบว่าการดำเนินงานการประเมินด้านปัจจัยนำเข้า มีความพร้อมด้านบุคลากร แต่ยังขาดความพร้อมด้านทรัพยากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และสถานที่ 3) การประเมินด้านกระบวนการ พบว่า การดำเนินกิจกรรมโครงการ 4 ขั้นตอน มีความเหมาะสมต่อผู้สูงอายุหรือกลุ่มเป้าหมายในชุมชน มีการส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่อง มีการสรุปและประเมินผลการดำเนินงาน ติดตามกำกับ ให้ข้อมูลสะท้อนกลับแก่ผู้ให้บริการ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างไร้รอยต่อตามวัตถุประสงค์ของโครงการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบรรจบ แสนสุข และคณะ (2566) ที่พบว่ามีการเชื่อมโยงดูแลไร้รอยต่อและการส่งต่อข้อมูลในการดูแลผู้สูงอายุในช่องทางอื่น มีการประชุมเพื่อติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง 4) การประเมินด้านผลผลิต พบว่าบุคลากรมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดำเนินงานในภาพรวม ผู้สูงอายุในชุมชนที่มีภาวะถดถอยมีสุขภาพดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาศักยภาพบุคลากร หมอ 1 หมอ 2 ในการดูแลผู้สูงอายุตามแนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้น ทำให้ผู้สูงได้รับบริการทั่วถึง ส่งผลให้มีสุขภาพดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิราภรณ์ ณรงค์ราช และคณะ (2566) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาระบบบริการแบบไร้รอยต่อในการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง เครือข่ายจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าบุคลากรทีมสหวิชาชีพพึงพอใจต่อการพัฒนาและผู้ป่วยมีสภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

ปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) ด้านบริบท ได้แก่ ความร่วมมือจากเครือข่ายหน่วยงานภายนอก ความสนใจและมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและญาติ 2) ด้านปัจจัยนำเข้า คือบุคลากรต้องมีทัศนคติที่ดีจึงก่อให้เกิดความมุ่งมั่น แรงจูงใจในการทำงาน บุคลากรมีศักยภาพ โดยมีผู้บริหารให้ความสำคัญและทีมงานทุกระดับสนับสนุน และ 3) ด้านกระบวนการ พบว่าการมีหลักการการทำงานที่ชัดเจน มีนวัตกรรมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่น่าเชื่อถือมีประโยชน์ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงกับผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันภาวะถดถอย สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจพร สุธรรมชัย และคณะ (2558) ศึกษาการสังเคราะห์รูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการพบว่าผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุทุกฝ่ายมีเจตคติที่ดีต่อการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ความมุ่งมั่นของบุคลากร รวมทั้งการจัดระบบความสัมพันธ์ของผู้เกี่ยวข้องในรูปของภาคี-เครือข่าย การสร้างความร่วมมือ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความสำเร็จ และการศึกษาของวัชรพล ในอรุณ และคณะ (2566) ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกายของจังหวัดสระบุรีพบว่าผู้บริหารระดับเขต/จังหวัดให้ความสำคัญ บุคลากรมีศักยภาพเป็นจุดแข็งที่ทำให้การพัฒนารูปแบบประสบความสำเร็จ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ เขตสุขภาพที่ 4 ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านบริบท คือต้องมีนโยบายชัดเจนสอดคล้องกับสถานการณ์ผู้สูงอายุ 2) ด้านปัจจัยนำเข้า ควรคัดกรองจัดกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อจัดระบบการดูแลที่เหมาะสม เตรียมความพร้อมของระบบบริการสุขภาพด้วยการพัฒนาศักยภาพหมอบรรดาคือ จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน 3) ด้านกระบวนการ ประกอบด้วยกิจกรรม



คัดกรองภาวะถดถอย กลุ่มติดสังคม ประเมินภาวะสุขภาพกลุ่มติดบ้าน ดูแลรักษา ส่งเสริม ตามปัญหาที่พบ กลุ่มติดเตียง จัดทำแผนดูแลสุขภาพระยะยาวในชุมชน ดูแลรักษา ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยในระยะเฉียบพลัน ระยะกึ่งเฉียบพลัน และดูแลเฉพาะทางในคลินิกผู้สูงอายุ ควรบูรณาการทุกภาคส่วนเพื่อสร้างความรอบรู้ให้กับครอบครัว ชุมชน พัฒนาศักยภาพ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) และพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ 4) ด้านผลลัพธ์ ควรกำหนดเป้าหมายที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ในผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบรรจบ แสนสุขและคณะ (2566) ที่พบว่ารูปแบบ การดำเนินงานซึ่งมีอยู่ 5 องค์ประกอบที่สอดคล้องกัน ได้แก่ การมีนโยบายที่ชัดเจน ความพร้อมด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ และการจัดการที่ดี มีการดำเนินงานที่เข้มข้น การคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง ระบบการส่งต่อ ผู้ป่วย การดูแลรักษาเฉพาะทาง การดูแลที่ต่อเนื่อง การดำเนินงานภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมและการบูรณาการของ ภาคีเครือข่าย และยังสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2560) ศึกษาปัจจัยสนับสนุนระบบ การดูแลแบบไร้รอยต่อของเครือข่ายการพยาบาลโรคหัวใจ ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยอย่างไร้รอยต่อ จะต้องมียุทธศาสตร์ที่ ชัดเจน มีส่วนร่วมของทีม เครือข่ายมีความเข้มแข็ง

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ พบประเด็นต่างๆ ดังนี้ 1) ด้านบริบท พบ อุปสรรคที่สำคัญ คือ ความเชื่อของผู้สูงอายุที่ไม่เห็นความสำคัญของการคัดกรองภาวะถดถอย โดยเชื่อว่าภาวะถดถอยเป็น เรื่องของธรรมชาติ สังคมของมนุษย์จึงไม่เข้ารับการคัดกรอง และมีปัญหาอุทกภัยในพื้นที่จังหวัดสิงห์บุรี พระนครศรีอยุธยา ปทุมธานี และนนทบุรี ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงาน ในด้านคมนาคม ด้านสังคม และการมีส่วนร่วม ของชุมชนในการดำเนินการคัดกรองและให้บริการส่งเสริมสุขภาพ จะเห็นได้จากผลการดำเนินงานของจังหวัดดังกล่าวต่ำกว่าจังหวัดอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของสมิตานันท์ ไชยคำ และคณะ (2566) ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการ จัดการปัญหาอุทกภัย หมู่ที่ 2 บ้านโรงวัว ในเขตเทศบาลตำบลหนองหอย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าปัญหา อุทกภัยของชุมชนส่งผลกระทบทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การคมนาคม สิ่งแวดล้อม และระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) ด้านกระบวนการ พบอุปสรรคที่สำคัญคือฐานข้อมูลไม่ครอบคลุมและไม่เชื่อมโยงกัน ขาดความร่วมมือจากท้องถิ่น เนื่องจากไม่เข้าใจ ผู้สูงอายุได้รับการดูแลไม่ต่อเนื่องระหว่าง การดูแลแต่ละระดับซึ่งไม่ชัดเจน จะเห็นได้ว่าการที่ กระบวนการจะสำเร็จได้และส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลนั้น ฐานข้อมูลต้องครอบคลุมทุกระดับและมีการเชื่อมโยง บูรณาการกัน และกำหนดแนวทางที่ชัดเจนพร้อมทั้งประชาสัมพันธ์สร้างความเข้าใจให้กับภาคีเครือข่ายในส่วนท้องถิ่นที่ รับถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของวิราภรณ์ ณรงค์ราช และคณะ (2565) ที่ศึกษาประสิทธิภาพ ของการพัฒนาแบบบริการแบบไร้รอยต่อในการบริหารฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางเครือข่ายจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าไม่มี ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ชัดเจน เจ้าหน้าที่ขาดข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายจากการส่งต่อข้อมูลไม่ต่อเนื่องถึงผู้ที่ เกี่ยวข้อง และบุคลากรส่วนท้องถิ่นขาดความเข้าใจและประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ การออกให้บริการไม่เป็นไปตาม แผนการรักษาที่วางแผนไว้ และสอดคล้องกับสุพัตรา ศรีวิชชากร และคณะ (2556) ที่วิจัยบูรณาการเพื่อพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมพบว่า เจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ขาดความรู้ความเข้าใจในการทำงาน ด้านผู้สูงอายุ ไม่มีข้อมูลผู้สูงอายุที่ครอบคลุมและทั่วถึง และปัญหาการบริหารจัดการงบประมาณ



ผลการศึกษานี้พบว่าผลการดำเนินโครงการมีความเหมาะสม สอดคล้องกับสภาพปัญหาในพื้นที่ พบปัญหาอุปสรรคบ้างในส่วนของการดำเนินงานรูปแบบใหม่ที่ต้องพัฒนาระบบฐานข้อมูล ระบบบริการควบคู่กัน ประกอบกับการขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้เฉพาะทางในการดูแลผู้สูงอายุ แต่ด้วยปัจจัยความสำเร็จ ที่พบว่าผู้บริหารให้ความสำคัญ บุคลากรที่มีทัศนคติที่ดี มีแรงจูงใจในการทำงานจึงทำให้ดำเนินการโครงการได้บรรลุวัตถุประสงค์ ภายใต้อุปสรรคด้านบริบทที่ไม่สามารถแก้ไขได้ และเกิดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ 4 องค์ประกอบ ที่จัดบริการเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มเป้าหมายแต่ละประเภท ออกแบบให้มีความเชื่อมโยงอย่างไร้รอยต่อ เน้นการมีส่วนร่วมและบูรณาการดำเนินงานร่วมกัน การนำนวัตกรรมหรือการบริการสร้างเสริมสุขภาพ (Intervention) เข้ามาเชื่อมรอยต่อระหว่างระบบสุขภาพ และพัฒนากลไกการขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพที่เป็นรูปธรรมชัดเจนทั้งในระดับจังหวัดและในระดับชุมชนทั้งนี้การนำเอารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุนี้ไปประยุกต์ใช้จะส่งผลให้ผู้สูงอายุทุกกลุ่มได้รับการดูแลแบบไร้รอยต่อ อย่างเหมาะสมโดยคำนึงถึงความแตกต่างด้านบริบทและความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. สามารถจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 4 ให้มีความเหมาะสมกับบริบทและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆได้
2. รู้แนวทางการบริหารและการพัฒนาในการขับเคลื่อนการเตรียมความพร้อมของชุมชนรองรับสังคมผู้สูงอายุ เต็มรูปแบบ (Aging Society) เช่น เครื่องมือ บุคลากร และการเสนอนโยบาย
3. ใช้เป็นแนวทางการบูรณาการความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆในการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย ในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ รองรับสังคมผู้สูงอายุ
4. เสนอข้อมูลให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อผลักดันชุดสิทธิประโยชน์กลุ่มผู้สูงอายุ ให้ครอบคลุมกิจกรรมบริการที่เกิดขึ้นใหม่ เช่น การคัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้าน การส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะถดถอยในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มกลุ่มประชากรผู้สูงอายุในการศึกษาให้การประเมินสะท้อนถึงสถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 มากยิ่งขึ้น
2. ควรนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อเขตสุขภาพที่ 4 ที่ได้ไปทดลองใช้ในพื้นที่อื่น และทำการประเมินรูปแบบ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลให้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อในพื้นที่เขตสุขภาพมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชัยวุฒิ เทโพธิ์ ผู้ช่วยอธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ สระแก้ว แพทย์หญิงอรรัตน์ จันทรเพ็ญ นายแพทย์สาธารณสุข



จังหวัดนครนายก แพทย์หญิงมัลลิกา ชวนเสงี่ยม อาจารย์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จังหวัดปทุมธานี นายแพทย์สันติ ลาภเบญจกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าวัง จังหวัดลพบุรี ที่สนับสนุนและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้บริหารทุกท่าน คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุระดับเขต และบุคลากรผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 4 ทั้ง 8 จังหวัด ที่ได้กรุณาสับสนุนให้เกิงานวิจัยในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

- กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ. (2562). รายการข้อมูลสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุ. สืบค้นจาก <https://dopah.anamai.moph.go.th/25640112111.PDF>
- ชูศรี วงศ์รัตน. (2553). เทคนิคการเขียนเค้าโครงการวิจัย : แนวทางสู่ความสำเร็จ (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี : บริษัท ไทเนรมิตกิจ อินเตอร์ โพรเกรสซิฟ จำกัด
- นภัก นิธิวิธธร. (2562). การประเมินผลระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 13(31), 105-118.
- เบญจพร สุธรรมชัย, จิราพร เกศพิชญวัฒนา และนภัส แก้ววิเชียร. (2558). การสังเคราะห์รูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 24(6), 1018-1029.
- บรรจบ แสนสุข, จินตนา พลมีศักดิ์, นริศรา อารีรักษ์ และถนอม นามวงษ์. (2566). การประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายการพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชนสู่บริหารสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ จังหวัดยโสธร. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 9(3), 179-190.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ดวงกมล วัตราดุล, ลัดดาวัลย์ เตชะกุง และนวลโย พิศชาติ. (2560). ปัจจัยสนับสนุนระบบการดูแลแบบไร้รอยต่อของเครือข่ายการพยาบาลโรคหัวใจ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 28(2), 154-167.
- เลขานุการคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปเขตสุขภาพที่ 4. (2566). *แนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุไร้รอยต่อในเขตสุขภาพที่ 4 ปี 2566*. โรงพิมพ์สระบุรี.
- วัชรพล ในอรุณ, ยอดชาย สุวรรณวงษ์ และสุรัสดา นະสีดา. (2566). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกายของจังหวัดสระบุรี. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(4), 755-785.
- วิราภรณ์ ณรงค์ราช และมะลิวรรณ อังคณิตย์. (2565). ประสิทธิผลของการพัฒนาระบบบริการแบบไร้รอยต่อในการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางเครือข่ายจังหวัดร้อยเอ็ด. *ศรีนครินทร์เวชสาร* 2565, 37(6).



เอกสารอ้างอิง

- สันติ ลาภเบญจกุล. (2560). *ทิศทางความต้องการด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ: ลำสนธิโมเดล* [เอกสารนำเสนอประกอบการประชุม]. ประชุมวิชาการนานาชาติรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล ประจำปี 2560, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สมิตตานันท์ ไชยคำ, กฤตบุญ คำทิพย์โพธิ์ทอง, ชินวุฒิ รัตนพัวพันธ์ และรุ่งนภา อุดมมะธานี. (2566). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการปัญหาอุทกภัย หมู่ที่ 2 บ้านโรงวัว ในเขตเทศบาลตำบลหนองหอย อำเภอเมือง*.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก. (2565). *ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ (HDC)*. สืบค้นจาก <https://noph.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php>
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2556). *โครงการวิจัยบูรณาการเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม*. รายงานการวิจัย. นครปฐม: สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: an introductory analysis*. New York: New York: Harper & Row.
- World Health Organization. (2019). *Integrated care for older people (ICOPE) implementation framework: Guidance for systems and services*. World Health Organization. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515993>

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (Reviewers)

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา

ลำดับ	รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	สังกัด
1.	รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรด	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
2.	รองศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัย ลีทองดีสกุล	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
3.	รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์	มหาวิทยาลัยทักษิณ
4.	รองศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช	มหาวิทยาลัยทักษิณ
5.	รองศาสตราจารย์ ดร.อาจันต์ สงทับ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
6.	รองศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์	มหาวิทยาลัยนเรศวร
7.	รองศาสตราจารย์ ดร.จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
8.	รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน	มหาวิทยาลัยนเรศวร
9.	รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ บุญเชียง	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
10.	รองศาสตราจารย์ ดร.ภาวนา พนมเขต	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
11.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี บุตรสอน	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
12.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปวีณา ลิ้มปทีปการ	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
13.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติ เหลาสุภาพ	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
14.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรุณ บุญสร้าง	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
15.	รองศาสตราจารย์ ดร.พชนา เสงบริบูรณ์พงศ์ ใจดี	มหาวิทยาลัยบูรพา
16.	รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีรัตน์ ล้อมพงศ์	มหาวิทยาลัยบูรพา
17.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวนีย์ ทองนพคุณ	มหาวิทยาลัยบูรพา
18.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิสกร กรุงไกรเพชร	มหาวิทยาลัยบูรพา
19.	นายแพทย์ ดร.ขวัญชัย กุมภาพงษ์	มหาวิทยาลัยมหิดล
20.	ดร.ภูเบศร์ แสงสว่าง	มหาวิทยาลัยมหิดล
21.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิชชานันท์ เขียรทองอินทร์	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
22.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปาริชาติ รัตนราช	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
23.	ดร.กชพงศ์ สารการ	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
24.	ดร.ฉนทิรา จันทวารีย์	มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
25.	ทันตแพทย์หญิง ดร.ภักขิสา คนสุภาพ	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
26.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษ ดร.สมตระกูล ราศิริ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

ลำดับ	รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	สังกัด
27.	ดร.พงศ์พิษณุ บุญดา	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
28.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรศักดิ์ พาจันทร์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
29.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุ๋นใจ เครือสถิตย์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
30.	ดร.สุพัฒน์ อาสนะ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
32.	ดร.ปริญญา จิตอร่าม	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
33.	ดร.สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
34.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พยงค์ เทพอักษร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
35.	ดร.บุบผา รักษานาม	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
36.	ดร.อุไรวรรณ ศิริธรรมพันธ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
37.	ดร.สุฤษดิ์ ผาอาจ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
38.	ดร.อุบลทิพย์ ไชยแสง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
39.	ดร.อวิรุทธ์ สิงห์กุล	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
40.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญจวรรณ พูนธนานิวัฒน์กุล	วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก
41.	ดร.สรรพพร วิรัตน์โกคิน	วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก
42.	ดร.วรัญญา อรุโณทยานันท์	วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก
43.	ดร.นุสรา ประเสริฐศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
44.	ดร.กุลธิดา กุลประทีปปัญญา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
45.	ดร.สาดี สายทอง แอมิลตัน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
46.	ดร.มาสริน ศุกลักษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
47.	ดร.วรารณ ยศทวี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์
48.	ดร.อรัญญา นามวงศ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
49.	ดร.พนารัตน์ เจนจบ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
50.	ดร.กนกวรรณ เวทศิลป์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ
51.	ดร.ปิยะณัฐ จันทร์วารีย์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
52.	ดร.นฤมล กิ่งแก้ว	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี



วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา

Thai Journal of Public Health and Health Education

ISSN 2985-251X (Online)

ติดต่อกองบรรณาธิการ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

187 หมู่ 3 ถนนสถลมารค ตำบลเมืองศรีไค อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190

โทร: 085 046 4722, 081 389 9146, 094 520 9823 หรือ 045-210270 ต่อ 251

E-mail: tjphe_editor@scphub.ac.th / kaewjai@scphub.ac.th

<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjphe/index>