



วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม

JOURNAL OF PUBLIC HEALTH AND INNOVATION

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2565 VOL.2 NO.2 MAY – AUGUST 2022

ISSN: 2773-899X (ONLINE) ISSN: 2773-9112 (PRINT)



Tel. 035-454049 ต่อ 5107

FAX.035-454050



Email : J-Phin@phcsuphan.ac.th



<https://he01.tci-thaijo.org/Index.php/J-PHIN/submissions>



สำนักงานกองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุตรดิตถ์
77 หมู่ 4 ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ 72000



วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม
Journal of Public Health And Innovation : J-PHIN

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2565

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่และส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับผลงานทางวิชาการด้านวิทยาศาสตร์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษา สิ่งแวดล้อม นวัตกรรมสุขภาพและความรู้จากศาสตร์อื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์แก่ นักศึกษา อาจารย์ นักวิชาการ นักสาธารณสุข ทั้งในประเทศและต่างประเทศ
2. เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมผลงานวิจัยและเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษา สิ่งแวดล้อม นวัตกรรมสุขภาพ
3. เพื่อสร้างเครือข่ายการเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการ และองค์ความรู้ระหว่างวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรีกับหน่วยงานภายนอกในส่วนภาครัฐและเอกชนทั้งในประเทศและต่างประเทศ

สำนักงาน

สำนักงานกองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
77 หมู่ 4 ตำบลทับตี่เหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี 72000
โทรศัพท์ 035-454049 ต่อ 5107 โทรสาร 035-454050
e-mail : j-phin@phcsuphan.ac.th
website: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/J-PHIN/submissions>

พิมพ์ที่

ร้านสุพรรณก๊อปปี้ 5/28-29 ตำบลรั้วใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี
โทรศัพท์ 035-961579 โทรสาร 035-961579 e-mail : suphancopy.11@gmail.com

ISSN : 2773-899X (Online)

ISSN : 2773-9112 (Print)



วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม

Journal of Public Health And Innovation : J-PHIN

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2565

ที่ปรึกษา

ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดสุพรรณบุรี
อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
คณบดีสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

บรรณาธิการ

ดร.สุทธิดี สิริรักษ์

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ

กองจัดการ

อาจารย์พรชัย ขุนคงมี
อาจารย์ ดร.สุภาพร บุญศิริลักษณ์
นางสาวศุภนิจ ทับชัย
นางสาวกัลยาณี สุนทรสารทูล
นางสาวนฤมล เผ่าด้วง

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.สิทธิกร พงศ์พานิช
ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุมน พงศ์ภิญโญ
รองศาสตราจารย์ ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์
รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทรงค์
รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ สุตหนองบัว
รองศาสตราจารย์ ดร.สมัทนา กลางคาร
รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์
รองศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ ส่งเสริม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ ลักษณะจรกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทพ.ณัฐวธ แก้วสุทธา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.สมตระกูล ราศิริ
อาจารย์ ดร.ปริญญา จิตอร่าม
อาจารย์ ดร.จิรนนท์ ตูลชาติ
อาจารย์ ดร.พิทยา ศรีเมือง
อาจารย์ ดร.อรอนพ สนธิไชย
อาจารย์ ดร.สฤณี ผาอาจ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
มหาวิทยาลัยนเรศวร
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
มหาวิทยาลัยทักษิณ
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดอุบลราชธานี
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้
ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม
ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

เจ้าของ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรมเป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความ
เพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 3 ท่านต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารศาสตร์
สาธารณสุขและนวัตกรรมที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือ
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

บทบรรณาธิการวารสาร

วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม ฉบับนี้เป็นฉบับประจำปีครั้งที่ 2 ฉบับที่ 2 ปีพุทธศักราช 2565 จัดทำโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมผลงานวิจัยและเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้และส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับผลงานทางวิชาการด้านวิทยาศาสตร์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ การพยาบาล การสาธารณสุข สิ่งแวดล้อม นวัตกรรมสุขภาพ และการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ สร้างเครือข่ายการเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการ และองค์ความรู้ระหว่างวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรีกับหน่วยงานภายนอกในส่วนภาครัฐและเอกชน เล่มนี้เป็นเล่มที่สอง ของปี 2565 ท่ามกลางสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทุกสายพันธุ์ ต้องปรับตัวและเรียนรู้ที่จะอยู่และใช้ชีวิตท่ามกลางการระบาด แต่ก็ยังดีที่เชื้อโรคได้อ่อนความรุนแรงลง เพื่อความไม่ประมาทก็ต้องใช้แนวทางการป้องกัน และการดูแลตนเองให้สุขภาพแข็งแรง ปลอดภัย ด้วยความไม่ประมาท ใส่หน้ากากอนามัย และใช้แอลกอฮอล์ในการทำมาสะอาดมือตลอดเวลา ด้วยความห่วงใยจากทางทีมบรรณาธิการวารสาร และหวังว่าบทความในวารสารนี้จะเป็นประโยชน์แก่ นักศึกษา อาจารย์ นักวิชาการ นักสาธารณสุข ทั้งในประเทศและต่างประเทศ สามารถเรียนรู้ด้วยตนเองได้ทางเว็บไซต์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี วารสารมีกำหนดการเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

เนื้อหาในวารสารฉบับนี้ มีบทความวิจัย 4 เรื่อง และบทความวิชาการ 2 เรื่อง บทความทุกเรื่องสามารถ Download ได้ในรูปแบบ pdf. File ขณะเดียวกันหากมีความสนใจในการ เขียนบทความ ทั้งด้านวิชาการ งานวิจัยหรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขชุมชนและสุขภาพตลอดจนข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาปรับปรุงวารสารให้เหมาะสม ท่านผู้อ่านสามารถแจ้งมายังกองบรรณาธิการได้ จักขอบคุณยิ่ง

วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม ขอขอบคุณสถาบันพระบรมราชชนก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนบทความทุกท่านที่มีส่วนร่วมสนับสนุนในการทำให้เสร็จสมบูรณ์อย่างมีคุณภาพ วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม จะเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาทักษะทางวิชาการ และวิชาชีพของบุคลากรสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ตลอดจนสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง อันจะเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ และสาขาที่เกี่ยวข้องต่อไป

สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์
บรรณาธิการ

บรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ

บทบรรณาธิการวารสาร

บทความวิจัย (Original Article):

การศึกษาภาวะความเครียดของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต.....1

สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ชั้นปีที่ 3 ตามประสบการณ์ความเครียดที่ผ่านการฝึกปฏิบัติงานรายวิชา
คลินิกทันตกรรมผสมผสาน 1 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

A Study of Stress in the 3rd year Students

of Bachelor of Public Health Program in Dental Public Health according
to their Dental Practice Training in Clinical Dentistry 1,

Sirindhorn College of Public Health Suphanburi

การพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง.....26

โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

Development of a hearing screening model in at-risk newborns

Naradhiwasrajanagarindra Hospital

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2.....40

อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี

The Factors Related to Food Consumption Behaviors of Type 2

Diabetic Patients in Bang Yai District, Nonthaburi Province

ปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข.....53

จังหวัดสุพรรณบุรี

Factors Affecting Motivation for Work of Personnel among Suphanburi

Provincial Public Health Office

บทความวิจัย (Academic Articles):

สถานการณ์แนวโน้มและการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงประเทศไทย.....14

Trend situation and health promotion of elderly bedridden people in Thailand

การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน.....63

ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

The Elderly Health Care through Participation

in the Community under the Epidemic of the Coronavirus 2019 (COVID-19)

การศึกษาภาวะความเครียดของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต
สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ชั้นปีที่ 3 ตามประสบการณ์ความเครียดที่ผ่านการฝึกปฏิบัติงาน
รายวิชาคลินิกทันตกรรมผสมผสาน 1 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
A Study of Stress in the 3rd year Students of Bachelor of Public Health
Program in Dental Public Health according to their Dental Practice Training
in Clinical Dentistry 1, Sirindhorn College of Public Health Suphanburi

ภัทรา ทวีมล*, สมฤทัย บุญรอด, ภาสกร ศรีไทย

Phatra Taweepol*, Somruethai Bunrod, Passkorn Srithai

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi

(Received: February 22, 2021; Revised: December 9, 2021; Accepted: December 26, 2021)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Method Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียดและปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ชั้นปีที่ 3 ตามประสบการณ์ความเครียดที่ผ่านการฝึกปฏิบัติงานรายวิชาคลินิกทันตกรรมผสมผสาน 1 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ปีการศึกษา 2561 จำนวนประชากร 36 คน โดยใช้แบบวัดความเครียดในช่วงก่อน ระหว่าง และหลังการฝึกปฏิบัติงานรายวิชาทันตกรรมคลินิกผสมผสาน 1 และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสังเคราะห์ผลการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผลการวิจัยปรากฏว่านักศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.1 อายุเฉลี่ย 21.67 ปี ร้อยละ 50 ค่าใช้จ่ายต่อเดือน 2,500-5,000 บาท ร้อยละ 50 ระดับความเครียดช่วงก่อนการฝึกปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ($\mu = 3.50 \pm 0.81$) ซึ่งความเครียด ระดับความเครียดช่วงระหว่างการฝึกปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง ($\mu = 4.39 \pm 0.59$) ระดับความเครียดช่วงหลังการฝึกปฏิบัติงานอยู่ในระดับต่ำ ($\mu = 1.89 \pm 0.74$) และจากการสังเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของนักศึกษา ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านวิชาการ ภาระงานที่รับผิดชอบช่วงที่ฝึกปฏิบัติงานคลินิก อาจารย์ผู้ควบคุมการฝึกปฏิบัติงานคลินิก ผู้ป่วย สภาพแวดล้อมในการฝึกปฏิบัติงาน และเพื่อน

คำสำคัญ: ความเครียด, นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข, รายวิชาคลินิกทันตกรรมผสมผสาน 1

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: faicottonny@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 092-6314955)

ABSTRACT

This study was a mixed method research. The purposes of the research were to study levels of stress and factors related to stress on Dental public health students. The population of this research was 36 undergraduate students in the 3rd year of public health program in dental public health, Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi in the academic year 2018. A stress assessment and individual in-depth interviews were conducted in the study. Data were described using frequency, percentage, mean, standard deviation (S.D.) and the synthesis of in-depth qualitative interviews.

The research showed that 86.1 percent of the population were female, aged around 21.67. Fifty percent of students had per-month expense between 2,500 to 5,000 baht. The pre-training stress level was moderate ($\mu = 3.50 \pm 0.81$). The stress level during the training was high ($\mu = 4.39 \pm 0.59$). The post-training stress level was low ($\mu = 1.89 \pm 0.74$). The factors that potentially related to stress among dental public health students were personal issues, academic challenges, responsible assignment during the clinical practice, practice advisor, patient, environment, and classmates.

Keywords: Stress, Bachelor of public health program in dental public health, Integrated Practice of Clinical Dentistry 1

บทนำ

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข หลักสูตรใหม่ พ.ศ.2555 (สถาบันสมทบ มหาวิทยาลัยบูรพา) มีจุดมุ่งหวังเพื่อให้ผู้สำเร็จการศึกษาที่จบมาสามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการดูแลทั้ง 4 มิติ นั้นสามารถนำความรู้ไป ประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากได้ ผ่านการเรียนรู้ในรายวิชาทางด้านวิชาชีพทันตสาธารณสุขโดยเริ่มเรียนเนื้อหาภาคทฤษฎีแบ่งหมวดวิชาเป็น ทันตกรรมป้องกัน ทันตกรรมบูรณะทันตพิเคราะห์โรคและทันตศัลยศาสตร์ (วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี, 2559) เมื่อศึกษาภาคทฤษฎีจบจึงเริ่มศึกษาภาคปฏิบัติในรายวิชาทันตกรรมคลินิกผสมผสาน 1 นอกเหนือจากรายวิชาทางด้านทันตสาธารณสุขแล้วนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข มีวิชาทางด้านสาธารณสุขชุมชนต้องเรียนรู้ด้วย มีการฝึกภาคปฏิบัติการลงชุมชน และการทำวิจัย จึงส่งผลให้หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข มีหน่วยกิตรวม 140 หน่วยกิต (วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี, 2559) ซึ่งหน่วยกิตเกณฑ์ขั้นต่ำในการศึกษาระดับปริญญาตรีการเก็บหน่วยกิตรวม คือ ไม่ต่ำกว่า 120 หน่วยกิต (ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับปริญญาตรี พ.ศ.2558, 2558, หน้า 2-11) ระยะเวลาการเรียนวิชาคลินิกทันตกรรมคลินิกผสมผสาน ในช่วง 9 เดือนที่ผ่านมา นักศึกษาต้องเผชิญกับปัญหาที่ต้องตัดสินใจมากมายในหลายด้าน ทั้งด้านความสัมพันธ์

ระหว่างนักศึกษา กับอาจารย์และบุคลากรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอาจารย์ผู้ควบคุมการฝึกปฏิบัติงานคลินิก ซึ่งมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับนักศึกษาหากความสัมพันธ์ดำเนินไปไม่ดี ย่อมก่อให้เกิดความซับซ้อนใจ ความวิตกกังวล ความเครียดและเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา สาเหตุหนึ่งที่ทำให้นักศึกษาเกิดความวิตกกังวล คือ ความไม่พร้อมในการลงคลินิก มีการเตรียมตัวและทบทวนความรู้มาไม่ดีพอ ถูกพักการลงคลินิกจากการถูกสั่งทำรายงาน กลัวการถูกอาจารย์ผู้ควบคุมการฝึกปฏิบัติงานคลินิก ว่ากล่าวตักเตือนกรณีทำงานผิดพลาด การได้ตรวจงานกับอาจารย์ผู้ควบคุมการฝึกปฏิบัติงานคลินิกบางท่านที่มีความเข้มงวดในการตรวจงานมากกว่าอาจารย์ผู้ควบคุมการฝึกปฏิบัติงานคลินิกท่านอื่น ยูนิตทำฟันและเครื่องมือทำหัตถการต่างๆ มีน้อย ไม่เพียงพอต่อการใช้งาน ไม่สามารถหาคนเข้ามาเป็นผู้ช่วยได้ในการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษา ปัญหาดังกล่าวส่งผลให้การทำงานเกิดความล่าช้า การฝึกภาคปฏิบัติประสบความล้มเหลวต้องยืดระยะเวลาในการฝึกภาคปฏิบัติออกไปอีกหรือเมื่อมีการประเมินไม่ผ่านเกณฑ์ต้องมีการฝึกปฏิบัติซ้ำ อันส่งผลให้เกิดความล่าช้าต่อการผลิตบุคลากรหลักสูตรนี้ของกระทรวงสาธารณสุข และความเครียดในระดับสูงจนมีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า ก่อให้เกิดผลเสียต่อตนเอง สังคมและประเทศชาติ และยังส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้และคุณภาพชีวิต ทำให้ความสามารถในการเรียน และทำงานมีประสิทธิภาพลดลง (อดิษฐ์ มาลากุล ณ อยุธยา, 2546)

จากสถานการณ์ความเครียดที่ผ่านมาในการฝึกปฏิบัติงานคลินิกทันตกรรมในวิทยาลัยของนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาธารณสุขศาสตร์ (ทันตสาธารณสุข) ของนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาธารณสุขศาสตร์ (ทันตสาธารณสุข) ชั้นปีที่ 2 รุ่นที่ 10 ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2551 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง 56.7 % รองลงมา มีความเครียดระดับต่ำ 26.7 % และในระดับสูง 16.6 % (รุ่งอรุณ กระทบกาญจน์, 2551) ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของความเครียดในนักศึกษาทันตแพทย์ พบว่า ระดับของความเครียดในระดับสูง 34.1 % ในระดับปานกลาง 54.5 % และในระดับต่ำ 11.4 % (Elani et al., 2014) และสอดคล้องกับระดับความเครียดในการฝึกปฏิบัติงานรายวิชาทันตกรรมคลินิกผสมผสานนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ทั้ง 7 แห่ง ผลการวิจัยพบว่าส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับปานกลาง 106 คน คิดเป็นร้อยละ 70.7 รองลงมา มีความเครียด ในระดับสูง 20 คน คิดเป็นร้อยละ 16.0 และมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ 20 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3 โดยปัจจัยด้านการฝึกปฏิบัติงานคลินิกทันตกรรมในวิทยาลัยมีความสัมพันธ์กับความเครียดในด้านการรับรู้ต่อระบบบริหารการฝึกภาคปฏิบัติ สัมพันธภาพระหว่างนักศึกษา กับเพื่อน กระบวนการฝึกปฏิบัติงานของวิทยาลัย ปัจจัยด้านการรับรู้ระบบการฝึกคลินิกของอาจารย์ทันตแพทย์ในวิทยาลัย ปัจจัยด้านการฝึกปฏิบัติงานส่วนใหญ่ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการเรียน รายวิชาทันตกรรมคลินิกผสมผสาน ยกเว้น ด้านการรับรู้ต่อความสำเร็จของงาน และด้านกระบวนการฝึกงานของวิทยาลัย (อุกฤษฏ์ นันทพรไพจิตร, 2561) จากสถานการณ์ข้างต้นจะเห็นได้ว่าระดับความเครียด

ในการฝึกปฏิบัติงานทันตกรรมคลินิกส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความเครียดในระดับสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

จากเหตุผลและปัญหาเกี่ยวกับความเครียดของนักศึกษาที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจการศึกษาภาวะความเครียดของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ชั้นปีที่ 3 ตามประสบการณ์ความเครียดที่ผ่านการฝึกปฏิบัติงานรายวิชาคลินิกทันตกรรมผสมผสาน 1 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ปีการศึกษา 2561 เพื่อเป็นแนวทางปรับปรุงและพัฒนากระบวนการจัดการเรียนการสอนได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น และเพื่อเป็นการวางแผนดำเนินงานพัฒนาสุขภาพจิตของนักศึกษาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ชั้นปีที่ 3 ตามประสบการณ์ความเครียดที่ผ่านการฝึกปฏิบัติงานคลินิก วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดสุพรรณบุรี ปีการศึกษา 2561

2. เพื่อศึกษาความเครียดของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ชั้นปีที่ 3 ตามประสบการณ์ความเครียดที่ผ่านการฝึกปฏิบัติงานคลินิก วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดสุพรรณบุรี ปีการศึกษา 2561

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งสรุปได้เป็น 7 ด้าน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านวิชาการ ด้านภาระงานหน้าที่รับผิดชอบช่วงที่ฝึกปฏิบัติงานคลินิก ด้านอาจารย์ผู้ควบคุมการฝึกปฏิบัติงานคลินิก ด้านผู้ป่วย ด้านสภาพแวดล้อมในการฝึกปฏิบัติงาน ด้านเพื่อน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นประเภท Mixed – method study ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาระดับความเครียดของนักศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2561 จำนวน 38 คน โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างเอง เมื่อเก็บข้อมูลแล้ว ใช้วิธีการวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมประมวลผลทางสถิติสำเร็จรูป โดยใช้สถิติได้แก่ ความถี่ (Frequency) อัตราร้อยละ (Percentage) อธิบาย Scale ความเครียด ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

ขั้นตอนที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาความเครียดของนักศึกษา

ผู้ให้ข้อมูล นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2561 จำนวน 38 คน ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) ที่ผู้วิจัยสร้างเอง พร้อมกับการบันทึกเสียงบทสนทนาและจดบันทึกระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ 20-40 นาที เพื่อวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ประชากรที่ศึกษา คือ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2561 จำนวน 38 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ชั้นปีที่ 3 ที่ยินดีเข้าร่วมทำการวิจัย และผ่านการฝึก/การเรียนรู้รายวิชาคลินิกทันตกรรมผสมผสาน 1

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ชั้นปีที่ 3 สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งแรก แต่ตอนมาขอยกเลิกหรือถอนตัว และผู้สัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาภาวะความเครียดของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ชั้นปีที่ 3 ตามประสบการณ์ความเครียดที่ผ่านการฝึกปฏิบัติงานรายวิชาคลินิกทันตกรรมผสมผสาน 1 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ปีการศึกษา 2561 ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย

1. แบบประเมินวัดความเครียด ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ ได้แก่ เพศ อายุ ค่าใช้จ่ายต่อเดือน และประเมินวัดความเครียด 3 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนอยู่ระหว่าง 0-5 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแปลผล ระดับ 3 ดังนี้

ช่วงคะแนน	3.67 – 5.00	หมายถึง	ความเครียดระดับสูง
ช่วงคะแนน	2.34 – 3.66	หมายถึง	ความเครียดระดับปานกลาง
ช่วงคะแนน	1.00 – 2.33	หมายถึง	ความเครียดระดับต่ำ

2. การสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-Depth Interview) ใช้วิธีสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวพร้อมกับการบันทึกเสียงบทสนทนาและจดบันทึก ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ 20-40 นาที ตามที่กำหนดไว้มีประเด็น ดังนี้ ด้านปัจจัยส่วนบุคคล ด้านวิชาการ ด้านภาระงานที่รับผิดชอบช่วงที่ฝึกปฏิบัติงานคลินิก ด้านอาจารย์ผู้ควบคุมการฝึกปฏิบัติงานคลินิก ด้านผู้ป่วย ด้านสภาพแวดล้อมในการฝึกปฏิบัติงาน ด้านเพื่อน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถาม และแบบการสัมภาษณ์ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบจำนวน 3 ท่าน เพื่อประเมินความเหมาะสมของเนื้อหา รูปแบบของแบบคำถาม ความเหมาะสมด้านภาษา เหมาะสมที่นำไปใช้ได้หรือไม่และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญ มีการทดลองใช้ก่อน (try out) จำนวน 30 ชุด กับกลุ่มประชากรที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษา โดยแบบสอบถามของผู้วิจัยได้ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น ที่ 0.76

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในการสอบถามระดับความเครียดในช่วงก่อน ระหว่าง หลังในการฝึก/การเรียนรายวิชาคลินิกทันตกรรมผสมผสาน 1 ที่ผ่านมา และข้อมูลทั่วไป และผู้วิจัยดำเนินการตามแผนการโดยการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวพร้อมกับการบันทึกเสียงบทสนทนาและจดบันทึก ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ 20-40 นาที เก็บข้อมูลและสัมภาษณ์โดยผู้วิจัย วันที่ 29 พฤศจิกายน – 20 ธันวาคม 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบเชิงลึกด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการตามหลักจริยธรรมในทุกขั้นตอนโดยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ตามเอกสารรับรองเลขที่ PHCSP-นศ.183 วันที่รับรอง 28 พฤศจิกายน 2562

ผลการวิจัย

จากวิเคราะห์ผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า ประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.1 อายุเฉลี่ย 21.67 ปี ร้อยละ 50 ค่าใช้จ่ายต่อเดือนอยู่ระหว่าง 2,500-5,000 บาท ร้อยละ 50 โดยระดับความเครียดและคำถามปลายเปิดที่ใช้ในการสัมภาษณ์ของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ชั้นปีที่ 3 ตามประสบการณ์ความเครียดที่ผ่านการฝึกปฏิบัติงานรายวิชาคลินิกทันตกรรมผสมผสาน 1 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ปีการศึกษา 2561 อธิบายได้ดังนี้

ตารางที่ 1 ความเครียดช่วงก่อน ระหว่าง หลัง การฝึกปฏิบัติงานรายวิชาทันตกรรมคลินิกผสมผสาน 1 ของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ชั้นปีที่ 3

การฝึกปฏิบัติงานรายวิชา ทันตกรรมคลินิกผสมผสาน	ความเครียด		
	μ	σ	ระดับความเครียด
ก่อน	3.50	0.81	ปานกลาง
ระหว่าง	4.39	0.59	สูง
หลัง	1.89	0.74	ต่ำ

จากตารางที่ 1 พบว่า ความเครียดช่วงก่อน ระหว่าง หลัง การฝึกปฏิบัติงานรายวิชาทันตกรรมคลินิกผสมผสาน 1 ของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ชั้นปีที่ 3 แตกต่างกัน ดังนี้ ช่วงก่อนการฝึกปฏิบัติงานมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.50 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.81 ช่วงระหว่างการฝึกปฏิบัติงานมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.39 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.59 ช่วงหลังการฝึกปฏิบัติงานมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1.89 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.74

การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ

1. ด้านปัจจัยส่วนบุคคล เพศไม่มีผลทำให้เกิดภาวะความเครียด เช่นเดียวกันอายุก็ไม่มีผลทำให้เกิดภาวะความเครียด เพราะอายุพอกัน คือ อายุระหว่าง 21-23 ปี ในส่วนของการป่วยทางกายและการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนผู้หญิงในช่วงการมีประจำเดือน ทำให้เกิดอารมณ์แปรปรวนซึ่งจะเป็นเฉพาะเพศหญิงบางคน และบุคลิกนิสัยของแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ซึ่งบางคนสามารถจัดการความเครียดได้บางคนจัดการความเครียดไม่ได้ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าไว้ว่า

“เพศไม่มีผล อายุไล่เลี่ยกันหมดคงไม่ใช่สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด” (สัมภาษณ์ นางสาว ก)

“ความพร้อมของสภาพร่างกายผู้หญิงและการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนช่วงมีประจำเดือน จะรู้สึกหงุดหงิดง่าย เครียดง่าย” (สัมภาษณ์ นางสาว ข)

“โรคประจำตัว มีผลทำให้เกิดความเครียด เช่น โรคภูมิแพ้ ไม่สบายบ่อยๆ” (สัมภาษณ์ นางสาว ค)

“เป็นคนชอบคิดมาก คิดเล็กคติน้อยกว่าคนอื่น ความกังวล กัดดันของตัวเองที่จะลงคลินิก ซึ่งได้ฟังเรื่องราวจากรุ่นพี่ ว่าจะต้องเจอกับอะไรบ้าง” (สัมภาษณ์ นางสาว ช)

ส่วนน้อยที่ค่าใช้จ่ายในคลินิกซึ่งนอกเหนือจากค่าใช้จ่ายรายเดือนอาจทำให้ค่าใช้จ่ายรายเดือนไม่เพียงพอ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าไว้ว่า

“ค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์ที่ต้องใช้ในการลงคลินิกและค่าใช้จ่ายในการอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย เช่น เสียค่าเดินทาง ค่าข้าว ค่าขนม อุปกรณ์ในการแปรงฟัน ยาสีฟัน ซึ่งนอกเหนือจากค่าใช้จ่ายรายเดือนอาจทำให้ใช้จ่ายไม่พอ” (สัมภาษณ์ นางสาว จ)

“ค่าใช้จ่ายในการซื้อหรือซ่อมแซมอุปกรณ์ทางทันตกรรมที่ชำรุดหรือสูญหาย โดยทำให้ใช้จ่ายไม่พอต้องติดต่อเองด้วย” (สัมภาษณ์ นางสาว จ)

2. ด้านวิชาการส่วนใหญ่จะเกี่ยวกับเนื้อหาความรู้ทางวิชาการที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติงานคลินิกมีหลายส่วนและหลายประเด็น การเรียนเชิงทฤษฎีเนื้อหาทางวิชาการซึ่งได้เริ่มเรียนมาตั้งแต่ปีแรก ทำให้ลืมนเนื้อหาบางอย่าง เนื้อหาที่ได้เรียนบางอย่างเป็นเนื้อหาที่ยังไม่มีการพัฒนาปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน ทั้งนี้ในเรื่องการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการฝึกปฏิบัติงานรายวิชาคลินิกทันตกรรมผสมผสาน 1 ช่วงแรกมีการเตรียมความพร้อมก่อนลงคลินิก โดยมีการทบทวนความรู้ก่อนลงคลินิก ทำให้ทราบลักษณะงานที่เราจะทำในรายวิชาคลินิกผสมผสาน 1 และอาจส่งผลต่อความเครียดในการลงคลินิกจริงด้วย ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าไว้ว่า

“เนื้อหาค่อนข้างเยอะ อ่านมาไม่ตรงประเด็นที่อาจารย์จะได้เจอเคสในวันนั้น และเนื้อหาความรู้ที่ได้เรียนมายังครอบคลุมได้ไม่เพียงพอ บางเรื่องไม่ได้เรียนมาทำให้ต้องไปหาความรู้เพิ่มเติมเอง” (สัมภาษณ์ นางสาว ฉ)

“เนื้อหาที่เรียนทฤษฎีเรียนมาตั้งแต่ปี 2 ทำให้ลืมนไปบ้าง และความรู้ที่ได้เรียนมาบางอย่างเป็นความรู้เก่าไม่ได้มีการพัฒนาปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน” (สัมภาษณ์ นางสาว ฉ)

“การจัดการเรียนการสอน ช่วงแรกมีฟรีคลินิก โดยมีการทบทวนความรู้ก่อนลงคลินิกจริง ทำให้ทราบงานที่เราจะทำในคลินิกและอาจทำให้เครียดการลงคลินิกจริงๆ ด้วย” (สัมภาษณ์ นางสาว ญ)

3. ด้านภาระงานที่รับผิดชอบช่วงที่ฝึกปฏิบัติงานคลินิก ส่วนใหญ่ปริมาณงานที่จะต้องเก็บไม่มากเกินไป แต่เครียดเพราะจำนวนผู้ป่วยที่ไม่สอดคล้องกับงานที่จะต้องเก็บ ส่วนมากจะเป็นการอุดฟัน Class II amalgam และอีกอย่างหนึ่งที่สำคัญ คือ Complete case นั้น ส่วนมากนักศึกษาจะกล่าวว่า หาปริมาณงานช่องปากที่เหมาะสมยากและผู้ป่วยไม่สามารถมาตามนัดได้ครบ ทำให้เกิดความกังวล ซึ่งส่วนใหญ่ทำให้เครียดในระดับปานกลางถึงสูง ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าไว้ว่า

“ปริมาณงานต้องเก็บและปริมาณงานบางอย่างมากเกินไป หาเคสผู้ป่วยที่ต้องการไม่ได้ ทำให้กังวลว่าจะเก็บงานไม่ครบ” (สัมภาษณ์ นางสาว น)

“ปริมาณงานที่จะต้องเก็บไม่เยอะเกินไป แต่เครียดเพราะจำนวนคนไข้ที่ไม่เพียงพอกับงานงานที่จะต้องเก็บ ยิ่งงานอุดฟัน Class II amalgam” (สัมภาษณ์ นางสาว น)

ผู้ป่วยที่ต้องให้ทำ “complete cases หายากและคนไข้ไม่สามารถมาได้ตามนัด” (สัมภาษณ์ นางสาว ผ)

ในส่วนของการรับผิดชอบในส่วนอื่นๆ เฉพาะบางคนเท่านั้นที่มีส่วนรับผิดชอบ คือ เป็นคนคอยจัดเตรียมเครื่องมือและวัสดุทางทันตกรรมและการเป็นผู้รับผิดชอบรายวิชาคลินิกผสมผสาน 1 งานกลุ่ม ซึ่งหัวหน้ากลุ่มจะต้องรับผิดชอบมากที่สุด และมีวิชาอื่นที่ต้องรับผิดชอบงานด้วย เช่น โครงการ สัมมนา และวิจัย ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าไว้ว่า

“งานเกี่ยวกับ supply ที่ต้องเตรียม sterile เตรียมของวันต่อวัน ซึ่งเหนื่อยขึ้นไปอีก” (สัมภาษณ์ นาย บ)

“ครอบสรายวิชาที่ต้องติดต่ออาจารย์ เชื้อของ เบิกของ ติดต่อโรงเรียน ติดต่อคนไข้ ทำให้เพิ่มภาระงานมากขึ้นไปอีก ” (สัมภาษณ์ นางสาว ป)

“งานกลุ่ม ซึ่งหัวหน้ากลุ่มจะต้องรับผิดชอบมากที่สุด ตอนลงคลินิก ยังมีวิชาอื่นที่ต้องรับผิดชอบงานด้วย เช่น โครงการ สัมมนา และวิจัย” (สัมภาษณ์ นางสาว ผ)

4. ด้านอาจารย์ผู้ควบคุมการฝึกปฏิบัติงานคลินิกส่วนใหญ่เนื้อหาพื้นฐานของแต่ละสถาบันเหมือนกัน แต่เกณฑ์หรือมาตรฐานของอาจารย์แต่ละคนแตกต่างกัน รวมถึงเทคนิคการสอนของอาจารย์แต่ละคนแตกต่างกัน ทำให้ต้องปรับตัวเพื่อให้เข้าใจที่อาจารย์ต้องการสื่อ ซึ่งส่วนใหญ่ทำให้เครียดในระดับปานกลาง ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าไว้ว่า

“อาจารย์ที่จบการศึกษาและเข้ามาสอนใหม่ จะไม่ค่อยรู้ขั้นตอนในการเรียนการสอน และไม่ค่อยเข้มงวดเท่าอาจารย์ที่สอนมานานแล้ว และส่วนมากอาจารย์ผู้หญิงจะละเอียดกว่าอาจารย์ผู้ชาย” (สัมภาษณ์ นางสาว พ)

“อาจารย์บางท่าน ก็สามารถปรึกษาได้ แต่บางท่านมีบุคลิกภาพค่อนข้างเคร่งขรึมและดุ เคร่งแต่ละเรื่องไม่เหมือนกัน ทำให้ไม่กล้าไปปรึกษา ทำให้เวลาลงคลินิก เมื่อเจออาจารย์อาจทำให้มีความเครียด กลัวจะโดนต่อว่าหรือให้ NR และอาจจะให้ทำรายงาน เมื่อทำไม่ดีในครั้งแรก ครั้งต่อไปอาจารย์ก็จำไม่ดีตามไปด้วย” (สัมภาษณ์ นางสาว พ)

“เมื่อเห็นตารางอาจารย์ผู้ควบคุม เป็นอาจารย์ที่เข้มงวดหรือดู จะเครียดว่าอาจารย์จะอารมณ์ดีหรือไม่ดี จะตอบคำถามตรงใจอาจารย์หรือไม่ จะต้องอ่านหนังสือเพิ่มขึ้นอีก และอาจารย์โดยเฉพาะทาง ก็แนะนำให้ควรทำอย่างนี้ดีกว่าอย่างนี้ เลยต้องคอยดูว่าวิธีนี้จะใช้กับอาจารย์คนไหน” (สัมภาษณ์ นางสาว ก)

“สถาบันที่จบการศึกษาไม่มีผล แต่ขึ้นอยู่กับรายบุคคล และเนื้อหาพื้นฐานของอาจารย์เหมือนกัน แต่อาจารย์แต่ละคนชอบแบบนี้ ไม่ชอบแบบนี้” (สัมภาษณ์ นางสาว ม)

“เกณฑ์หรือมาตรฐานของอาจารย์แต่ละคนไม่เหมือนกัน รวมถึงเทคนิคการสอนของอาจารย์แต่ละคนไม่เหมือนกัน ทำให้ต้องปรับตัวตลอด” (สัมภาษณ์ นางสาว ย)

5. ด้านผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเกี่ยวกับความร่วมมือของผู้ป่วยและการไม่มาตามนัดของผู้ป่วยจะมีหลายกรณี เช่น ช่วงที่โรงเรียนประถมศึกษาปิดภาคเรียน ทำให้ไม่สามารถนำเด็กมารับบริการทันตกรรมได้ และทำให้ต้องนำผู้ป่วยมาเอง ซึ่งนักศึกษาที่บ้านอยู่ไกลก็ไม่สามารถนำผู้ป่วยมาได้ การนัดผู้ป่วยที่เป็นวัยทำงาน อาจไม่มาตามนัดได้ ซึ่งส่วนใหญ่ทำให้เครียดในระดับปานกลางถึงสูง ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าไว้ว่า

“กรณีช่วงที่โรงเรียนประถมศึกษาปิดทำให้ไม่สามารถนำเด็กมาทำฟันได้ และทำให้ต้องนำคนไข้มาเอง ซึ่งคนที่บ้านอยู่ไกลก็ไม่สามารถนำมาได้ การนัดผู้ป่วยที่เป็นวัยทำงาน อาจไม่มาตามนัด” (สัมภาษณ์นางสาว ข)

“เมื่อเปิดแบบก็จะได้ทำงานเดิมๆ หรือไม่มีงานที่ต้องการเก็บ ส่วนใหญ่จะเป็นปริมาณงานคนไข้ที่สามารถอุดฟัน class II Am ได้มีน้อย” (สัมภาษณ์ นางสาว ข)

“เก็บปริมาณงานไม่ทัน เนื่องจากผู้ป่วยจัดการยาก ส่วนมากคือ ร้องไห้ ไม่ให้ความร่วมมือ ผู้ป่วยเด็กที่อ้วกง่าย ก็น้ำลายยาก พุดแกงถามแกง และไม่รู้จะจัดการหรือปรับพฤติกรรมคนไข้อย่างไร” (สัมภาษณ์ นางสาว ฉ)

6. ด้านสภาพแวดล้อมในการฝึกปฏิบัติงาน จะเป็นที่ยุติพันธุ์ทันตกรรมที่พร้อมใช้งานไม่เพียงพอเนื่องจากพังและเสียงดัง ทำให้รบกวนสมาธิ ระบบการถ่ายเทอากาศ ความร้อนในคลินิกทันตกรรมและความไม่เพียงพอของพัดลมในคลินิกทันตกรรมอีกด้วยที่มีผลต่อความเครียด ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าไว้ว่า

“ยุติพันธุ์ทันตกรรมไม่เพียงพอ เนื่องจากพังและเสียงดัง ทำให้รบกวนสมาธิ และแย่งกันจองตั้งแต่เช้า” (สัมภาษณ์ นางสาว น)

“ยุติพันธุ์ทันตกรรมหรือเครื่องมือทางทันตกรรมบางอย่างเกิดการชำรุดในระหว่างใช้งานทำให้เสียเวลาในการย้ายหรือเปลี่ยนใหม่ ทำให้เกิดความล่าช้า และทำให้คนไข้ขาดความมั่นใจในตัวหมอ” (สัมภาษณ์ นางสาว ท)

“เครื่องสเตอร์ไรต์ใช้เวลาเนิ่นนานเกินไปและบางครั้งก็ไม่ทำงาน ต้องคอยมาดูว่าเครื่องจะทำงานสำเร็จไหม” (สัมภาษณ์ นาย ส)

“เครื่องสเตอร์ไรต์พังทำให้ต้องมีการยกเลิกคลินิกในวันนั้น” (สัมภาษณ์ นางสาว ผ) “เครื่องมือทางทันตกรรมบางอย่างไม่พอ ทำให้เกิดความล่าช้าในการทำงาน เช่น เครื่องดูดหินปูน เครื่องฉายแสง เครื่อง x-ray” (สัมภาษณ์ นางสาว ม)

“การถ่ายเทอากาศ ความร้อนในคลินิกทันตกรรมและความไม่เพียงพอของพัดลมในคลินิกทันตกรรม คลินิกทันตกรรมไม่ค่อยสะอาดเท่าที่ควร” (สัมภาษณ์ นางสาว ข)

7. ด้านเพื่อน ส่วนมากจะส่งเสริมกันไปในทางบวก คือ ช่วยกันหาผู้ป่วย ให้กำลังใจกัน สามารถระบาย ความเครียดได้ แต่จะมีในทางลบบ้าง ซึ่งควรแบ่งปันงานในช่องปากที่เก็บครบแล้วให้กับเพื่อนที่ยังเก็บไม่ครบ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าไว้ว่า

“เพื่อนช่วยกันหาคนไข้ ให้กำลังใจกัน ระบายความเครียดได้ ส่งเสริมกันไปในทางบวก” (สัมภาษณ์ นางสาว ต)

“ถ้าเห็นเพื่อนเก็บปริมาณงานได้เยอะกว่า สอบแล้ว และเจออาจารย์ใจดี ทำให้กดดันตัวเอง ยิ่ง เราไม่ได้ปริมาณงานอะไรเลยก็เครียดขึ้นไปอีก” (สัมภาษณ์ นางสาว ค)

“เพื่อนมีงานสำรองในมือเยอะ ไม่ได้แบ่งใคร แบ่งให้ต่อเมื่อเพื่อนเก็บงานครบแล้ว ซึ่งใกล้จะจบ คลินิกแล้ว” (สัมภาษณ์ นางสาว ฉ)

ดังนั้นวิทยาลัยและอาจารย์ที่เกี่ยวข้องต้องนำผลการศึกษาไปพิจารณาหาแนวทางพัฒนาหลักสูตร การเรียนการสอน เพื่อลดความเครียดในนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชา ทันตสาธารณสุขโดยเฉพาะช่วงลงคลินิก และควรจัดให้มีการอบรมแนะแนวให้คำปรึกษาแก่นักศึกษาก่อนขึ้น ปฏิบัติงานในคลินิก และควรจัดกิจกรรมให้นักศึกษาได้รู้จักการจัดการความเครียดที่ถูกต้อง รวมถึงอาจพิจารณา ให้มีการจัดกิจกรรมเพื่อช่วยจัดการความเครียดของนักศึกษาต่อไป เช่น ทักษะศึกษา ดนตรี กีฬา นันทนาการ และควรมีวิธีการเรียนการสอนและเกณฑ์ต่างๆไปแนวทางเดียวกัน เพื่อลดความไม่เท่าเทียมและนักศึกษา จะได้ไม่ต้องปรับตัวตลอดเวลา ทบทวนปริมาณงานที่เก็บตามกำหนดในการลงฝึกปฏิบัติงานคลินิกให้ เหมาะสม ส่วนมากจะเป็นการอุดฟัน Class II amalgam และ Complete case ทั้งนี้ควรมีระบบการซ่อมและ บำรุงยูนิตทันตกรรมที่ไม่พร้อมใช้งานและในส่วนของเครื่องสเตอร์ไรด์ และปรับปรุงระบบการถ่ายเทอากาศ หรือติดตั้งเครื่องปรับอากาศในคลินิกทันตกรรม

อภิปรายผล

การฝึกปฏิบัติงานรายวิชาทันตกรรมคลินิกผสมผสานของผู้ที่ตอบแบบสัมภาษณ์ ช่วงก่อน การฝึกปฏิบัติงานรายวิชาทันตกรรมคลินิกผสมผสาน ความเครียดระดับสูง จำนวน 17 คน ร้อยละ 47.2 ช่วงระหว่างการฝึกปฏิบัติงานรายวิชาทันตกรรมคลินิกผสมผสาน 1 ความเครียดสูง จำนวน 34 คน และ ร้อยละ 9.4 ช่วงหลังการฝึกปฏิบัติงานรายวิชาทันตกรรมคลินิกผสมผสาน ความเครียดระดับต่ำ จำนวน 28 คน และร้อยละ 77.8 ซึ่งสอดคล้อง อกิญา ยุทธาวิทย์ และเทพไทย โชติชัย (2563) มีความวิตก กังวลในระดับมาก ร้อยละ 85.00 ($\bar{X}=13.15$, $SD.=7.76$) และสอดคล้องกับอุกฤษฏ์ นันทพรไพจิตร (2561) ส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับปานกลาง 106 คน คิดเป็นร้อยละ 70.7 รองลงมาที่มีความเครียดใน ระดับสูง 20 คน คิดเป็นร้อยละ 16.0 จะเห็นได้ว่าการฝึกปฏิบัติงานรายวิชาทันตกรรมคลินิกผสมผสาน ส่งผลให้นักศึกษามีระดับความเครียดแตกต่างกันตามแต่ละช่วงเวลา

ด้านปัจจัยส่วนบุคคล เพศไม่มีผลทำให้เกิดภาวะความเครียด เช่นเดียวกันอายุก็ไม่มีผลทำให้เกิดภาวะความเครียด เพราะอายุพอๆ กัน คือ อายุระหว่าง 21-23 ปี ในส่วนของการป่วยทางกายและการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนผู้หญิงในช่วงการมีประจำเดือน ทำให้เกิดอารมณ์แปรปรวนซึ่งจะเป็นเฉพาะเพศหญิงบางคน และบุคลิกลักษณะของแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ซึ่งบางคนสามารถจัดการความเครียดได้บางคนจัดการความเครียดไม่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อุกฤษณ์ นันทพรไพจิตร (2561) ที่พบว่า ลักษณะส่วนบุคคล เพศ อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ส่วนน้อยที่ค่าใช้จ่ายในคลินิก ซึ่งนอกเหนือจากค่าใช้จ่ายรายเดือนอาจทำให้ค่าใช้จ่ายรายเดือนไม่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ รุ่งอรุณ กระจุกกาญจน์ (2551) ที่พบว่า ปัจจัยด้านค่าใช้จ่ายส่วนตัวที่มีค่าใช้จ่ายต่อเดือนไม่เพียงพอ จะมีความเครียดสูงกว่านักศึกษาที่มีค่าใช้จ่ายเพียงพอ

ด้านวิชาการส่วนใหญ่จะเกี่ยวกับวิธีการเรียนการสอนของอาจารย์แต่ละคนแตกต่างกัน ทำให้นักศึกษาต้องคอยปรับตัว ด้านภาระงานที่รับผิดชอบช่วงที่ฝึกปฏิบัติงานคลินิก ส่วนใหญ่ปริมาณงานที่จะต้องเก็บไม่มากเกินไป แต่เครียดเพราะจำนวนผู้ป่วยที่ไม่สมดุลกับงานที่จะต้องเก็บ ส่วนมากจะเป็นการอุดฟัน Class II amalgam และอีกอย่างหนึ่งที่สำคัญ คือ Complete case นั้น ส่วนมากนักศึกษาจะกล่าวว่าหาปริมาณงานช่องปากที่เหมาะสมยากและผู้ป่วยไม่สามารถมาตามนัดได้ครบ ทำให้เกิดความกังวล ซึ่งส่วนใหญ่ทำให้เครียดในระดับปานกลางถึงสูง ในส่วนของความรับผิดชอบในส่วนอื่นๆ เฉพาะบางคนเท่านั้นที่มีส่วนรับผิดชอบ คือ เป็นคนคอยจัดเตรียมเครื่องมือและวัสดุทางทันตกรรมและการเป็นผู้รับผิดชอบรายวิชาคลินิก ผสมผสาน1 งานกลุ่ม ซึ่งหัวหน้ากลุ่มจะต้องรับผิดชอบมากที่สุด และมีวิชาอื่นที่ต้องรับผิดชอบงานด้วย เช่น โครงการ สัมมนา และวิจัย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Elani ที่พบว่า ปัจจัยทางวิชาการที่เป็นความเครียดหลัก (รวมไปถึงโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การสอบ, เกรด, และภาระงาน) (Elani et al., 2014)

ด้านอาจารย์ผู้ควบคุมการฝึกปฏิบัติงานคลินิกส่วนใหญ่เนื้อหาพื้นฐานของแต่ละสถาบันเหมือนกัน แต่เกณฑ์หรือมาตรฐานของอาจารย์แต่ละคนแตกต่างกัน รวมถึงเทคนิคการสอนของอาจารย์แต่ละคนแตกต่างกัน ทำให้ต้องปรับตัวเพื่อให้เข้าใจที่อาจารย์ต้องการสื่อ ซึ่งส่วนใหญ่ทำให้เครียดในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Elani ที่พบว่า ปัจจัยทางคณะที่เกี่ยวข้อง (กฎระเบียบ, การควบคุมในโรงเรียน, การได้รับคำวิจารณ์, ความไม่แน่นอนของข้อเสนอแนะจากอาจารย์) ทำให้เกิดความเครียด (Elani et al., 2014)

ด้านผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเกี่ยวกับการไม่มาตามนัดของผู้ป่วยจะมีหลายกรณี เช่น ช่วงที่โรงเรียน ประถมศึกษาปิดภาคเรียน ทำให้ไม่สามารถนำเด็กมารับบริการทันตกรรมได้ และทำให้ต้องนำผู้ป่วยมาเอง ซึ่งนักศึกษาที่บ้านอยู่ไกลก็ไม่สามารถนำผู้ป่วยมาได้ การนัดผู้ป่วยที่เป็นวัยทำงาน อาจไม่มาตามนัดได้ ซึ่งส่วนใหญ่ทำให้เครียดในระดับปานกลางถึงสูง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Wilson ที่พบว่า ปัญหาใหญ่ที่ระบุจาก DES คือ ผู้ป่วยไม่มาตามการนัดหมาย (Wilson et al., 2015) โดยความร่วมมือและประสบการณ์ของผู้ป่วยเด็กก็มีผลบ้างในบางครั้งถ้าจัดการควบคุมเด็กไม่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Elani ที่พบว่า ปัจจัยทางคลินิก (คนไข้ยากต่อการจัดการ, ความยากของการเรียนรู้ขั้นตอนทางคลินิก) ทำให้เกิดความเครียด (Elani et al., 2014)

ด้านสภาพแวดล้อมในการฝึกปฏิบัติงาน จะเป็นที่ยุติพันธุ์ที่พร้อมใช้งานไม่เพียงพอ เนื่องจาก พังและเสียงดัง ทำให้รบกวนสมาธิ ระบบการถ่ายเทอากาศ ความร้อนในคลินิกทันตกรรมและความไม่เพียงพอของพัดลมในคลินิกทันตกรรมอีกด้วยที่มีผลต่อความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พรทิพย์ วิโรจน์แสงอรุณ ที่พบว่า สภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม เช่น สถานที่คับแคบ การระบายอากาศไม่ดี แสงสว่างไม่เพียงพอ หรือมีเสียงรบกวน ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความไม่สบายทั้งทางกายและ และในส่วนของเครื่องสเตอร์ไรต์ ที่พบว่า ใช้เวลานานเกินไปและบางครั้งก็ไม่ทำงาน

ด้านเพื่อน ส่วนมากจะส่งเสริมกันไปในทางบวก คือ ช่วยกันหาผู้ป่วย ให้กำลังใจกัน สามารถระบายความเครียดได้ แต่จะมีในทางลบบ้าง ซึ่งควรแบ่งปันงานในช่องปากที่เก็บครบแล้วให้กับเพื่อนที่ยังเก็บไม่ครบ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อุกฤษฏ์ นันทพรไพจิตร (2561) ที่พบว่า สัมพันธภาพระหว่างนักศึกษา กับเพื่อน มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาดังกล่าวสามารถนำข้อมูลหรือสาเหตุปัจจัยต่างๆ ที่มีผลทำให้เกิดความเครียดในการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษา มาปรับปรุง พัฒนาหลักสูตร และการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาที่เกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติการทางคลินิก หรือการฝึกปฏิบัติที่มีลักษณะเดียวกันนี้ เช่น การปรับมาตรฐานของทิมผู้สอน การเตรียมวัสดุอุปกรณ์ สถานที่สำหรับการฝึกปฏิบัติ และการจัดปริมาณงานให้เหมาะสม มีที่ปรึกษาที่เชี่ยวชาญและพูดคุยเพื่อลดความเครียดอย่างเป็นระบบ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความเครียดของวิทยาลัยการสาธารณสุขสุรินทร์ทุกแห่ง เพื่อยืนยันสาเหตุของความเครียดที่แท้จริง
2. ควรเก็บข้อมูลการฝึกปฏิบัติงานคลินิกก่อน ระหว่าง และหลังฝึกปฏิบัติงานคลินิกในทันที เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน และป้องกันการหลงลืม
3. การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกควรเป็นผู้ที่เชี่ยวชาญหรือผู้ที่ได้รับการฝึกเกี่ยวกับการสัมภาษณ์เชิงลึกซึ่งจะได้ข้อมูลที่ครอบคลุมยิ่งขึ้น เพื่อลดอคติจากผู้วิจัยเอง

References

- ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับปริญญาตรี พ.ศ.2558 (2558, 13 กันยายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 132 ตอนพิเศษ 295ง. หน้า 2-11.
- รุ่งอรุณ กระมุทกาญจน์. (2551). *ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในการฝึกปฏิบัติงานคลินิกทันตกรรมในวิทยาลัยของนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาธารณสุขศาสตร์ (ทันตสาธารณสุข) ชั้นปีที่ 2 รุ่นที่ 10 ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2551 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี*. รายงานการวิจัย, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี.

- วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี. (2559). *คู่มือนักศึกษาใหม่วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี*. สุพรรณบุรี: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี.
- อดิษฐ์ มาลากุล ณ อยุธยา. (2546). ภาวะวิตกกังวล และซึมเศร้าในนิสิต คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย <http://cuir.car.chula.ac.th/bitstream/123456789/9427/1/Atinuch.pdf>
- อภิญา ยุทธชาวิทย์, & เทพไทย โชติชัย. (2563). ความวิตกกังวลต่อการเรียนวิชา คลินิกผสมผสาน 1 ของนักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข. *Thai Dental Nurse Journal*, 31(2), 54-64.
- อุกฤษฏ์ นันทพรไพจิตร. (2561). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดในการฝึกปฏิบัติงานรายวิชา ทันตกรรมคลินิกผสมผสานและผลการเรียนรายวิชาทันตกรรมคลินิกผสมผสาน นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ทันตสาธารณสุข) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร. รายงานการวิจัย, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง.*
- Elani, H. W., Allison, P. J., Kumar, R. A., Mancini, L., Lambrou, A., & Bedos, C. (2014). A systematic review of stress in dental students. *J Dent Educ*, 78(2), 226–242.
- Wilson, V.J., Rayner, C.A., Gordon, N.A., Shaikh, A.B., Crombie, K., Yasin-Harnekar, S. (2015). Perceived stress among dental students at the University of the Western Cape. *SADJ*, 70(6), 255-259.

สถานการณ์แนวโน้มและการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงประเทศไทย

Trend situation and health promotion of elderly bedridden people in Thailand

ณปภา ประยูรวงษ์

Napapha Prayoonwong

สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุทอง จังหวัดสุพรรณบุรี

U-Thong District Public Health Office

(Received: June 3, 2021; Revised: April 9, 2022; Accepted: April 9, 2022)

บทคัดย่อ

สถานการณ์สังคมผู้สูงอายุปรากฏขึ้นทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เนื่องจากภาวะถดถอยของสมรรถภาพด้านต่างๆ ของร่างกายจนนำไปสู่การเป็นประชากรที่ต้องได้รับการพิทักษ์พิทักษ์ในที่สุด บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายสถานการณ์และแนวโน้มของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ปัญหาที่พบบ่อยของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง และระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จากสถานการณ์กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงประเทศไทยพบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ปัญหาของผู้สูงอายุติดเตียงที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ ภาวะกลืนลำบาก ภาวะการติดเชื้อ ภาวะเคลื่อนไหวลำบาก ท้องผูก นอนไม่หลับ การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงจำเป็นต้องมีรูปแบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมในเรื่องสุขลักษณะส่วนบุคคล การเสริมศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ และการสร้างระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในระดับพื้นที่ต่าง ๆ

คำสำคัญ: สถานการณ์ผู้สูงอายุ, ส่งเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุติดเตียง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: napapha.pr@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 086-7107186)

Abstract

The aging society situation appears all over the world, including Thailand, which has fully entered the aging society. The elderly need special care because of the deterioration of physical fitness, the elderly become dependent populations. This article aims to describe situations and trends of elderly bedridden, common problems of elderly bedridden, and elderly bedridden care systems. The situation of the elderly bedridden in Thailand found that the number was constantly increasing every year. The most common problems in elderly bedridden were dysphagia, sepsis, motility, constipation, and insomnia. Caring for the elderly in the bed-ridden group requires an appropriate health-promoting care model in terms of personal hygiene, empowering families in caring for the elderly, and establishing long-term care systems for the elderly in various areas.

Keyword: Situation of elderly, Health Promotion, Elderly bedridden

บทนำ

ในทศวรรษนี้การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในประเทศต่างๆ ทั่วโลก ใน พ.ศ. 2560 โลกของเรามีประชากรทั้งหมดประมาณ 7,550 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 962 ล้านคน หรือคิดเป็น ร้อยละ 12.7 ของประชากรทั้งหมด (Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute, 2017) ขณะที่ประชากรรวมของประเทศไทยได้เพิ่มช้าลงอย่างมาก ประชากรสูงอายุกลับเพิ่มด้วยอัตราที่เร่งเร็วขึ้น สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทยมีจำนวนประชากร 69.3 ล้านคน มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 11 ล้านคน หรือ คิดเป็นร้อยละ 16.7 ของประชากรทั้งหมด ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ประกอบด้วย ประชากรชาย 4.9 ล้านคน และประชากรหญิง 6.6 ล้านคน (Institute for Population and Social Research, 2019) จากการคาดประมาณประชากรประเทศไทยจะมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูง มากกว่าร้อยละ 20 หรือเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” ในปี 2564 และจะเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” เมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 28 ในปี 2574 (Office of the National Economic and Social Development Council, 2013) การเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุและอายุคาดเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้นชี้ให้เห็นความสำคัญ และการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นในอนาคตของสังคมไทยอาจก่อให้เกิดผลกระทบระดับสูงต่อสถานะทางเศรษฐกิจ สังคม และระบบบริการ นำไปสู่ความต้องการการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะปัญหา ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (Elderly bedridden) (Vicha, Manop, Srirungrueng, Saowapha, Sriphattarangkul, Tabutwong, Meunkonkeaw, & Maniwan, 2017) ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่าย ในการดูแลสุขภาพส่งผลกระทบต่อฐานะความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และภาพรวมทั้งประเทศ

เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ต้องมีระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีความเหมาะสมสอดคล้องกับปัญหา และความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

รัฐบาลมีนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่มมาอย่างต่อเนื่อง ปี พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุข (National Health Security Office, 2016) ดำเนินการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 6,394,022 คน พบว่า เป็นกลุ่มติดสังคมประมาณ 5 ล้านคน หรือร้อยละ 79 และเป็นกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงประมาณ 1.3 ล้านคน หรือร้อยละ 21 สะท้อนให้เห็นถึงสภาพของภาวะพึ่งพิง จากสภาวะการณและเหตุผลข้างต้น ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงด้านระบาดวิทยาของการเจ็บป่วยจากโรคติดต่อแบบเฉียบพลัน เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ต้องการบริการดูแลแบบต่อเนื่อง จึงจำเป็นต้องมีระบบการดูแลระยะยาว และเป็นที่ยอมรับโดยสากลว่าระบบการดูแลระยะยาว เป็นการจัดการบริการสาธารณสุข และบริการสังคมที่สามารถช่วยเหลือบุคคล หรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือมีความยากลำบาก ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยมุ่งบริการเน้นการฟื้นฟู บำบัดและการส่งเสริมสุขภาพครอบคลุมทุกมิติทั้งด้านบริการสาธารณสุขและด้านสังคม (Sirikhampeng & Phosing, 2017) รัฐบาลได้ประกาศใช้ระบบการดูแลระยะยาวเป็นแผนยุทธศาสตร์กำหนดนโยบายด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อรับมือกับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย โดยมีกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่ขับเคลื่อนนโยบายระบบการดูแลระยะยาวลงสู่ระดับพื้นที่ (National Health Security Office, 2016) การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในประเทศไทยมีบริบทแตกต่างกันตามชุมชน ท้องถิ่นสังคมทั้งเชิงโครงสร้างและทุนทางวัฒนธรรม เป็นเงื่อนไขสำคัญต่อประสิทธิภาพของการจัดการบริการการดูแลผู้สูงอายุ (Loskultong & Sritanyarat, 2014; Kumniyom & Sritanyarat, 2016)

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายสถานการณ์และแนวโน้มของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ปัญหาที่พบ บ่อยของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง และระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เพื่อช่วยเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในระดับพื้นที่

สถานการณ์และแนวโน้มของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง

ประเทศไทยก้าวสู่สังคมสูงวัย (Age society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เมื่อสัดส่วนประชากรวัย 60 ปีขึ้นไปเกินกว่าร้อยละ 10 และคาดว่าประเทศไทยจะก้าวสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) ในอนาคต ทั้งนี้อัตราการขยายตัวของผู้สูงอายุของไทยเป็นไปในลักษณะเอกเช่นเดียวกับในประเทศกำลังพัฒนาทั้งหลาย คือ ขยายตัวอย่างรวดเร็ว อันเนื่องจากอานิสงส์ของการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม รวมถึงความก้าวหน้าทางวิทยาการทางการแพทย์และการสาธารณสุข ในขณะที่อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจของไทยกลับไม่แน่นอนอีกทั้งมีแนวโน้มหดตัวต่อเนื่องนับแต่ พ.ศ. 2534 จนกระทั่งติดลบในบางปี การสูงวัยของประชากรอย่างรวดเร็วนั้นจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาประเทศในทุกด้านไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ ตลาดแรงงาน ภาระเกื้อหนุนที่วัยแรงงานต้องแบกรับบริการสุขภาพ และบริการด้านสังคมอื่นๆ เป็นต้น โดย

ภาระที่คนวัยทำงานต้องแบกรับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2533 มีประชากรวัยทำงาน 8.7 คนต่อผู้สูงอายุ 1 คน ต่อมาปี พ.ศ. 2553 เหลือวัยทำงาน 5.3 คนต่อผู้สูงอายุ 1 คน และคาดว่าจะลดเหลือ 3.4, 2.2 และ 1.7 คน ต่อผู้สูงอายุ 1 คน ในปี พ.ศ. 2563, 2573, และ 2583 ตามลำดับ (Office of the National Economic and Social Development Council, 2013) ภาวะสูงวัยร่วมกับพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนไป เช่น ออกกำลังกายลดลง มีภาวะอ้วน ภาวะความเครียด ฯลฯ ยิ่งเกื้อหนุนกับการขยายตัวของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น เส้นเลือดสมองแตกตีบ เส้นเลือดหัวใจตีบ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฯลฯ (International Health Policy Program, Thailand, 2015) โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นในเรื่อง การเคลื่อนย้าย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานอื่นๆ มีโรคประจำตัวหลายโรคทั้งที่ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้มีการเจ็บป่วยเรื้อรังมายาวนาน และมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ จากการประเมินสภาวะ “ติดเตียง” “ติดบ้าน” หรือ “ติดสังคม” ของผู้สูงอายุโดยแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่มีถึง 10 ด้าน ในกิจวัตรเหล่านี้ มีอยู่ 3 เรื่องที่เป็นกิจวัตรพื้นฐานและใกล้ตัวผู้สูงอายุที่สุด ได้แก่ การกินอาหาร ใส่เสื้อผ้า อาบน้ำ ล้างหน้า (รวมการใช้ห้องน้ำ) ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำกิจวัตรพื้นฐานเหล่านี้ได้ด้วยตนเองแม้เพียงกิจวัตรใดกิจวัตรหนึ่งย่อมเป็นภาระต่อบุคคลผู้อยู่ใกล้ชิดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute, 2017) ตั้งแต่ปี 2560 – 2564 พบว่า อัตราความชุกของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงมีอัตราความชุกลดลงในปี 2561-2562 และเริ่มเพิ่มขึ้นในปี 2563-2564 แต่จำนวนประชากรสูงอายุกกลุ่มติดเตียงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงอัตราความชุกของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง

ปี	ประชากรสูงอายุทั้งหมด (คน)	ประชากรสูงอายุที่คัดกรอง (คน)	ประชากรสูงอายุกลุ่มติดเตียง (คน)	อัตราความชุกของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (คนต่อแสนประชากร)
2560	7,876,183	6,215,204	36,834	592.64
2561	8,195,068	7,183,769	40,409	562.50
2562	8,443,416	7,644,998	42,185	551.79
2563	8,775,501	7,639,734	43,520	569.65
2564	9,160,046	7,697,362	45,182	586.98

หมายเหตุ. จาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc>

ภาวะและปัญหาที่พบบ่อยของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง

ผู้สูงอายุที่ติดเตียง ส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจากความเสื่อมถอยของร่างกาย และจากโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมจากผู้ดูแล และฝึกตนเองทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อคงความแข็งแรงของร่างกายไว้ไม่ให้ถดถอยเร็วเกินไป สำหรับผู้สูงอายุที่ดูแลตัวเองได้ยังทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตัวเองโดยไม่ต้องพึ่งพาคนอื่น รักษาคุณภาพชีวิตในยามสูงวัยไว้อย่างมีคุณภาพเท่าที่สามารถทำได้ ภาวะและปัญหาที่พบบ่อยของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง มีดังนี้ (Chansirikan, Sasat, Lapbenjakul, Suthatworawut, Khemthong & Pheunrum, 2016)

1. ภาวะกลืนลำบาก ผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงอาจมีปัญหากลืนลำบาก โดยเฉพาะผู้ที่ป่วยด้วยโรคเกี่ยวกับเส้นประสาท เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต อัลไซเมอร์ หรือพาร์กินสัน ฯลฯ เมื่อมีปัญหาการกลืนลำบาก มักจะสำลักง่าย หรือโอ้อะไรรับประทาน อาหาร อาจทำให้อาหาร ลงไปในหลอดลม มีโอกาสทำให้ปอดติดเชื้อหรือเป็นปอดบวมได้
2. ภาวะการติดเชื้อ การติดเชื้อที่ปอด การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อ จากแผลกดทับ อาการอาจไม่ชัดเจนเหมือนผู้ป่วยที่อายุน้อย ผู้สูงอายุอาจมีแค่อาการไข้และการรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง
3. ภาวะเคลื่อนไหวลำบาก ผู้สูงอายุมีปัญหาเคลื่อนไหวลำบาก เนื่องจากหลายสาเหตุต่าง ๆ เช่น อาการปวดตามจุดต่าง ๆ กล้ามเนื้ออ่อนแอหรืออ่อนแอ ร่างกายอ่อนแอ มีความผิดปกติในระบบประสาท การทรงตัวไม่ดี เจ็บป่วยด้วยโรค ปัญหาทางจิต หรือได้รับยารักษาอาการทางจิตบางประเภท
4. ท้องผูก ถ่ายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ หรืออุจจาระแข็ง
5. นอนไม่หลับ ผู้สูงอายุมีความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในร่างกายรวมทั้งสมอง นอนไม่หลับ เป็นอาการาหนึ่งที่เกิดจากการทำงานของสมองที่ไม่ปกติ การนอนไม่หลับ อาจเป็นอาการเตือนของโรคอื่นๆทางสมองได้

การสร้างและพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง

การสร้างและพัฒนาระบบเพื่อจัดบริการรองรับความต้องการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยมุ่งเน้นที่จะสร้าง และพัฒนากลไกต่างๆ ที่มีอยู่ทั้งในระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติ ทั้งในเขตเมือง และในระดับท้องถิ่น โดยเฉพาะด้านบุคลากร และผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ร่วมกันทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุทั้งบุคลากรวิชาชีพ และอาสาสมัครด้วยการให้บริการ แก่ผู้สูงอายุในชุมชน โดยเฉพาะบริการด้านการดูแล และการฟื้นฟูสุขภาพ ให้กับกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง และมีข้อจำกัดในเรื่องการเคลื่อนไหว นอกจากนี้ยังมีการเร่งขยายการฝึกอบรมบุคลากรเพื่อพัฒนาความรู้ และพัฒนาทักษะเฉพาะด้านการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ประเทศไทยสามารถยกระดับการพัฒนาให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนามาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง”และเป้าหมายการพัฒนาประเทศข้างต้น จึงจำเป็นต้องกำหนด ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศระยะยาวจำนวน 6 ยุทธศาสตร์ โดยมียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง กับการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุจำนวน 2 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ และ 2) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติถือเป็นแผน

ยุทธศาสตร์หลักในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ในช่วง พ.ศ. 2545 - 2564 ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้มีมติอนุมัติเมื่อวันที่ 27 เมษายน 2553 โดยแผนดังกล่าวได้ให้ความสำคัญต่อ “วงจรชีวิต” โดยมีวิสัยทัศน์ “ผู้สูงอายุเป็นหลักชัยของสังคม” (Department of Older Persons, 2019)

1. ระบบบริการสุขภาพในสังคมสูงวัย

รูปแบบบริการสุขภาพที่ดำรงอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาทั้งหลายรวมถึงประเทศไทยในปัจจุบันนั้นพัฒนามาตั้งแต่ศตวรรษที่ 19 เป็นรูปแบบบริการที่เน้นดูแลการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน (Acute care model) เจ็บป่วยชนิดเดียวหรือโรคเดียว (single illness) จากโรคติดต่อทั่วไป ต้องการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขไม่ซับซ้อน รักษาหายขาดได้ (Cured) และเมื่อหายผู้ป่วยสามารถเดินทางกลับบ้านไปได้ รูปแบบนี้อาศัยโรงพยาบาลเป็นฐานในการให้บริการ ในขณะที่เมื่อประเทศก้าวสู่สังคมสูงวัย ภาวะเจ็บป่วยและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในสังคมเปลี่ยนไปเป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นหลัก ซึ่งผู้ป่วยมักมีอาการเจ็บป่วยพร้อมกันหลายโรค (Multiple conditions) และโรคเหล่านั้นไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องได้รับการต่อเนื่องและบูรณาการทั้งในแนวราบกับ บริการด้านอื่นๆ และในแนวดิ่งกับบริการต่างระดับกัน ซึ่งการเจ็บป่วยดังกล่าวมักลงเอยด้วยการมีภาวะแทรกซ้อนและทุพพลภาพตามมา ซึ่งการจัดบริการรูปแบบเฉียบพลัน (Acute care model) มักไม่สามารถจัดบริการรองรับได้อย่างเหมาะสม ขณะเดียวกันการใช้เตียงโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังยาวนานก็เป็นการใช้ทรัพยากรที่ไม่คุ้มค่า เนื่องจากใช้บริการที่มีต้นทุนสูงมาดูแลผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องได้รับ Invasive medical interventions จึงจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบบริการอื่นๆ รองรับอย่างเป็นวงจรการดูแลให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพอันเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในแต่ละระยะ เมื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเจ็บป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีลักษณะเป็น Multiple diseases and Multiple episodes บางกรณีรักษาไม่ได้ เช่น มะเร็งก็เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งต้องการการดูแลแบบประคับประคองก่อนการเสียชีวิต (Palliative care, end of life care) หากไม่เสียชีวิต แต่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น กรณีเส้นเลือดในสมองอุดตันหรือแตกและมีอัมพาตตามมา ก็ต้องการบริการฟื้นฟูเพื่อให้กลับคืนสู่สภาพเดิมให้ได้มากที่สุด (Intermediate care) หากไม่สามารถฟื้นฟูให้กลับมาปกติได้ก็มีภาวะพึ่งพิงซึ่งต้องการการดูแลระยะยาว (Long-term care) ส่วนการดูแลรักษา โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก็ต้องการรูปแบบบริการโรคเรื้อรัง (Chronic care model) ซึ่งต้องการมีส่วนร่วม จากผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ในการดูแล ต้องบูรณาการทั้งด้านการแพทย์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการจัดสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้เหมาะสม ซึ่งประสบการณ์จากต่างประเทศ พบว่าทำให้ค่าใช้จ่ายในระบบการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้นมาก อย่างรวดเร็ว ขณะเดียวกันมีคิวในการรอเข้ารับบริการในสถานบริบาลที่ยาวนาน รวมถึงการขาดคุณภาพของสถานบริบาล ดังเช่นที่เกิดขึ้นในประเทศที่พัฒนาแล้วหลายๆ ประเทศรวมถึงญี่ปุ่น และ เกาหลี ในขณะที่บริการเหล่านั้นสามารถจัดให้ที่บ้านในชุมชนได้ ดังนั้น ทิศทางการพัฒนาในปัจจุบัน จึงมุ่งไปที่การดูแลในชุมชนและที่บ้าน (Community-based and Home-based services) ให้ผู้สูงอายุอยู่ที่บ้านตนเอง

ได้นานที่สุด และค่อยส่งต่อไปดูแลในสถานบริบาลระยะยาวเมื่อไม่สามารถดูแลที่บ้านได้ สำหรับในประเทศไทยรวมถึงในประเทศกำลังพัฒนาอื่น รูปแบบบริการที่จัดยังอิงกับการดูแลแบบเฉียบพลัน (Acute care model) เป็นหลัก ทำให้ผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลแบบต่อเนื่อง เข้าไม่ถึงบริการและขาดประสิทธิภาพของการจัดบริการ เช่น ผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดในสมอง เข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์เพียงหนึ่งในสามเท่านั้น ขณะเดียวกัน พบว่าการเข้าถึงบริการป้องกันทุติยภูมิ (Secondary prevention) ของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงในช่วงที่ผ่านมาดีขึ้น แต่ประสิทธิภาพของการดูแลไม่มีแนวโน้มดีขึ้น (Srithamrongsawat, 2018)

ประเทศไทยมีงานวิจัยของ กาญจนา ปัญญธร ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลและความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดูแลที่ได้รับ: กรณีศึกษาบ้านหนองตะไก่อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่าผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่ง มีปัญหาสุขภาพป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ต้องพึ่งพาครอบครัวในการดำเนินชีวิต ไม่มีคนดูแลการดำเนินชีวิตประจำวันและเมื่อเจ็บป่วย ไม่มีเงินค่าใช้จ่ายในการรักษา ขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ผู้สูงอายุต้องการมีผู้ดูแลใกล้ชิดเมื่อเจ็บป่วย ได้รับการดูแลเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน ได้รับการตรวจรักษา การเดินทางไปตรวจรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษา ความรู้เรื่องโรคและแนวทางการรักษาเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนดูแล การดำเนินชีวิต ดูแลด้านจิตใจ เห็นคุณค่าให้กำลังใจ ดูแลเรื่องยาที่รับประทาน และสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ การปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุมีดังนี้ ด้านร่างกาย ดูแลอาหารการกิน ดูแลเมื่อเจ็บป่วย ดูแลที่อยู่หลับนอนและพักผ่อนให้เพียงพอ สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงเพื่อช่วยเหลือทันทั่วทั้งที่ ดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล กระตุ้นให้ออกกำลังกาย ด้านจิตใจ ผู้ดูแลพูดคุย สอบถามทุกข์สุขของผู้สูงอายุเป็นประจำ ให้ความรักเอาใจใส่ ปฏิบัติด้วยความเคารพนับถือ สร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยให้กำลังใจ และกระตุ้นให้มีกิจกรรมผ่อนคลาย ด้านสังคม ผู้ดูแลสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้พบปะเพื่อนฝูง ให้โอกาสออกไปนอกบ้าน ทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัวและชุมชน ส่งเสริมให้ร่วมกิจกรรมในชุมชน ด้านจิตวิญญาณ ผู้ดูแลส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ ปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อ หากสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และทำกิจกรรมทางศาสนาร่วมกับผู้สูงอายุ ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลมีภาระหน้าที่ความรับผิดชอบอื่นที่ต้องปฏิบัติ ขาดความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้สูงอายุ มีปัญหาสุขภาพ ไม่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุ ไม่มีเวลาดูแลตนเอง ไม่มีผู้ดูแลชัดเจน ขาดงานบอยทำงานไม่เต็มที่ และเครียดจากการดูแลระยะยาว ด้านผู้สูงอายุ พบว่า ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล เอาแต่ใจตนเองดูแลยาก ต้องการดูแลมาก และเจ็บป่วยหลายโรคต้องดูแลพิเศษ ด้านเศรษฐกิจผู้ดูแลขาดรายได้ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก พบว่า ขาดยานพาหนะในการเดินทางไปตรวจรักษา ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ต้องการความรู้เรื่องโรคในผู้สูงอายุ ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ การฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ ความช่วยเหลือจากสมาชิกครอบครัว เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หน่วยงานของรัฐ และสิ่งสนับสนุน ส่วนของความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดูแลที่ได้รับด้านครอบครัว ภาพรวมของความพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.44) ด้าน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ภาพรวมความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดูแลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.22) ด้านชุมชนภาพรวม ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.27) โดยมีความพึงพอใจด้านการดูแลที่ได้รับจากครอบครัวมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 3.44) (Panyathon, 2014)

2. บทบาทของครอบครัวในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง

ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุอยู่ในความดูแล จำเป็นต้องมีความเข้าใจในธรรมชาติและการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุและมีตระหนักว่าความสูงวัยเป็นภาวะที่จะต้องเกิดกับทุกคน การทำความเข้าใจความสูงวัย จะทำให้สมาชิกในครอบครัวสามารถปฏิบัติต่อผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมและนำมาซึ่งความผาสุกของผู้สูงอายุและสมาชิกทุกคนในครอบครัวด้วยเช่นเดียวกัน ธรรมชาติและการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุนั้น มีลักษณะโดยรวมเหมือนกันทุกคน เพียงแต่ระยะเวลาความช้าหรือเร็วของการเข้าสู่ความชราจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น สิ่งแวดล้อม การดูแลสุขภาพ พันธุกรรม และภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล อย่างไรก็ตามความสูงวัยย่อมเกิดอย่างแน่นอนเพียงแต่จะช้าหรือเร็วเท่านั้น ความสูงวัยนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลง 3 ด้านใหญ่ๆ (Samphaothong, 2018) ในผู้สูงอายุ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดคือการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ และสังคมก็มีความสำคัญ ซึ่งตัวผู้สูงอายุเองและบุคคลรอบข้างก็ควรให้ความสนใจการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ด้วย

ผู้สูงอายุที่ติดเตียงเป็นผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรได้เอง ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น และต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องระยะยาว (Long Term Care) กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงมีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมเป็นการดูแลแบบองค์รวม โดยแต่ละกิจกรรมมีความแตกต่างกันตามลักษณะของโรค, ความรุนแรงของโรคที่เจ็บป่วยและความซับซ้อนของภาวะการเจ็บป่วย จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ดูแลมักจะเป็นคู่ชีวิต บุตรหลานหรือญาติ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในปัจจุบันจากครอบครัวใหญ่ในอดีต ได้มีการลดขนาดลงเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น สมาชิกในครอบครัววัยกลางคนต้องออกไปทำงาน หรือให้การดูแลผู้สูงอายุได้เฉพาะเวลากลับจากทำงานเท่านั้น ทำให้ผู้สูงอายุขาดผู้ดูแลอย่างเหมาะสม รวมถึงผู้ดูแลบางรายอาจทำหน้าที่หลายหน้าที่ หลายบทบาท ทำให้มีภาระเพิ่มขึ้น ด้วยบริบทการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไป ญาติผู้ดูแลอาจตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุได้ไม่ครบถ้วน ซึ่งอาจหมายถึงว่า การดูแลผู้สูงอายุไม่ใช่เพียงหน้าที่ของครอบครัวใดครอบครัวหนึ่งเพียงอย่างเดียว จำเป็นจะต้องมีการดูแลในระดับชุมชนหรือมากกว่า เพื่อตอบสนองต่อสังคมผู้สูงอายุในปัจจุบัน ส่งผลให้มีการว่าจ้างผู้ดูแลมาช่วยดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ติดเตียง ที่มีความต้องการการดูแลมากกว่ากลุ่มอื่น กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายให้การสร้างเสริมสุขภาวะสำหรับผู้สูงอายุและผู้อยู่ในภาวะพึ่งพิง เป็นนโยบายสำคัญเร่งด่วน กรมอนามัย โดยสำนักอนามัยผู้สูงอายุและคณะทำงานจึงได้พัฒนาหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Caregiver)

ขึ้นมาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ซึ่งในการปฏิบัติงานเป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) จะต้องเป็นบุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่คณะกรรมการ LTC หรือคณะกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. เห็นชอบ ผู้ดูแลจะมีบทบาทให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุโดยเน้นด้านร่างกายเป็นหลัก แต่อย่างไรก็ตามผู้ดูแลจะต้องให้การดูแลผู้สูงอายุด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมด้วย ดังนั้นผู้ที่เข้ามาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีความรู้ และประสบการณ์การทำงาน และมีความพึงพอใจในงานดูแลผู้สูงอายุด้วย จึงจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างดี

การดูแลและส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ครอบครัวและตัวผู้สูงอายุเองมีบทบาทสำคัญยิ่ง ประการแรกครอบครัวต้องเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญ ตลอดจนมีเจตคติที่เหมาะสมต่อความสูงวัย เสียก่อนจึงจะทำให้การดูแลและเอื้ออาทรผู้สูงอายุมีคุณค่าอย่างแท้จริง ความรู้ในการดูแลและการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่แสวงหาและทำความเข้าใจได้ไม่ยาก (Gadudom, Apinyalungkon, Janjaroen & Wae, 2018)

3.ระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care: LTC)

ระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care: LTC) หมายถึง การจัดการบริการสาธารณสุขและบริการสังคม เพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการถาวร เจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ชราภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ (ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ดูแลโดยครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อนเพื่อนบ้าน) ซึ่งบริการทดแทนดังกล่าวมักเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัดรวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นสุขอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ หลักการสำคัญในการพัฒนา ได้แก่ (Chansirikan, Sasat, Lapbenjakul, Suthatworawut, Khemthong & Pheunrum, 2016)

1. ผู้มีภาวะทุพพลภาพและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดเตียงและติดบ้าน) สามารถเข้าถึงระบบการดูแลระยะยาวที่พึงได้รับอย่างเหมาะสมต่อเนื่อง โดยมีการเชื่อมโยงของระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่สถานพยาบาล ชุมชนและครอบครัว
2. การสนับสนุนการจัดระบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่หรือชุมชน ไม่ไปแย่งชิงบทบาทหน้าที่การดูแลของครอบครัว โดยครอบครัวยังคงเป็นผู้ดูแลหลักและระบบเข้าไปสนับสนุน ยกเว้นในรายที่ไม่มีผู้ดูแลเลย การสนับสนุนเป็นไปตามศักยภาพของครอบครัวในการดูแลและระดับการพึ่งพิง
3. การจัดระบบการดูแลระยะยาวอาศัยบุคลากรที่มีวิชาชีพเป็นหลัก เช่น ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ โดยมีบุคลากรด้านวิชาชีพเช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัดเป็นผู้สนับสนุนในการจัดระบบการดูแล

4. ทุกพื้นที่ที่มีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ โดยอาศัยต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัคร วัด และโรงเรียน เป็นต้น

สรุป

ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ สถานการณ์ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ปัญหาที่พบบ่อยของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงเป็นปัญหาสุขภาพจากความเสื่อมถอยของร่างกาย และจากโรคร้ายไข้เจ็บต่างๆ เช่น ภาวะกลืนลำบาก ภาวะการติดเชื้อ การติดเชื้อที่ปอด การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อจากแผลกดทับ ภาวะเคลื่อนไหวลำบาก ท้องผูก นอนไม่หลับ ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมในปัจจุบันมีแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงอย่างเป็นระบบตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระดับนโยบาย เช่น การดูแลสุขลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุติดเตียง การอบรมพัฒนาศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ การสร้างระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในระดับพื้นที่ต่าง ๆ โดยมีลักษณะการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะ

จากการค้นคว้าที่พบว่า ผู้สูงอายุมีความเสื่อมของร่างกายทุกระบบ มีการเจ็บป่วยและมีความต้องการการดูแลซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และสภาพแวดล้อม การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงสามารถทำได้ 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับบุคคล ผู้ดูแลต้องดูแลสุขลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงให้เหมาะสม
2. ระดับครอบครัว เจ้าหน้าที่หน้าที่สาธารณสุขหรือผู้รับผิดชอบงานพัฒนาสังคมต้องพัฒนาศักยภาพของครอบครัวของผู้สูงอายุติดเตียงให้สามารถดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงได้
3. ระดับชุมชน หน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องต้องร่วมกันสร้างระบบหรือสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงอย่างเป็นรูปธรรมตามบริบทของชุมชน

References

- Chansirikan, S., Sasat, S., Lapbenjakul, S., Suthatworawut, A., Khemthong, S., and Pheunrum, S. (2016). Long Term Care Manual for Family Physician Team. Bangkok: CyberPrint Group. (In Thai)
- Department of Older Persons. (2019). Measures to drive the National Agenda on Aging Society (Revised Edition). Bangkok: Amarin Printing and Publishing. (In Thai)
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). (2017). Situation of the thai elderly 2017. Bangkok: Deuntula. (In Thai)
- Gadudom, P., Apinyalungkon, K., Janjaroen, K., and Wae, N. (2018). Family Roles to Increase Quality of Life of Older Persons in a Changing Situation. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 5(3), 300-301. (In Thai)
- Institute for Population and Social Research. (2019). Mahidol Population Gazette. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. (In Thai)
- International Health Policy Program, Thailand. (2015). Report on the burden of diseases and injuries of the Thai population 2013. Nontaburi: International Health Policy Program, Thailand. (In Thai)
- Kumniyom, N., and Sritanyarat, W. (2016). Needs of Long Term Care Service Packages for Frail Older Persons in Community. Journal of Nursing and Health Care, 34(3), 125-131.
- Loskultong, P., and Sritanyarat, W. (2014). Development of Long Term Care Service System for Community Older Persons in the Context of a Secondary Care Hospital. Journal of Nursing Science & Health, 37(2), 1-11.
- Ministry of Public Health. (2564). Elderly people are classified by the activity of daily living. Retrieved from <https://hdcservice.moph.go.th/hdc>.
- National Health Security Office. (2016). Handbook to support the management of long-term care services in public health for the elderly with dependency in the national health insurance system. Bangkok: National Health Security Office. (In Thai)
- Office of the National Economic and Social Development Council. (2013). Population projections for Thailand 2010-2040. Bangkok: Deuntula. (In Thai)

- Panyathon, K. (2014). Elderly care behavior of caregivers and elderly satisfaction towards the care received: a case study of Ban Nong Takai, Muang District, Udon Thani Province. Research Report, Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani. (In Thai)
- Samphaothong, K. (2018). Families with the care and promotion of the health of the elderly. Research Report, Thammasat University. (In Thai)
- Sirikhampeng, A., and Phosing, P. (2017). Long-term care for the elderly with dependency in Thailand 4.0. Dhammathas Academic Journal, 17(3), 235-243. (In Thai)
- Srithamrongsawat, S. (2018). Research project to develop a long-term care system. Bangkok: Decemberry. (In Thai)
- Vicha, S., Manop, N., Srirungrueng, S., Saowapha, B., Sripattarakul, S., Tabutwong, N., Meunkonkeaw, Th., and Maniwan, Th. (2017). Development of a health service network system for the elderly, the home group and the bedridden group (Case study of the elderly in the home group and bed-ridden groups in the area of responsibility of Samut Songkhram Hospital, Mae Tha District, Lampang Province). Research Report, Health Systems Research Institute. (In Thai)

การพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง

โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

Development of a hearing screening model in at-risk newborns

Naradhiwasrajanagarindra Hospital

อรอนงค์ วรรณสกล*, จุไรรัตน์ เนื่องนำ, ซาริระห์ แวสามะ, กรพัฒน์ วรรณสกล

Onanong Wannasakol*, Churairat Nueangnam, Sareerah Waesamah, Korapat Wannasakol

โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

Naradhiwasrajanagarindra Hospital

(Received: March 23, 2022; Revised: July 16, 2022; Accepted: July 16, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง พัฒนารูปแบบและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาการตรวจคัดกรองการได้ยิน ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดและพยาบาลวิชาชีพหอบริบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ คัดเลือกโดยวิธีการแบบเจาะจงและศึกษาจากเอกสาร วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบโดยยกร่างรูปแบบการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดและพยาบาลวิชาชีพหอบริบาลทารกแรกเกิด จำนวน 26 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง แบบฟอร์มการคัดกรองความผิดปกติของการได้ยินในทารกแรกเกิดเฉพาะกิจ และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติความถี่ ร้อยละและสถิติ Wilcoxon sign ranks test ผลวิจัยพบว่า

1. ปัญหาการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ได้แก่ การรอคิวนาน เครื่องมือและบุคลากรที่ตรวจได้มีจำนวนน้อย ความต้องการพัฒนาบริการตรวจคัดกรองการได้ยิน คือ การเพิ่มจำนวนการนัด การเพิ่มบุคลากรในการตรวจคัดกรอง การปรับระบบไม่ให้รอคิวนาน การแจกเอกสารแผ่นพับ และการฝึกอบรมบุคลากร

2. รูปแบบการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วยด้านบุคลากร ด้านการคัดกรองทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง ด้านอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อม และด้านการนัด

3. หลังใช้รูปแบบอัตราการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ มีแนวโน้มสูงขึ้นและพยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

คำสำคัญ: ทารกแรกเกิด, การคัดกรอง, ภาวะสูญเสียการได้ยิน

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: somkiattiyos@tsu.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 081-9592939)

Abstract

The aims of the research are to study the situation of hearing screening problems, develop and assess the effectiveness of a hearing screening model in at-risk newborns of Naradhiwasrajanagarindra Hospital. The operation consists of 3 steps: 1.) Study the situation of hearing screening problems by purposive collecting data in registered nurses of neonatal intensive care units and neonatal care unit nurses via using content analysis. 2.) Develop a model by drafting a pattern of screening for at-risk newborns through expert review. 3.) Study the effectiveness of the model, a quasi-experimental research was using by measuring pre and post of the experiment. The sample groups were 26 neonatal intensive care unit registered nurses and neonatal care unit registered nurses. The research instruments were including a hearing screening model in at-risk newborns, Specialized Neonatal Hearing Disorders Screening Form and an assessment form of knowledge of newborn screening for high-risk groups. Statistics analytics were using frequency, percentage and statistics Wilcoxon sign ranks test.

The result reveal that 1.) Problems of hearing screening in high-risk newborns in Naradhiwasrajanagarindra Hospital were, including long queues, insufficient of tools and lack of examination personnels. The optimizing of hearing screening services included; increasing the number of appointments, fill up screening personals, adjusting the queues system, handing out brochures and personnel training. 2.) Components of the hearing screening model in high-risk newborns include: personnel, newborns screening for high-risk, screening equipment, screening environment and the appointment process. 3.) The applicated of the hearing screening model among high-risk newborns in Naradhiwasrajanagarindra Hospital

found that hearing screening rate was higher and screening's knowledge among professional nurses increased significantly ($p < 0.001$).

Keyword: Newborn, Screening, Hearing loss

บทนำ

การได้ยินเป็นพื้นฐานสำคัญของการพูด การสื่อความหมาย พัฒนาการทางภาษา การเรียนรู้ด้านต่างๆ ตลอดจนพัฒนาการทางสังคมและอารมณ์ของมนุษย์ การสูญเสียการได้ยินถือเป็นความพิการอย่างหนึ่งที่ยากมองข้ามไม่ได้ เพราะจะมีผลกระทบอย่างมากต่อการพัฒนาทางภาษา อาจทำให้ทารกพูดล่าช้า ไม่สมวัย ด้อยโอกาสในการศึกษาเล่าเรียน และมีปฏิสัมพันธ์ด้านสังคมน้อยกว่าที่ควร (ศิริวัฒน์ ธัญสิริพงศ์, 2560) ดังนั้นทารกที่มีความผิดปกติทางการได้ยินควรได้รับการตรวจวินิจฉัยเพื่อหาสาเหตุของการสูญเสียการได้ยินและรับการช่วยเหลือฟื้นฟูในทันที การตรวจคัดกรองการได้ยินตั้งแต่แรกเกิดจึงมีความสำคัญ และควรได้รับการยืนยันการวินิจฉัยอายุไม่เกิน 3 เดือน ถ้าพบความผิดปกติ จะต้องรีบให้ความช่วยเหลือเร็วที่สุดภายใน 6 เดือนหลังคลอด เพื่อให้ทารกนั้นมีโอกาสพัฒนาการทางภาษาใกล้เคียงกับเด็กปกติมากที่สุด (Yoshinaga-Itano, Sedey, Coulter, Mehl, 1998)

รายงานจากองค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2555 พบว่าประชากรโลก 360 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.3 ของประชากรทั้งหมดที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน โดยเด็กที่สูญเสียการได้ยินแบบถาวร มีจำนวน 1-3 รายต่อทารกปกติ 1,000 ราย และ 2-4 รายต่อทารกที่รักษาตัวในหน่วยอภิบาลทารกแรกเกิด NICU (Jaynee, Lori, Marci, 2015) จากการศึกษาของจันทรชัย เจริญประเสริฐ และคณะที่ทำการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดจำนวน 6,342 ราย เป็นระยะเวลา 1 ปีที่โรงพยาบาลรามธิบดี พบว่าอุบัติการณ์เกิดภาวะการได้ยินบกพร่องในทารกแรกเกิดเท่ากับ 1.7 ต่อทารกคลอดมีชีพ 1,000 ราย จะเห็นได้ว่าอุบัติการณ์ของการได้ยินบกพร่องในประเทศไทยใกล้เคียงกับรายงานจากต่างประเทศ โดยพบในอัตราที่มากขึ้นในทารกกลุ่มเสี่ยง ดังนั้นการตรวจ OAE ในทารกจึงเป็นสิ่งสำคัญ

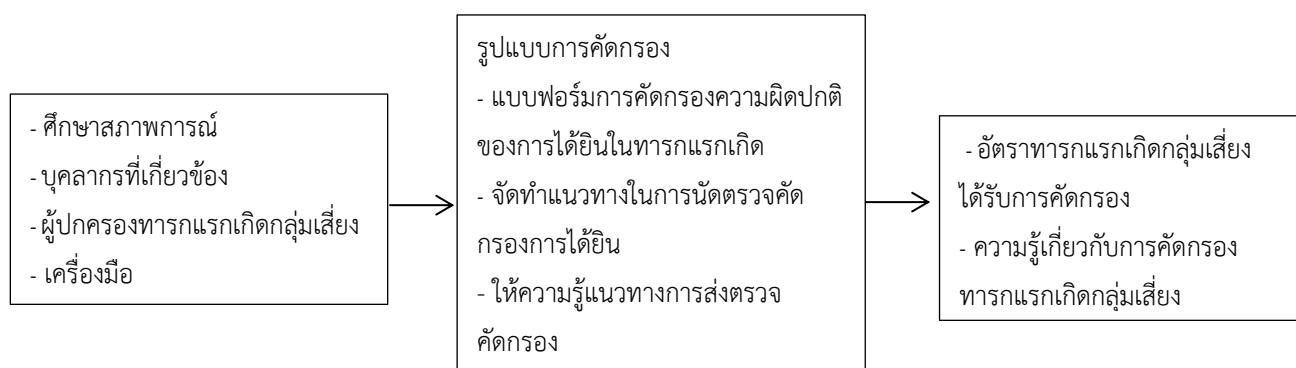
จากสถิติทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง ในโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ในปีงบประมาณ 2561, 2562, 2563 มีจำนวน 829, 771, 857 ราย) ได้รับการตรวจคัดกรอง จำนวน 330, 326, 300 ราย (โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์, 2563) ตามลำดับ ซึ่งพบว่าทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง ยังได้รับการตรวจคัดกรองน้อย และระยะเวลารอคอยในการตรวจคัดกรองในระบบนัดหมายที่มากกว่า 3 เดือน ในปีงบประมาณ 2564 มีจำนวน 387 ราย ทำให้มีความล่าช้าในการวินิจฉัย มีผลต่อการพัฒนาการสื่อสารของทารกแรกเกิดที่ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาหาแนวทางการแก้ไขปัญหารูปแบบการคัดกรองทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงที่ล่าช้า และการที่ทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงไม่ได้รับการตรวจคัดกรองเป็นจำนวนมาก

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาสถานการณ์ปัญหาการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาสภาพการณ์การตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ พบว่าทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงจะได้รับการตรวจคัดกรองการได้ยินเมื่ออายุ > 6 เดือน เนื่องจากบุคลากรในการตรวจ และอุปกรณ์ไม่เพียงพอ ด้านผู้ปกครองไม่มีความรู้ /ตระหนักถึงการมาตรวจคัดกรองการได้ยินตามนัด จากการศึกษาของชัยรัตน์ เสรีรัตน์และวิภาดา เสรีรัตน์ (2562) การตรวจคัดกรองการได้ยินของทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ถ้าสามารถวินิจฉัยภาวะสูญเสียการได้ยินในทารกแรกเกิดได้ในระยะแรกก่อนอายุ 3 เดือน และทำการรักษาฟื้นฟูก่อนอายุ 6 เดือน จะทำให้สมรรถภาพในด้านการฟังและการพูดมีการพัฒนาได้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะเด็กประสาธตหูพิการแต่กำเนิดที่ไม่มีความพิการซ้ำซ้อน ที่ได้รับการช่วยเหลือตั้งแต่แรกอย่างถูกต้องจะมีโอกาสพัฒนาภาษาและการพูดได้เท่ากับเกณฑ์เฉลี่ยของเด็กปกติวัยเดียวกัน ผู้วิจัยได้ใช้แบบฟอร์มการคัดกรองความผิดปกติการได้ยินของทารกแรกเกิด ของกรมการแพทย์ 2564 จำนวน 14 ข้อ โดยกำหนดรูปแบบเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านบุคลากร ด้านการคัดกรองทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง ด้านอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อม ด้านการนัดจัดทำแนวทางในการตรวจคัดกรองการได้ยิน เพื่อทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจคัดกรอง รักษาและฟื้นฟูได้อย่างทันท่วงที จึงได้กำหนดกรอบแนวคิดในการทำวิจัยดังภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการ 3 ขั้นตอน ดังนี้
ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาล
 นราธิวาสราชนครินทร์ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด (NICU) พยาบาลวิชาชีพหอบริบาล
 ทารกแรกเกิด (Nursery) โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ คัดเลือกโดยวิธีการแบบเจาะจง (purposive
 sampling) กำหนดคุณสมบัติ คือ เป็นผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบส่งทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการตรวจ
 คัดกรองการได้ยิน จำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 26 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แนวคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับรูปแบบการตรวจคัดกรอง ปัญหาอุปสรรค
 ความต้องการในการพัฒนาบริการ และข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนารูปแบบตรวจคัดกรองการได้ยินในทารก
 แรกเกิดกลุ่มเสี่ยง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณหาค่า IOC
 ของเครื่องมือได้เท่ากับ 1.00 หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองสอบถามผู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียง
 กลุ่มผู้ให้ข้อมูล 20 ราย และปรับปรุงแก้ไขก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยให้พยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จำนวน 26
 ราย ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับรูปแบบการตรวจคัดกรอง การสัมภาษณ์เจาะลึก ตรวจสอบความน่าเชื่อถือ
 ของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า โดยการสอบถามเจาะลึก ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วน
 ร่วม เพื่อประกอบการแปลความหมายร่วมกับการถอดเทป และตรวจสอบสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่ามีความหมาย
 เหมือนเดิมหรือไม่ หากพบประเด็นที่ขัดแย้งหรือไม่ชัดเจน ผู้วิจัยซักถามเพิ่มเติมเพื่อให้เข้าใจตรงกัน
 สรุปประเด็นเนื้อหา ก่อนยุติการสัมภาษณ์ตามหลักการวิจัยเชิงคุณภาพ (Chunthawanich, 2010)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้หลักการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) นำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทป
 แบบคำต่อคำมาวิเคราะห์ใจความหลัก (Thematic Analysis) โดยการลงรหัส จัดหมวดหมู่รหัส แล้วนำมาหา
 แก่นของสาระเพื่อสังเคราะห์ประเด็นหลักที่สำคัญ (Krippendorff, 2013)

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร

ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลกรณีผู้ปกครองไม่นำทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงมาตรวจคัดกรองการได้ยินตามนัดจากการนัดในระบบ HOSxP

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง

1. ผู้วิจัยศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์เอกสารจากงานวิจัยที่เกี่ยวกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง
2. ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนที่ 1 และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ เพื่อยกร่างเป็นรูปแบบการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์
3. นำร่างรูปแบบการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบจำนวน 3 คน คือ โสิต ศอ นาสิกแพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหออภิบาลทารกแรกเกิด 1 คน และพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานวิจัยของโรงพยาบาล 1 คน พบว่าผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่ารูปแบบดังกล่าวมีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ร้อยละ 100
4. ผู้วิจัยปรับรูปแบบการนัดตรวจคัดกรองทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง จากเดิมนัดตรวจคัดกรองทุกบ่ายวันพฤหัสบดี สัปดาห์ละ 10 คน โดยคลินิกกุมารเวชกรรมเป็นผู้รับผิดชอบ ทำให้ทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจคัดกรองล่าช้า มากกว่า 6 เดือน จึงเปลี่ยนผู้รับผิดชอบเป็นคลินิกหู คอ จมูก โดยก่อนจำหน่ายให้ประสานที่คลินิกหู คอ จมูก เพื่อตรวจคัดกรองหรือนัดตรวจภายใน 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ขั้นตอนนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (One Groups Pre-test Post-test Design) มีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด (NICU) พยาบาลวิชาชีพหอบริบาลทารกแรกเกิด (Nursery) จำนวน 26 คน คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis version 9.1.3.215 ใช้ Test Family เลือก t-test, Statistical test เลือก Mean: Difference Between Two Dependent Means (Match Paired) เลือก One Tail กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) = 0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกันสามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง ค่าความคลาดเคลื่อน

(Alpha) = 0.05 และค่า Power = 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 26 คน เนื่องจากหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดและหอบริบาลทารกแรกเกิด มีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 26 คน จึงใช้ประชากรทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ประกอบด้วยด้านบุคลากร ด้านการคัดกรองทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง ด้านอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อม และด้านการนัด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการดำเนินการวิจัยขั้นตอนที่ 2

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบฟอร์มการคัดกรองความผิดปกติของการได้ยินในทารกแรกเกิดเฉพาะกิจ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ประวัติความเสี่ยง ผลการตรวจ และสรุปการตรวจยืนยัน

2.2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง สำหรับพยาบาลวิชาชีพ มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโสต ศอ นาสิก 1 คน พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วย 1 คน และพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานวิจัย 1 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่า IOC ระหว่าง .67 – 1.00 ก่อนนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพ 20 คน ได้ค่า KR20 เท่ากับ .71

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยรวบรวม ข้อมูลปัญหาการคัดกรองทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

2. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

3. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการทำกิจกรรม ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ

ขั้นทดลอง

4. ผู้วิจัยอธิบายลักษณะรูปแบบการตรวจคัดกรองทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

4.1 ด้านบุคลากร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย

- พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด พยาบาลวิชาชีพหอบริบาลทารกแรกเกิด โดยผู้วิจัยจัดทำแบบฟอร์มการคัดกรองความผิดปกติของการได้ยินในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

- พยาบาลวิชาชีพผู้ตรวจคัดกรองคลินิก หู คอ จมูก โดยเพิ่มบุคลากรในการตรวจคัดกรอง

4.2 ด้านการคัดกรองทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงเฉพาะกิจ มีข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจ 14 ข้อ โดยจัดแบ่งกลุ่มได้ดังนี้

- ประวัติการตั้งครรภ์ เช่น อายุครรภ์มารดา การติดเชื้อขณะตั้งครรภ์
- ประวัติการคลอด เช่น น้ำหนักแรกคลอด ลักษณะความผิดปกติของกะโหลกศีรษะ ใบหน้า หู
- ประวัติครอบครัว บุคคลในครอบครัวมีความผิดปกติทางการได้ยิน
- ประวัติการตรวจรักษา เช่น ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล การได้รับยากลุ่ม Aminoglycosides

4.3 ด้านอุปกรณ์ และสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย

- เพิ่มจำนวนเครื่องมือในการตรวจโดยการหมุนเวียนจากคลินิกกุมารเวชกรรม
- สถานที่ ห้องตรวจที่เงียบ/ เสียงรบกวนน้อยที่สุด

4.4 ด้านการนัดตรวจ แบ่งเป็น

- วันราชการ ประสานคลินิกหู คอ จมูก ตรวจคัดกรองก่อนจำหน่าย
- วันหยุดราชการ การออกไปนัดตรวจก่อนอายุ 1 เดือน

5. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามบุคลากรทางการแพทย์ เกี่ยวกับรูปแบบการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง ให้ประชากรกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ตอบแบบสอบถาม

ขั้นหลังการทดลอง

6. หลังจากดำเนินการตามรูปแบบการตรวจคัดกรองทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเกี่ยวกับรูปแบบการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง จำนวน 26 คน

7. ผู้วิจัยจัดกิจกรรมสนทนากลุ่มเพื่อให้ความรู้เพิ่มเติมแก่กลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับรูปแบบการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง และให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็น ใช้เวลาสนทนากลุ่ม 30-45 นาที

8. หลังจากกิจกรรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหลังร่วมกิจกรรม และนำข้อมูลไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ
2. วิเคราะห์อัตราทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองโดยใช้ความถี่และร้อยละ

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ฯ ด้วยสถิติ Wilcoxon sign rangs test (Shapiro test, sig <.001)

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยจะดำเนินการเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ได้เลขจริยธรรมหมายเลข 007/2564 ลงวันที่ 10 พ.ค.2564

ผลการวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์ปัญหาการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

ปัญหาการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ได้แก่ การรอคิวนาน เครื่องมือและเจ้าหน้าที่ที่ตรวจได้มีจำนวนน้อย ความต้องการพัฒนาบริการตรวจคัดกรองการได้ยิน คือ การเพิ่มจำนวนการนัด การเพิ่มเจ้าหน้าที่ในการตรวจคัดกรอง การปรับระบบไม่ให้รอคิวนาน การแจกเอกสารแผ่นพับ และการอบรมเจ้าหน้าที่ ดังคำพูดต่อไปนี้

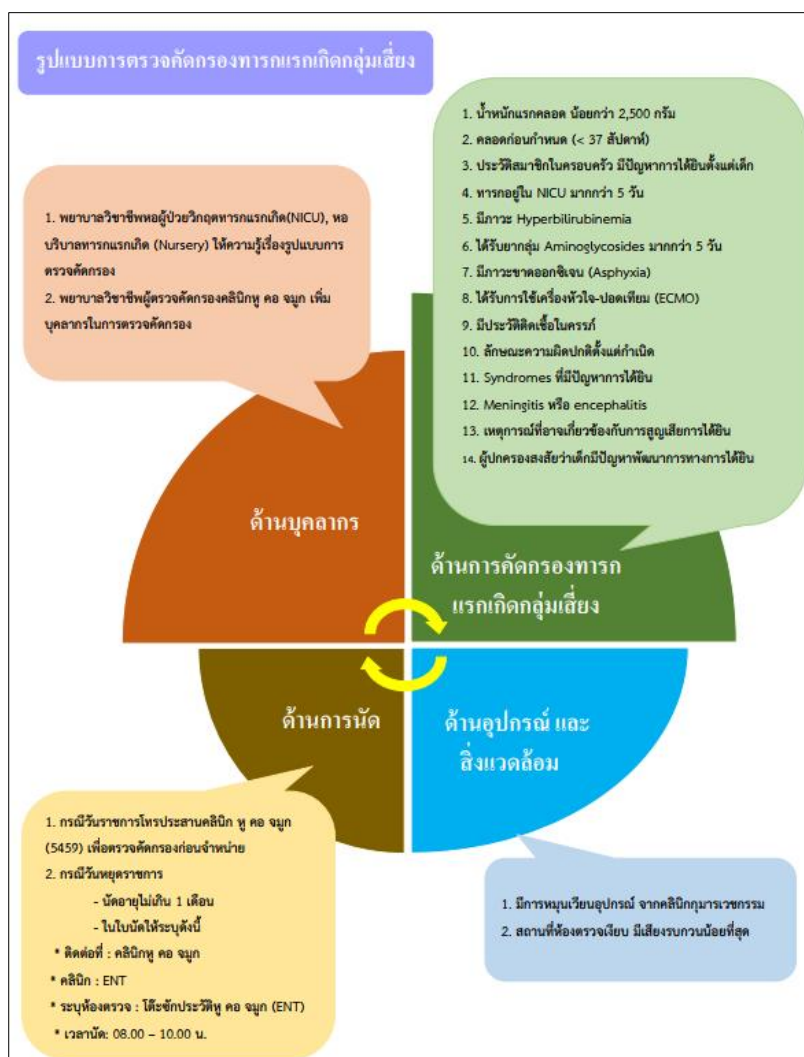
“คิวการตรวจใช้เวลาานาน อยากให้มีการตรวจ screening OAE มีทีมลงมาตรวจผู้ป่วยที่ตึก เช่นเดียวกับการ screening ROP” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1

“เพิ่มเจ้าหน้าที่ตรวจผู้ป่วย การมีเอกสารแผ่นพับ คำแนะนำและวิธีการปฏิบัติ เมื่อมาตรวจ OAE” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2

“จำนวนผู้ป่วยที่ต้องได้รับการคัดกรองมีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ แต่สามารถนัดผู้ป่วยได้จำนวน วันละ 3 คน ทำให้คิวยาว ควรเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่นัดได้ในแต่ละวัน น่าจะมีพยาบาลมาคัดกรองที่ตึก เพื่อลดการมารับบริการที่โรงพยาบาล ลดความเสี่ยงของผู้ป่วยที่ต้องมาโรงพยาบาล” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3

2. รูปแบบการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

รูปแบบการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านบุคลากร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด พยาบาลวิชาชีพหอบริบาลทารกแรกเกิด และพยาบาลวิชาชีพผู้ตรวจคัดกรองคลินิก หู คอ จมูก 2) ด้านการคัดกรองทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง เช่น น้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม คลอดก่อนกำหนดน้อยกว่า 37 สัปดาห์ ทารกอยู่ใน NICU มากกว่า 5 วัน เป็นต้น 3) ด้านอุปกรณ์ และสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยเครื่องมือในการตรวจ และสถานที่ และ 4) ด้านการนัดตรวจ แบ่งเป็น วันราชการ และวันหยุดราชการ



ภาพ 2 รูปแบบการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง

3. ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

ตารางที่ 1 อัตราทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองตั้งแต่ปี 2561-2564

ปี พ.ศ.	ทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง	ทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจคัดกรอง	ร้อยละ
2561	829	330	39.81
2562	771	326	42.28
2563	857	300	35.01
2564	906	748	82.56

จากตารางพบว่าหลังใช้รูปแบบในปี พ.ศ. 2564 อัตราการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์มีแนวโน้มสูงขึ้น

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

ความรู้	n	$\bar{x}$	SD	IQR	Z	p-value (1-tailed)
ก่อน	26	7.15	1.46	1.25	-4.497	<.001
หลัง	26	10.00	0.00	0.00		

จากตารางพบว่าหลังใช้รูปแบบการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อภิปรายผล

1. ปัญหาการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ได้แก่ ความต้องการพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองการได้ยิน การรอคิวนาน เครื่องมือและเจ้าหน้าที่ที่ตรวจได้มีจำนวนน้อย เกณฑ์ในการส่งตรวจคัดกรอง สอดคล้องกับการตรวจคัดกรองทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาลสมุทรสาคร (อัญชลี ชุ่มแจ่ม, 2552) โรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์ (ตฤณนันท์ แซ่แต้, 2559) โดยที่โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ดำเนินการตรวจคัดกรองการได้ยินที่คลินิกหู คอ จมูก โดยพยาบาลวิชาชีพ 1 คนด้วยเครื่อง Otoacoustic Emission (OAE) 1 เครื่อง นัดตรวจได้วันละ 2 คน หลังจากนั้นได้เพิ่มการตรวจคัดกรองที่คลินิกกุมารเวชกรรมและตรวจโดยกุมารแพทย์ ด้วยเครื่องตรวจการได้ยินในเด็ก Otoacoustic Emission (OAE) จำนวน 1 เครื่อง นัดตรวจทุกวันพฤหัสบดีช่วงบ่าย และตรวจได้ไม่เกิน 10 คนต่อสัปดาห์ ถึงแม้จะมีการเพิ่มแผนกในการตรวจแล้วก็ตาม แต่ก็ยังส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการตรวจคัดกรอง เนื่องจากจำนวนเด็กแรกเกิดมีจำนวนมาก ทั้งนี้แนวปฏิบัติตามคำแนะนำ การตรวจคัดกรองการได้ยินทารกแรกเกิดของประเทศไทยปี 2562 ทารกกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง ด้วย OAE และ/หรือ AABR ก่อนออกจากโรงพยาบาลหรือภายใน 1 เดือน แนะนำให้ทำเมื่ออายุครบ 48 ชั่วโมง และหรือเมื่อเด็กป่วยได้รับการรักษาเสร็จสิ้น (กรมการแพทย์, 2564; เชิญขวัญ ฐิติรุ่งเรือง, ภาณินี จารุศรีพันธ์, และเสาวรส ภพรภักดี, 2561) แก้ไขปัญหาโดยการเพิ่มจำนวนการนัด การเพิ่มบุคลากรในการตรวจคัดกรอง การปรับระบบไม่ให้ออกรับการตรวจนาน การแจกเอกสารแผ่นพับ และการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการตรวจเป็นแนวทางที่ควรเพิ่มขึ้น เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการตรวจและเป็นไปตามเกณฑ์ของกรมการแพทย์ (กรมการแพทย์, 2564)

2. รูปแบบการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านบุคลากร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด พยาบาลวิชาชีพหอบริบาลทารกแรกเกิด โดยการให้ความรู้ พร้อมจัดทำแบบฟอร์มเพื่อเป็น

แนวทางในการตรวจคัดกรอง และการเพิ่มบุคลากรในการตรวจคัดกรองที่คลินิก หู คอ จมูก โดยให้ความรู้และฝึกปฏิบัติ 2) เกณฑ์การตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงตามเกณฑ์ของกรมการแพทย์ เช่น น้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม คลอดก่อนกำหนด น้อยกว่า 37 สัปดาห์ ทารกอยู่ใน NICU มากกว่า 5 วัน เป็นต้น 3) ด้านโครงสร้าง ได้มีการปรับเปลี่ยนห้องตรวจให้มีสภาพแวดล้อมที่เงียบเพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับการตรวจคัดกรอง และยืมเครื่องมือในการตรวจจากคลินิกกุมารเวชกรรม มาใช้ที่คลินิก หู คอ จมูก ในวันจันทร์ อังคาร พุธ และศุกร์ 4) การนัดตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงหลังการจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดและหอบริบาลทารกแรกเกิด ได้ปรับระบบการนัดตรวจทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงจากคลินิกกุมารเวชกรรมมาที่คลินิกหู คอ จมูก โดยในวันราชการ จะดำเนินการส่งทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงตรวจคัดกรองที่แผนกหู คอ จมูก หากจำหน่ายทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงในวันหยุดราชการ จะนัดตรวจภายใน 1 เดือน โดยรูปแบบการตรวจคัดกรองได้เป็นไปตามมาตรฐานของการตรวจคัดกรองของกรมการแพทย์ (กรมการแพทย์, 2564) และแนวทางการตรวจคัดกรองการได้ยิน (เชษฐาวิชญ์ จิตรุ่งเรือง, ภาณินี จารุศรีพันธ์, และเสาวรส ภัทรภักดิ์, 2561) จากการดำเนินงานดังกล่าวทำให้เกิดการเพิ่มจำนวนบุคลากร เพิ่มวันในการดำเนินงาน ทำให้เกิดความครอบคลุมในการดำเนินการตรวจคัดกรองทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง จะเห็นได้ว่าการเพิ่มบุคลากรในการตรวจคัดกรองและเกณฑ์การตรวจคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ ร่วมกับการดำเนินการกับทรัพยากรที่ใช้ในการตรวจทั้งเครื่องมือและสถานที่ ส่งผลให้การดำเนินการตรวจคัดกรองมีประสิทธิภาพสูงสุด และเกิดความครอบคลุมการให้บริการ

3. หลังใช้รูปแบบการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง พบว่าอัตราการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง ในโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์สูงขึ้น และพยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้หลังจากมีการปรับรูปแบบการดำเนินงานทั้ง 4 ด้าน ที่เน้นการเพิ่มขีดความสามารถของบุคลากรในการตรวจ และปรับขั้นตอนการดำเนินการร่วมกับการใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุดส่งผลให้การดำเนินการ การตรวจคัดกรองเกิดความครอบคลุมสอดคล้องกับข้อเสนอแนะในการตรวจคัดกรองทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาลสมุทรสาคร (อัญชลี ชุ่มแจ่ม, 2557) โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ (ตฤณนันท์ แซ่แต้, 2559) จะเห็นได้ว่าการดำเนินการตามมาตรฐานของการตรวจคัดกรอง (กรมการแพทย์, 2564) จะส่งผลต่อประสิทธิภาพของการให้บริการการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยงได้รับบริการอย่างครอบคลุม

สรุปผลการวิจัย

จากการพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ทั้ง 4 ด้าน มีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร เกณฑ์การตรวจคัดกรองที่ชัดเจน การใช้วัสดุอุปกรณ์ที่คุ้มค่าคุ้มทุน ร่วมกับการประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การติดตามกรณีทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง

ไม่มาตรวจตามนัด ส่งผลให้ทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจคัดกรองภายในระยะเวลา 1 เดือน จำนวนทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจคัดกรองเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำรูปแบบการตรวจคัดกรองทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงที่พัฒนาและปรับปรุงแล้ว ขยายไปใช้ยังหน่วยงานอื่นๆ ที่มีทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง
2. ผู้บริหารควรสนับสนุนตามข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง เรื่องการพัฒนาศักยภาพของทีมโดยไปตรวจคัดกรองทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงที่ดี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาถึงความแตกต่าง ช่วงระยะเวลาและผลในการแก้ไขปัญหาทางการได้ยินของทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้มีการบริหารจัดการที่ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

References

- กฤษณา เลิศสุขประเสริฐ (2550). *หูพิการแต่กำเนิด*. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: กษกรการพิมพ์.กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). การตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง. *การประชุมของขวัญวันเด็ก 2564: ตรวจหู ให้รู้ว่าคุณได้ยิน*
- ขวัญชนก ยิ้มแต่ (2547) .การตรวจการคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิด. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 241-248
- คณะกรรมการจัดทำแนวทางการคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดของประเทศไทย. (2562). *คำแนะนำการคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดของประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: ออฟเซ็ท จำกัด.
- จารุพิมพ์ สูงสว่าง, กวีวรรณ ลิ้มประยูร, โสภภาพรณ เงินฉ่ำ, กลีบสไบ สรรพกิจ, และธราธิป โคละทัต. (2551). *กุมารเวชศาสตร์ทันยุค*. กรุงเทพฯ: เฮาแคนดู จำกัด.
- ชัยรัตน์ นิรันดร์รัตน์ (2541). *ตำรา โสต คอ นสิก*. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: พีบี ฟอเรน บุคส์ เซ็นเตอร์.
- ชัยรัตน์ เสรีรัตน์, และวิภาดา เสรีรัตน์. (2562). การตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงในหอผู้ป่วย ทารกแรกเกิดโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. *Srinagarind Medical Journal*, 36(1)
- เชิณขวัญ ฐิติรุ่งเรือง, ภาณินี จารุศรีพันธ์, และเสาวรส ภัทรภักดี. (2561). การคัดกรองการสูญเสียการได้ยินในเด็ก. *Chala Med J*, 62 (1), 53-65
- ตฤชนันท์ แซ่แต่. (2559). การคัดกรองได้ได้ยินในทารกแรกเกิดที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง ของโรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์ *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 30(2), 31-36
- โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์. (2563). *สถิติทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง ในโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์*. โปรแกรมสำเร็จรูป

- ศิริวัฒน์ ธิญสิริพงศ์. (2560). การตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดด้วยเครื่องตรวจวัดเสียงสะท้อนจากหูชั้นในของโรงพยาบาลระนอง *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 31, 211-221
- อัญชลี ชุ่มแจ่ม. (2552). การตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยงสูงในโรงพยาบาลสมุทรสาคร. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 28 (3), 253-260
- Chunthawanich, S. (2010). *Qualitative Research Methodology* (17th ed). Bangkok: Chulalongkorn University
- Jaynee AH, Lori AV, Marci ML. Early Detection and Diagnosis of Infant Hearing Impairment. In: Paul WF, Bruce HH, Valerie JL, John KN, Thomas KR, Regan JT, Marci ML, editors. *Cummings otolaryngology - head & neck surgery*. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2015:2970-9
- Krippendorff, K. (2013). *Content Analysis: An Introduction to Its Methodology*. 3rd Edition. LA: SAGE Publication.
- Yoshinaga-Itano C, Sedey AL, Coulter DK, Mehl AL. Language of early- and later-identified children with hearing loss. *Pediatrics* 1998; 102:1161-71

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี

The Factors Related to Food Consumption Behaviors of Type 2 Diabetic
Patients in Bang Yai District, Nonthaburi Province.

จิระเดช ทองเรือง

Jiradat Thongrueang

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

Nonthaburi Provincial Public Health Office

(Received: May 27, 2021; Revised: July 11, 2022; Accepted: July 11, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอบางใหญ่ จำนวน 9 แห่ง จำนวน 212 คน ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดจากการเจาะปลายนิ้วอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมไม่ได้ โดยมีค่าน้ำตาลตั้งแต่ 155 mg/dL ขึ้นไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา รายได้ ระยะเวลาป่วยระดับน้ำตาลในเลือด ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ด้วยสถิติเชิงอนุมาน แบบไคสแควร์

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.2 และในระดับมาก ร้อยละ 25.5 ด้านทัศนคติเกี่ยวกับบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี ร้อยละ 57.1 ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 88.2 และในระดับปานกลาง ร้อยละ 11.8 ในส่วนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า อายุ และการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ : เบาหวานชนิดที่ 2, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, อำเภอบางใหญ่

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Jiradaj0966@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 082-016-0966)

Abstract

This study is the survey research. The objectives were to study the practical knowledges, attitudes and food consumption behaviors of Type 2 diabetic patients and to study the factors related to food consumption behaviors of Type 2 diabetic patients. The study sample consisted of diabetic patients who registered with Sub-district health promoting hospitals in Bang Yai District, 9 places, 212 patients whose blood sugar level from fingertip piercing was in uncontrollable with a sugar value from 155 mg/dL or more. The data were analyzed using descriptive statistics such as percentage, mean and standard deviation. And analyzed the correlations between sexes, ages, occupations, educations, incomes, durations of illness, blood sugar levels, knowledges of food consumption and attitudes about food consumption with Chi-square inferential statistics.

The result showed that the diabetic patients had knowledges of food consumption were at a moderate level of 71.2 % and at a high level of 25.5 %. Attitudes about food consumption were at a good level of 57.1 %. Food consumption behaviors were at a high level of 88.2 % and at a moderate level of 11.8 %. The correlation between factors and food consumption behaviors of Type 2 diabetic patients found that the factors of personal information and food consumption behaviors in parts of ages and educations were related to food consumption behaviors of Type 2 diabetic patients with statistically significant ($p < 0.05$). Knowledges about food consumption were not related to food consumption behaviors of Type 2 diabetic patients at a statistically significant level ($p < 0.05$).

Keywords: Type 2 diabetes, Food Consumption Behaviors, Bang Yai District

บทนำ

ในปัจจุบันสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย โดยการศึกษาของกรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ รวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัว พบว่า ในช่วงปี 2559 – 2562 จำนวนและอัตราผู้ป่วย และเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน ต่อประชากร 100,000 คน เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2559 มีจำนวนผู้ป่วย 840,489 ราย คิดเป็นอัตรา 1,292.79 ปี 2560 มีจำนวนผู้ป่วย 876,970 ราย คิดเป็นอัตรา 1,344.95 ปี 2561 มีจำนวนผู้ป่วย 941,226 ราย คิดเป็นอัตรา 1,439.04 และปี 2562 มีจำนวนผู้ป่วย 1,002,310 ราย คิดเป็นอัตรา 1,528.91 ทางด้านการเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน ในปี 2559 – 2562 ยังคงมีอัตราการเพิ่มขึ้น ปี 2559 มีผู้ป่วยที่เสียชีวิต จำนวน 14,487 ราย คิดเป็นอัตรา 22.01 ปี 2560 มีผู้ป่วยที่เสียชีวิต จำนวน 14,322 ราย คิดเป็นอัตรา 21.96 ปี 2561 มีผู้ป่วยที่เสียชีวิต

จำนวน 14,305 ราย คิดเป็นอัตรา 21.87 และปี 2562 มีผู้ป่วยที่เสียชีวิต จำนวน 16,588 ราย คิดเป็นอัตรา 25.30 (กองโรคไม่ติดต่อ, 2562)

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคซับซ้อนที่เกิดจากภาวะพร่องอินซูลิน (insulin) หรือ ภาวะดื้ออินซูลิน (insulin resistance) หรืออาจเกิดจากทั้งสองภาวะร่วมกัน โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มักมีภาวะแทรกซ้อนตามมาหลายอย่างและเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยป่วยเรื้อรังและอาจต้องรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเป็น เวลานาน ทำให้สูญเสียทรัพยากรและงบประมาณจำนวนมาก (Kumar Cotran Robbins, 1997) ซึ่งจากข้อมูลจากการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลหนองหญ้าไซ อำเภอนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี ในเดือนกันยายน 2557 พบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 2,100 คน คิดเป็น อัตราผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เท่ากับ 4,492 ต่อแสนประชากร ซึ่งถือว่าเป็นตัวเลขที่ค่อนข้างสูงเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานของประเทศที่คิดเป็นอัตราผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 1,081.25 ต่อแสนประชากร (นุชรี อาบสุวรรณ และนิตยา พันธุเวช, 2557) ย่อมส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง และยังเป็นภาระที่ทำให้รัฐต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาลทางการแพทย์เป็นอย่างมาก หากผู้ป่วยเกิดความพิการจากภาวะแทรกซ้อนของโรค อาจเป็นภาระให้บุคคลในครอบครัวและสังคมได้ นอกจากนี้ยังพบว่ายังมีตัวแปรอื่นๆที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

จังหวัดนนทบุรีเป็นพื้นที่ปริมณฑลที่ถูกออกแบบให้เป็นเมืองรองรับการขยายตัวและการเจริญเติบโตของ กรุงเทพมหานคร ปัจจุบันคนที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองบริโภคไขมันและเนื้อสัตว์เพิ่มมากขึ้น บริโภคผักและผลไม้ ลดลง เด็กและวัยรุ่นบริโภคอาหารแบบคนเมือง วิถีชีวิตของคนเมืองเป็นแบบเร่งรีบ ทำให้มีเวลาในการเตรียม อาหารน้อยลง จากการส่งเสริมการตลาดเพื่อช่วงชิงผลประโยชน์ทางการค้า อาหารฟาสต์ฟู้ด อาหารจานด่วน อาหารสำเร็จรูปกึ่งที่ทำได้ง่าย สะดวกไม่สิ้นเปลืองเวลามาก ซึ่งส่วนมากเป็นอาหารประเภท ปิ้ง ย่าง ทอด เป็นอาหารประเภทโปรตีนและมีไขมันสูง นิยมอาหารรสจัดที่มีความเค็มหรือมีหวานจัด ทำให้เกิดปัญหา ทางด้านสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป โดยมีแบบแผนการเจ็บป่วยและตายเปลี่ยนจากภาวะทุพโภชนาการเป็นภาวะ โภชนาการเกิน โรคอ้วนมากขึ้น รวมทั้งก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน (จุฑามาศ ธรรมศร และคณะ, 2560) ซึ่งสถานการณ์โรคเบาหวานของจังหวัดนนทบุรีอัตราป่วยต่อประชากร 100,000 คน ปี พ.ศ. 2559 – 2562 จำแนกตามเขตสุขภาพที่ 4 พบว่า จังหวัดนนทบุรีมีผู้ป่วยเป็นอันดับที่ 1 จำนวนและอัตราผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของปัญหาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วย จึงสนใจจะศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี โดยมุ่งศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ อายุ การศึกษา เพศอาชีพ รายได้

ระยะเวลาป่วย ระดับน้ำตาลในเลือด ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

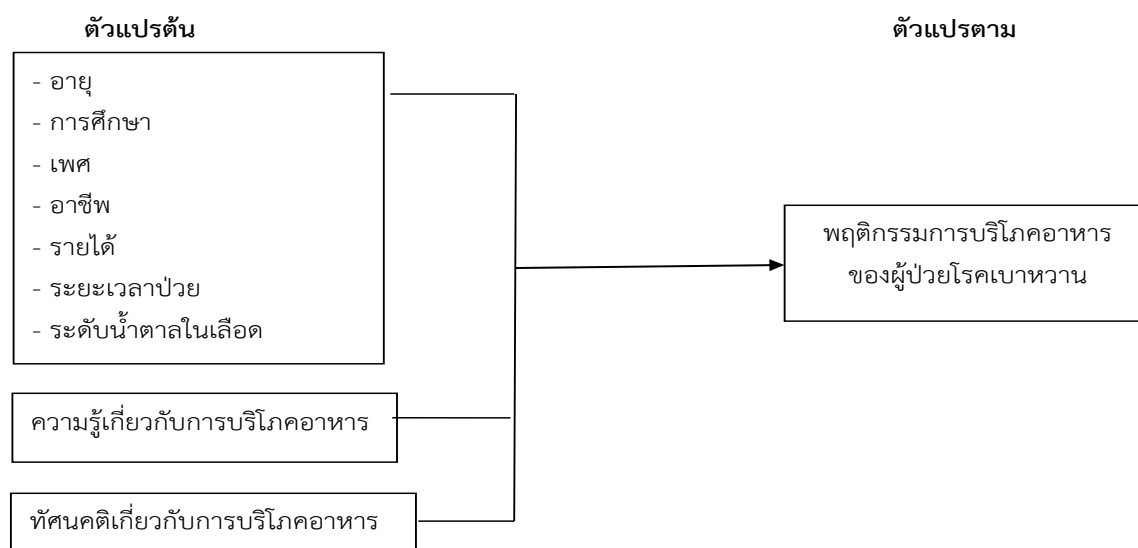
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างไร
2. ปัจจัยอะไรบ้างที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

กรอบแนวคิดในการศึกษา



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey research)

ประชากร

ประชากรที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอบางใหญ่ จำนวน 9 แห่ง จำนวน 669 คน

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดจากการเจาะปลายนิ้วอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมไม่ได้ โดยมีค่าน้ำตาลตั้งแต่ 155 mg/dL ขึ้นไป โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษาที่ รพ.สต.ทั้งหมด จำนวน 669 คน โดยมีค่าน้ำตาลตั้งแต่ 155 mg/dL ขึ้นไป จำนวน 212 คน ซึ่งได้มาจากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณของเครซี และมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970 อ้างใน สุรินทร์ นิยมมางกูร, 2546)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คณะผู้จัดทำวิจัยได้นำแบบสอบถามของ (จุฑามาศ ธรรมศรและคณะ, 2560) ที่ผ่านกระบวนการหาคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหา ด้านการสร้างเครื่องมือและด้านสถิติ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบเติมข้อความสั้น ได้แก่ อายุ รายได้ ระยะเวลาป่วยและผลการตรวจน้ำตาลในเลือด และมีคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ได้แก่ เพศ การศึกษาและอาชีพ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่ปฏิบัติ

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร จำนวน 45 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ บริโภคได้ตามปกติ บริโภคได้แต่ต้องจำกัดปริมาณและไม่ควรบริโภค

ส่วนที่ 4 ทศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร จำนวน 20 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย และไม่เห็นด้วย มีทั้งข้อความที่เป็นคำถามเชิงบวกและคำถามเชิงลบคละกั้นไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) เกณฑ์การพิจารณาข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มากกว่า 0.50 มีค่าความเที่ยงตรงใช้ได้ข้อคำถามที่มีค่า ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) น้อยกว่า 0.50 ต้องปรับปรุง ยังใช้ไม่ได้จะต้องนำแบบสอบถามมา ปรับแก้ไขข้อความตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหา, ผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเครื่องมือ และผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติ

2. ค่าความยากง่าย (Difficulty) ของแบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร จากการวิเคราะห์หาค่าความยากง่ายระหว่าง 0.2 – 0.08 ความยากมากที่สุด อยู่ที่ 0.9 ง่ายมากที่สุดอยู่ที่ 0.00

3. ค่าอำนาจจำแนก (Discrimination power) มีค่าตั้งแต่ 0.2 – 1.00 ซึ่งค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามมีค่ามากที่สุด เท่ากับ 0.7 น้อยที่สุด เท่ากับ 0.00

4. ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิเคราะห์แบบสอบถามพิจารณาค่าความเชื่อมั่นควรมีค่ามากกว่า 0.70 ซึ่งค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านพฤติกรรมและการบริโภคอาหาร มีค่า เท่ากับ 0.81 ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารมีค่า มากกว่า 0.70 และค่าความเชื่อมั่นความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร มากกว่า 0.70 ต่อมาผู้ทำแบบวิจัยได้นำแบบสอบถามที่มีคุณภาพเครื่องมือ ด้านความเชื่อมั่นต่ำกว่ากำหนดไปปรับแก้ไข ก่อนนำไปใช้จนผ่านคุณภาพของเครื่องมือ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ โดยเตรียมแบบสัมภาษณ์ ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล และใช้สถานที่ในการทำวิจัย และทำหนังสือขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสาธารณสุขของแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอบางใหญ่ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนดำเนินการ โดยการชี้แจงแบบสัมภาษณ์ให้เข้าใจ ทดลองการสัมภาษณ์

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตรวจสอบข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วน แบบสัมภาษณ์ที่กรอกข้อมูลแล้วให้สมบูรณ์ ครบถ้วน หากพบข้อบกพร่องส่งคืนให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบสัมภาษณ์จนได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและตามจำนวนที่กำหนดไว้

ขั้นตอนที่ 4 กำหนดรหัสข้อมูล บันทึกข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา รายได้ และระยะเวลาป่วย และผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ (Frequencies) และนำเสนอด้วยค่าสถิติร้อยละ (Percentage)

2. ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ทักษะเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ คำนวณคิดค่าเฉลี่ยของคะแนนรวม นำเสนอโดยใช้ค่าสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ของคะแนนรวม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และจำแนกระดับพฤติกรรมตามเกณฑ์ของคะแนนเฉลี่ย นำเสนอข้อมูลในรูปแบบ (Mean $\pm$ S.D.)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของตัวแปรแต่ละตัว ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ทักษะเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน วิเคราะห์ ด้วยสถิติเชิงอนุมานแบบ ไคสแควร์ (Chi Square test)

จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ตามเอกสารรับรองเลขที่ 8/2564 การประชุมครั้งที่ 1/2564 วันที่ 22 มกราคม 2564 และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม 2564 ถึง มีนาคม 2564

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	69	32.5
หญิง	143	67.5

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ $\bar{X} = 61.15$, S.D. = 10.031 , Min = 27 , Max = 85		
ต่ำกว่า 40 ปี	5	2.4
40 - 49 ปี	16	7.5
50 - 59 ปี	70	33.0
มากกว่า 60 ปี	121	57.1
การศึกษา		
ประถมศึกษา	140	66.0
ม.ต้น	36	17.0
ม.ปลาย/เทียบเท่า	14	6.6
อนุปริญญา/ปวช./ปวส.	5	2.4
ปริญญาตรี/สูงกว่า	13	6.1
อื่นๆ	4	1.9
อาชีพ		
เกษตรกร	29	13.7
รับจ้าง แรงงานทั่วไป	39	18.4
ค้าขาย	37	17.5
รัฐวิสาหกิจ	2	0.9
ข้าราชการ	7	3.3
แม่บ้าน/พ่อบ้าน/ว่างงาน	92	43.4
อื่นๆ	6	2.8
รายได้ต่อเดือน $\bar{X} = 8335.27$, S.D. = 16128.775 , Min = 0 , Max = 150000		
ไม่มีรายได้	55	25.9
ต่ำกว่า 5,000	60	28.3
5,001 - 10,000	52	24.5
10,001 - 20,000	34	16.0
20,000 ขึ้นไป	11	5.2
ระยะเวลาการป่วยเป็น DM $\bar{X} = 8.04$, S.D. = 6.091 , Min = 0 , Max = 30		
ไม่เกิน 5 ปี	62	29.2
5 - 10 ปี	93	43.9
10 ปี ขึ้นไป	57	26.9

จากตาราง 1 พบว่า เพศชาย ร้อยละ 32.5 ร้อยละ 67.5 อายุ อายุมากกว่า 60 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.0 อาชีพแม่บ้าน/พ่อบ้าน/ว่างงาน ร้อยละ 43.4 รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 28.3 และระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน 5 - 10 ปี ร้อยละ 43.9

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภค

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อย (0.00 – 14.66)	7	3.3
ปานกลาง (14.67 – 29.33)	151	71.2
มาก (29.34 – 44.00)	54	25.5

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 71.2

ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานจำแนกตามทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

ระดับทัศนคติ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่ดี (0.00 – 6.66)	0	0.00
ปานกลาง (6.67 – 13.33)	91	42.9
ดี (13.34 – 20.00)	121	57.1

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีทัศนคติอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 57.1

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยรวมมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ร้อยละ 97.80 พฤติกรรมอยู่ในระดับสูง ภาพรวมค่าเฉลี่ย 2.17 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ ไวน์ มีค่าเฉลี่ย 2.69 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดได้แก่ท่านใช้น้ำมันมะกอกในการประกอบอาหาร มีค่าเฉลี่ย 1.25

ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 30.00 มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 2.69 ได้แก่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ ไวน์ และค่าเฉลี่ยต่ำสุด 2.38 ได้แก่อุปโภคอาหารรับประทานเอง

ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.00 มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 2.27 ได้แก่อุปโภคอาหารบางประเภท เช่น บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป หมูหยอง กุนเชียง อาหารกระป๋อง และค่าเฉลี่ยต่ำสุด 1.91 ได้แก่อุปโภคอาหารตามใจตนเอง

ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 10.00 มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 1.35 ได้แก่อุปโภคใช้น้ำตาลเทียมแทนน้ำตาลทรายในการปรุงอาหาร และค่าเฉลี่ยต่ำสุด 1.25 ได้แก่อุปโภคใช้น้ำมันมะกอกในการประกอบอาหาร

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานจำแนกตามระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ระดับพฤติกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (1.00 – 19.66)	0	0
ปานกลาง (19.67 – 39.33)	25	11.8
สูง (39.34 – 60.00)	187	88.2

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 88.2

ความสัมพันธ์ข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ปัจจัย	n	พฤติกรรมการบริโภคอาหาร			df	X ²	P-Value
		ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง			
เพศ					1	0.717	0.397
ต่ำกว่า 40 ปี	5	0	1	4			
40 - 49 ปี	16	0	8	8			
50 - 59 ปี	70	0	9	61			
มากกว่า 60 ปี	121	0	7	114			
การศึกษา					5	12.392	0.030
ประถมศึกษา	140	0	12	128			
ม.ต้น	36	0	8	28			
ม.ปลาย/เทียบเท่า	14	0	0	14			
อนุปริญญา/ปวช./ปวส.	5	0	1	4			
ปริญญาตรี/สูงกว่า	13	0	4	9			
อื่นๆ	4	0	0	4			
อาชีพ					6	5.855	0.440
เกษตรกร	29	0	2	27			
รับจ้าง แรงงานทั่วไป	39	0	7	32			
ค้าขาย	37	0	7	30			
รัฐวิสาหกิจ	2	0	0	2			
ข้าราชการ	7	0	1	6			
แม่บ้าน/พ่อบ้าน/ว่างงาน	92	0	8	84			
อื่นๆ	6	0	0	6			
รายได้ต่อเดือน					4	5.877	0.209
ไม่มีรายได้	55	0	8	47			
ต่ำกว่า 5,000	60	0	3	57			
5,001 - 10,000	52	0	6	46			
10,001 - 20,000	34	0	5	29			
20,000 ขึ้นไป	11	0	3	8			
ระยะเวลาการป่วยเป็น DM					2	1.802	0.406
ไม่เกิน 5 ปี	62	0	9	53			
5 - 10 ปี	93	0	12	81			
10 ปี ขึ้นไป	57	0	4	53			

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าอายุ และการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนทางเพศ อาชีพ รายได้ และระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน การศึกษา กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ปัจจัย	n	ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร			df	X ²	P-Value
		ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร					2	1.346	0.510
ความรู้ระดับน้อย	7	0	1	6			
ความรู้ระดับปานกลาง	151	0	20	131			
ความรู้ระดับมาก	54	0	4	50			

* มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ปัจจัย	n	พฤติกรรมการบริโภคอาหาร			df	X ²	P-Value
		ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง			
ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร					1	1.978	0.160
ทัศนคติระดับไม่ดี	0	0	0	0			
ทัศนคติระดับปานกลาง	91	0	14	77			
ทัศนคติระดับดี	121	0	11	111			

* มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

จากตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 9 แห่ง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี จากวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อทราบความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และเพื่อทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี จำนวน 212 คน สามารถอภิปรายผลการศึกษาในแต่ละประเด็นได้ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีความรู้ในระดับปานกลาง โดยพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ไม่ควรบริโภค คิดเป็นร้อยละ 88.2 ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ (จันทนา แสงเพชร, 2549) ที่ได้ศึกษา พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานบริการแบบเบ็ดเสร็จ โรงพยาบาลขอนแก่น และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษา ของ (พานิช แกมนิล, 2553) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมากกว่าร้อยละ 70.0 มีความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้องในเรื่องกินผักสด ผักลวกเป็นประจำจะควบคุมระดับน้ำตาลได้ ร้อยละ 83.9 รวมถึงมีความเชื่อว่าไม่คิดว่าการกินอาหารจะทำให้ป่วยรุนแรง ร้อยละ 72.6

2. ทักษะเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยรวมแล้วผู้ป่วยโรคเบาหวานมีทักษะเกี่ยวกับการบริโภคอาหารส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 57.1 และเมื่อนำมาพิจารณาเป็นรายข้อจะพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการมีทักษะในเรื่องของการรับประทานผักสด ผักลวก เป็นประจำจะช่วยให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และการรับประทานอาหารจำพวกผักอาหารกากใยมีประโยชน์ต่อสุขภาพและช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งอยู่ในระดับที่ดี คิดเป็นร้อยละ 94.8 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ (จุฑามาศ ธรรมศร และคณะ, 2560) ที่ได้ศึกษา พฤติกรรมความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่แสงกำเนิดมี จังหวัดนนทบุรี แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ (อภิญา บ้านกลาง, อุดมลักษณ์ ดวงขุนมาตย์ และคณะ, 2554) ที่ได้ศึกษา ทักษะด้านการป้องกันโรคเบาหวานของพนักงานราชการและรัฐวิสาหกิจที่มีภาวะก่อนเบาหวานในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นที่กล่าวว่ากลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาทักษะด้านการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ซึ่งอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 55.80 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ยังมีทัศนคติที่ไม่ส่งเสริมการป้องกันโรคเบาหวานโดยเห็นว่าการ กินอาหารหวาน มัน หรือทอด กินนานๆ ครั้งคงไม่ทำให้ อ้วน คิดเป็นร้อยละ 42.00

3. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยภาพรวมมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับสูง ซึ่งพฤติกรรมที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่มีการปฏิบัติมากที่สุดคือ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ ไวน์ โดยคิดเป็นร้อยละ 70.3 และจากการสำรวจพบว่าพฤติกรรมที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการปฏิบัติเป็นประจำคือ การรับประทานอาหารที่มีผักใบเขียว เช่น คะน้า ผักบุ้ง โดยคิดเป็นร้อยละ 57.5 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ (อรทัย วุฒิสเลา, 2553) ที่ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดมุกดาหาร แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ (สุวัฒนา ค่านคร และคณะ, 2556) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน จังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า ด้านการควบคุมอาหาร ที่ปฏิบัติเป็นประจำ คือ รับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อ เพราะว่า จำเป็นต้องกินยารักษาโรคเบาหวาน ส่วนทางด้านพฤติกรรมการบริโภค

อาหาร อยู่ในระดับต่ำ คือการใช้น้ำตาลเทียมแทนน้ำตาลทรายในการปรุงอาหาร (1.35 ± 0.56) และการใช้ไขมันมะกอกในการประกอบอาหาร (1.25 ± 0.47)

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

1.ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ผลการศึกษา พบว่า อายุ และการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$) ส่วนทางเพศ อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวาน กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (เจษฎากร โนอินทร์ และคณะ ,2560) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพลายชุมพล อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร กลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีอาชีพแม่บ้าน พ่อบ้าน ว่างาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (กุสุมา กังหลิ ,2557) ที่ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร กลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีรายได้ ต่ำกว่า 5,000 บาท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (เจษฎากร โนอินทร์ และคณะ ,2560) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพลายชุมพล อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร กลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ (นันทวัน ศรีสุวรรณ ,2550) ที่พบว่าระยะเวลาการป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เนื่องมาจาก ถ้าผู้ป่วยมีระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวานมานานจะมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานทำให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดี ทำให้ผู้ป่วยทราบถึงความรุนแรงของโรค

อายุ มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ (เจษฎากร โนอินทร์ และคณะ ,2560) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพลายชุมพล อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก แต่มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ(นันทวัน ศรีสุวรรณ ,2550) ที่พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับอายุ คือ ผู้ป่วยที่สูงอายุ มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานที่ดีส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีกว่าผู้ป่วยอายุน้อย

การศึกษา มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ (เจษฎากร โนอินทร์ และคณะ ,2560) แต่มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ (กุสุมา กังหลี ,2557) ที่ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า อธิบายว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับการศึกษาที่ดีจะส่งเสริมให้แสวงหาความรู้ นำมาสู่การประพฤติปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ถูกต้องตามแผนการรักษา สามารถ ควบคุมความเจ็บป่วยของตนเองได้

2. ปัจจัยด้านความรู้กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรค จากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพเมื่อมารับบริการในสถานพยาบาล ซึ่งไม่มีความสอดคล้องกับการศึกษา ของ (นันท์วัน ศรีสุวรรณ ,2550) แต่มีความสอดคล้องกับการศึกษา ของ (ดารารัตน์ อุ่นบางตลาด ,2557) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่พบว่าความรู้ไม่มีผลต่อการดูแลตนเอง แต่ในด้านของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ต่อผลการดูแลตนเอง อธิบายว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตัวเองที่ถูกต้องและมีการปฏิบัติเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ ทั้งในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงการสังเกตผิดปกติของตนเอง

3. ปัจจัยด้านทัศนคติกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ผลการศึกษา พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีในประเด็น การรับประทานผักสด ผักลวก เป็นประจำจะช่วยให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และท่านคิดว่าการรับประทานอาหารจำพวกผัก อาหารกากใยมีประโยชน์ต่อสุขภาพและช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ (สิริประภา กลั่นกลินและคณะ ,2557) พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยเน้นความรู้ในประเด็นที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้จากผลการวิจัยนี้
2. นำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนปรับทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยเน้นทัศนคติในประเด็นที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีทัศนคติที่ไม่ดีจากผลการวิจัยนี้

3. เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานในประเด็นที่ยังมีพฤติกรรมที่ไม่ดีจากผลการวิจัย ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการรับประทานอาหารบางประเภท เช่น บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป หมูหย็อง กุนเชียง อาหารกระป๋อง

4. นำผลที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในการกำหนดมาตรการในการควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และใช้เป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเองและสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเชิงทดลองโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม เพื่อสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เช่น การให้ความรู้สมาชิกในครอบครัว หรือการจัดกิจกรรมร่วมกับร้านขายอาหารธรรมชาติลดการกินหวาน มัน เค็ม

2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและควรมีการสังเกตการณ์ปฏิบัติตนในการดูแลตนเองร่วมด้วย เพื่อที่จะได้ทราบปัญหาที่แท้จริงในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมแรงสนับสนุนหรือการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อที่จะได้พัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ดียิ่งขึ้น

References

- กุสุมา กงหลี. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่สอง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (พิมพ์ครั้งที่ 3), กรุงเทพฯ : วารสารพยาบาลทหารบก.
- กองโรคไม่ติดต่อ. (2562). จำนวนอัตราป่วย ตาย ปี 2559-2562. วันที่สืบค้น 20 มิถุนายน 2563, เข้าถึงได้จาก <http://thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13893&tid=32&gid=1-020>
- จุฑามาศ ธรรมศร และคณะ. (2560). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไขแสงกำเนิดมี จังหวัดนนทบุรี (พิมพ์ครั้งที่ 1), สุพรรณบุรี : วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี.
- จันทนา แสงเพชร. (2549). พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานบริการแบบเบ็ดเสร็จ โรงพยาบาลขอนแก่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วันที่สืบค้น 24 มีนาคม 2564, เข้าถึงได้จาก ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ฉบับเต็มและเอกสารฉบับเต็มของเครือข่ายห้องสมุดมหาวิทยาลัย (ThaiLIS).
- เจษฎากร โนอินทร์และคณะ. (2560). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพลายชุมพล อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก (พิมพ์ครั้งที่ 1), พิษณุโลก : มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม.

- ดรรรัตน์ อุ่นบางตลาด. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูงที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชิงรากน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ ป้องกันแห่งประเทศไทย, 4(3), 194-207.
- นันทวัน ศรีสุวรรณ. (2550). พฤติกรรมสุขภาพสำหรับทำนายระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลสมุทรปราการ (พิมพ์ครั้งที่ 1), สมุทรปราการ : สถาบันวิทยบริการจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พานิช แกมนิล. (2553). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. วันที่สืบค้น 24 มีนาคม 2564, เข้าถึงได้จาก digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/52920864/title.pdf.
- สิริประภา กลั่นกลืนและคณะ. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์ (พิมพ์ครั้งที่ 1), นครสวรรค์ : วารสารสุขศึกษา เล่มที่ 127.
- สุวัฒนา ค่านคร และคณะ. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน จังหวัดชลบุรี. วันที่สืบค้น 25 มีนาคม 2563, เข้าถึงได้จาก : http://tdc.thailis.or.th/tdc/dccheck.php?Int_code=146&Recid=25&obj_id=313&showmenu=no.
- อภิญญา บ้านกลาง อุดมลักษณ์ ดวงขุนมาตย์ และคณะ. (2554). ทศนคติด้านการป้องกันโรคเบาหวาน ของพนักงานราชการ และรัฐวิสาหกิจที่มีภาวะก่อนเบาหวานในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วันที่สืบค้น 25 มีนาคม 2564, เข้าถึงได้จาก <https://odpc7.ddc.moph.go.th/journal/files/06Apinya.pdf>.
- อรทัย วุฒิสเลลา (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดมุกดาหาร ของสาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. วันที่สืบค้น 25 มีนาคม 2564, เข้าถึงได้จาก : http://www.lib.ubru.ac.th/thesis/Orathai_2553/title.pdf.

ปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากร
ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

Factors Affecting Motivation for Work

of Personnel among Suphanburi Provincial Public Health Office

ศิริพร สกุลพราหมณ์

Siriporn Sakulphram

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

Suphanburi Provincial Public Health Office

(Received: April 22, 2022; Revised: August 31, 2022; Accepted: August 31, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ศึกษาระดับของแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากร และปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 410 คน โดย วิธีการสุ่มตัวอย่างเป็นส่วนสุ่มจากจำนวนของบุคลากรในแต่ละหน่วยงาน จำแนกเป็นข้าราชการร้อยละ 49.51 และบุคลากรอื่น ๆ ร้อยละ 50.49 เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม (Questionnaire) วิเคราะห์ข้อมูลด้วย การแจกแจงค่าความถี่ (Frequency) โดยแสดงผลเป็นค่า ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) การเปรียบเทียบระดับปัจจัยจูงใจและปัจจัยก้ำจุนในการทำงานตามตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ใช้การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยด้วยค่า t-test และ F-test ผลการวิจัยดังต่อไปนี้

ผลการวิจัย พบว่า แรงจูงใจในการทำงานของบุคลากรภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 93.98 S.D. = 9.51) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ความสำเร็จในการทำงาน, ความรับผิดชอบในหน้าที่, การได้รับความยอมรับนับถือและลักษณะของงานที่ปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก ส่วนความก้าวหน้าในการทำงาน มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยก้ำจุนในการทำงานของบุคลากรภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 127.59 S.D. = 14.80) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน, วิธีปกครองบังคับบัญชา, สภาพในการทำงาน, นโยบายและการบริหาร, ความมั่นคงในการทำงาน อยู่ในระดับมาก คือส่วนด้านสถานะทางอาชีพ (สวัสดิการ), เงินเดือน ค่าตอบแทน อยู่ในระดับปานกลาง ลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการทำงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน สายงาน เงินเดือน และสถานภาพสมรส ไม่มีผลต่อแรงจูงใจในการทำงาน ยกเว้นลักษณะส่วนบุคคลด้านสายงานที่ปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน มีผลต่อระดับปัจจัยก้ำจุนในการทำงานที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

คำสำคัญ: แรงจูงใจในการทำงาน, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี, บุคลากร

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding Author : Jear133@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-8577026)

Abstract

This descriptive research aimed to study the level of employee motivation. And Factors affecting motivation for work of personnel among Suphanburi Provincial Public Health Office. The sample consisted of 410 personnel among the Suphanburi Provincial Public Health Office. By the sampling method, the proportion of the number of personnel in each department 49.51% were classified as civil servants and 50.49% were other personnel. Data were collected using questionnaires to collect data. Coefficient according to Cronbach method. The coefficient of motivational factors questionnaire was 0.902 and the coefficient of supporting factor was 0.948. The statistics used in the data analysis. The frequency distribution are shown as percentage, mean and standard deviation. Comparison of the level of motivating factors and supporting factors for working according to personal factor variables. The F-test was used to compare the difference between mean of variables with more than 2 groups. Data were analyzed by using descriptive statistic, t-test, F-test. The research results are as follows.

The results showed that the overall employee's motivation in working was at a high level (Mean = 93.98 S.D. = 9.51). And the nature of the work performed there is a high level. The progress of work There was a moderate level of opinion. And the supporting factors in the work of personnel overall were at a moderate level (Mean = 127.59 S.D. = 14.80). And management, work stability there is a high level. In terms of occupational status (benefits), salary and compensation, was at a moderate level. Personal characteristics of personnel include gender, age, educational level, working status, length of work, line of work, salary and marital status are no effect on motivation to work. Except that the personal characteristics of different lines of work affect the level of support factors in working differently. Statistically significant at 0.05

Keywords: work motivation, Suphanburi Provincial Health Office, personnel

บทนำ

การบริหารงานขององค์กรไม่ว่าจะเป็นองค์กรขนาดเล็กหรือขนาดใหญ่ การพัฒนาทรัพยากรบุคคลถือว่าเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการนำองค์กรไปสู่การบรรลุวิสัยทัศน์ และเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยต้องอาศัยทรัพยากรการบริหารที่สำคัญ 4 ประการ คือ บุคลากร (Man) เงินทุน (Money) วัสดุและอุปกรณ์ (Material) และการจัดการ (Management) ในบรรดาทรัพยากรการบริหารเหล่านี้ทรัพยากรด้าน “บุคลากร” เป็นทรัพยากรที่สำคัญที่สุดในการบริหารงาน เพราะบุคลากร

เป็นผู้จัดหาและใช้ทรัพยากรบริหารอื่น ๆ คือ เงินทุน วัสดุและอุปกรณ์ ตลอดจนดำเนินการจัดการให้เกิดประสิทธิภาพได้

การส่งเสริมให้เกิดความผูกพันต่อองค์การหรือองค์กรจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญก่อให้เกิดผลประโยชน์ในฐานะที่บุคลากรเป็นกำลังสำคัญขององค์การ จึงจำเป็นต้องหาหนทางส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้สึกมั่นคงในการทำงาน (Sense of Security) เพื่อส่งเสริมให้การบริหารงานขององค์การดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์ ดังนั้น หากบุคลากรได้รับแรงจูงใจในการทำงานที่เหมาะสม บุคลากรก็จะทุ่มเทกำลังและสติปัญญา เสียสละกำลังกาย อุทิศเวลาให้กับการทำงาน ทำให้การปฏิบัติงานขององค์การ มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จึงถือว่าแรงจูงใจในการทำงานส่งผลต่อความผูกพันขององค์การ (วรรณ อารณ, 2557: 1-2)

จากข้อมูลสูญเสียของข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี โดยการลาออกตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 - 2564 จำนวน 81, 93 และ 73 คน ตามลำดับ รวมทั้งสิ้น 247 คน (ที่มา : กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี) จึงก่อให้เกิดปัญหาการขาดบุคลากรในการปฏิบัติงานของแต่ละหน่วยบริการ ผู้ศึกษาจึงเล็งเห็นความสำคัญที่จะทำการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งจากการทบทวนทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาวิเคราะห์จากการนำทฤษฎีสองปัจจัย (Two Factors Theory) ของ Frederick Herzberg ประกอบด้วย ปัจจัยจูงใจ (Motivational Factors) และปัจจัยค้ำจุน (Hygiene Factors) (Herzberg 1959: 113-115 อ้างใน สุขกมล ทรัพย์ดีมงคล, 2553: 39-40) ใช้เป็นกรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้แนวทางในการแก้ไขปัญหา และกำหนดนโยบายเพื่อเพิ่มขีดความสามารถของกระบวนการจัดการบริหารทรัพยากรบุคคลต่อไป

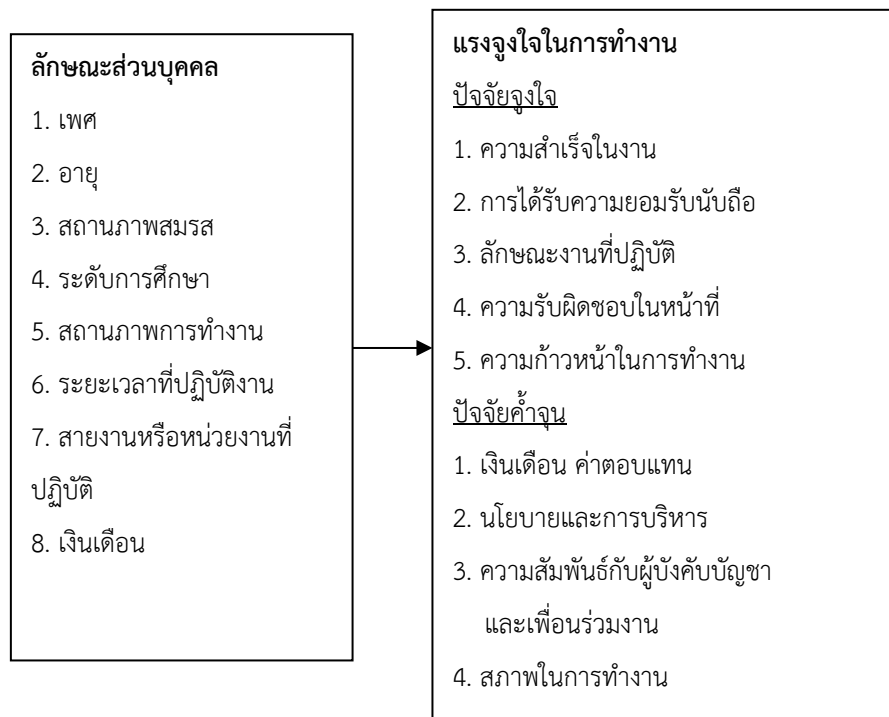
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับของแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

สมมติฐาน

1. ลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรที่แตกต่างกันมีผลต่อแรงจูงใจในการทำงานต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยแบบเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 5,543 คน (กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี, 2565)

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยสูตรของ Taro Yamane (1973) (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2551, หน้า 114 อ้างในวิชย สีนโหมรัมย์. (2554) ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 373 คน และเพื่อลดปัญหาการตอบแบบสอบถามกลับไม่ครบตามจำนวน จึงสุ่มเพิ่มอีกประมาณร้อยละ 10 ดังนั้น ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ใช้บุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี รวมจำนวน 410 คน เป็นกลุ่มตัวอย่าง สุ่มตัวอย่างเป็นสัดส่วนจากจำนวนของบุคลากรในแต่ละหน่วยงาน จำแนกเป็นข้าราชการ ร้อยละ 49.51 และบุคลากร อื่น ๆ ร้อยละ 50.49 โดยแจกแบบสอบถามครอบคลุมทุกหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม (Questionnaire) โดยพิจารณาจาก ตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม นำมาสร้างเป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามทฤษฎีสองปัจจัย (Two Factors Theory) ของ Frederick Herzberg (Herzberg 1959: 113-115 อ้างใน สุขกมล ทรัพย์ดีมงคล, 2553: 39-40) เกี่ยวกับแรงจูงใจ

ในการทำงาน ด้านปัจจัยจิตใจ และปัจจัยคำจูน และดัดแปลงจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มี 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล มีลักษณะข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ รวมจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานภาพการทำงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน สายงานหรือหน่วยงานที่ปฏิบัติ และเงินเดือน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแรงจูงใจในการทำงาน ประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือปัจจัยจิตใจ มี 5 ด้าน ๆ ละ 5 ข้อ รวมจำนวน 25 ข้อ ได้แก่ ความสำเร็จในการทำงาน การได้รับความยอมรับนับถือ ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ ความรับผิดชอบในหน้าที่ และความก้าวหน้าในการทำงาน มีคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ให้เลือกตอบคือ น้อยที่สุด = 1, น้อย = 2, ปานกลาง = 3, มาก = 4 และมากที่สุด = 5 ในการแปลผลคะแนนใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยของ Best (1997) อ้างในวรรณภา อารณ. 2557 แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ค่าคะแนน 91.67 - 125.00 หมายถึง ระดับมาก

ค่าคะแนน 58.34 - 91.66 หมายถึง ระดับปานกลาง

ค่าคะแนน 25.00 - 58.33 หมายถึง ระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยคำจูนในการทำงาน ทั้ง 7 ด้านๆ ละ 5 ข้อ รวมทั้งสิ้น 35 ข้อ โดยแยกแต่ละด้าน ได้แก่ เงินเดือน นโยบายและการบริการ ความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงาน สภาพในการทำงาน วิธีปกครองบังคับบัญชา สถานะทางอาชีพ (สวัสดิการ) ความมั่นคงในการทำงาน มีคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ให้เลือกตอบคือ น้อยที่สุด = 1, น้อย = 2, ปานกลาง = 3, มาก = 4 และมากที่สุด = 5 ในการแปลผลคะแนนใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยของ Best (1997) อ้างในวรรณภา อารณ. 2557 แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ค่าคะแนน 128.34 - 175.00 หมายถึง ระดับมาก

ค่าคะแนน 81.67 - 128.33 หมายถึง ระดับปานกลาง

ค่าคะแนน 35.00 - 81.66 หมายถึง ระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน

2. การตรวจหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสุพรรณบุรี (จะไม่นำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย) ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) รวมทั้งฉบับได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.907

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ถึงผู้บริหารของหน่วยงานในทุกอำเภอ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย
2. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแจกแบบสอบถามให้กับหน่วยงานทุกแห่งในสังกัดผ่านผู้ประสานงานของแต่ละหน่วยงาน จำนวน 410 ชุด แล้วรวบรวมแบบสอบถามกลับคืนภายใน 2 สัปดาห์ โดยได้แบบสอบถามกลับคืน ครบจำนวน 410 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) และค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
2. ใช้สถิติเปรียบเทียบระดับปัจจัยเชิงใจและปัจจัยจำแนกใน การทำงานตามตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลโดยการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยด้วย t-test หรือ F-test

จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี กระทรวงสาธารณสุข เอกสารรับรองเลขที่ 6/2565 ลงวันที่ 10 มีนาคม 2565 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1-15 เมษายน 2565

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.90 มีอายุระหว่าง 32-45 ปี ร้อยละ 37.60 อายุเฉลี่ย 38.69 ปี (S.D. = 10.53) สถานภาพสมรส ร้อยละ 51.20 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 62.20 สถานภาพการทำงาน เป็นข้าราชการ ร้อยละ 49.50 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน มากกว่า 5 ปี 1 เดือน – 10 ปี ร้อยละ 24.10 สายงาน ด้านบริการ ร้อยละ 36.00 มีรายได้ต่ำกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 36.80 และส่วนใหญ่หน่วยที่ปฏิบัติงาน คือ โรงพยาบาล ร้อยละ 62.40

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามระดับปัจจัยเชิงใจในการทำงาน (n = 410)

ระดับปัจจัยเชิงใจ	จำนวน	ร้อยละ
น้อย	2	0.50
ปานกลาง	125	30.50
มาก	283	69.00
$\bar{X} = 93.98$ S.D. = 9.51	MIN = 53	MAX = 125

จากตารางที่ 1 พบว่า บุคลากรมีระดับปัจจัยเชิงใจในการทำงานอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 69.00 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 30.50 และระดับน้อย ร้อยละ 0.50 โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 93.98 คะแนน (S.D. = 9.51)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของปัจจัยค้ำจุนในการทำงานของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามระดับปัจจัยค้ำจุน (n = 410)

ระดับปัจจัยค้ำจุน	จำนวน	ร้อยละ
น้อย	3	0.70
ปานกลาง	194	47.30
มาก	213	52.00
$\bar{X} = 127.59$ S.D. = 14.80	MIN = 66	MAX = 170

จากตารางที่ 2 พบว่า บุคลากรมีระดับปัจจัยค้ำจุนในการทำงานระดับอยู่ในระดับคะแนนมาก ร้อยละ 52.00 ระดับปานกลาง ร้อยละ 47.30 และระดับน้อย ร้อยละ 0.70 มีคะแนนเฉลี่ย 127.59 คะแนน

ตารางที่ 3 ความแตกต่างของปัจจัยจูงใจในการทำงานของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน

	Sum Squares	Of df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1684.170	3	561.390	6.452	<.001*
Within Groups	35323.742	406	87.004		
Total	37007.912	409			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 3 พบว่า บุคลากรที่มีลักษณะส่วนบุคคลด้านหน่วยงานที่ปฏิบัติงานที่แตกต่างกันมีผลต่อระดับปัจจัยจูงใจในการทำงานที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปัจจัยจูงใจในการทำงานของบุคลากร ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน

หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน	สสจ.	รพ.	สสอ.	รพ.สต.
$\bar{X}$	96.6000	92.4180	96.1579	96.7525
สสจ.	96.6000	4.1820	0.4421	-0.1524
รพ.	92.4180		-3.7399	-4.3345*
สสอ.	96.1579			-0.59458
รพ.สต.	96.7525			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีปัจจัยจูงใจในการทำงานที่ดีกว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

ตารางที่ 5 ความแตกต่างของปัจจัยค้ำจุนในการทำงานของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน

	Sum Squares	Of df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	2372.268	3	790.756	3.678	0.012*
Within Groups	87284.522	406	214.987		
Total	89656.790	409			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 5 พบว่า ลักษณะส่วนบุคคลด้านหน่วยงานที่ปฏิบัติงานที่แตกต่างกันมีผลต่อระดับปัจจัยค้ำจุนในการทำงานที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปัจจัยค้ำจุนในการทำงานของบุคลากร ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน

หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน	$\bar{X}$	สสจ.	รพ.	สสอ.	รพ.สต.
		129.2667	125.7539	130.0526	131.0891
สสจ.	129.2667		3.5127	-0.7859	-1.8224
รพ.	125.7539			-4.2987	-5.3352*
สสอ.	130.0526				-1.0364
รพ.สต.	131.0891				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 6 พบว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีปัจจัยค้ำจุนในการทำงานที่ดีกว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

อภิปรายผล

ผู้วิจัยของอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

ปัจจัยที่มีผลต่อแรงงูใจในการทำงานของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ผลการศึกษา พบว่า

1. ปัจจัยงูใจในการทำงานของบุคลากรภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ความสำเร็จในการทำงาน, ความรับผิดชอบในหน้าที่, การได้รับความยอมรับนับถือและลักษณะของงานที่ปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก ส่วนความก้าวหน้าในการทำงาน อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วิชัย สีนโตร์มย์ (2554) ซึ่งได้ทำการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อแรงงูใจของข้าราชการธุรการสำนักงานอัยการสูงสุดในส่วนกลาง ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยงูใจในการทำงานของข้าราชการธุรการสำนักงานอัยการสูงสุดในส่วนกลาง ภาพรวมอยู่ในระดับมาก และ ธเนศ เหลืองวิริยะแสง (2550) ได้ทำการวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อแรงงูใจในการทำงานของพนักงานบริษัทวิศวกรรมก่อสร้างนอกชายฝั่งแห่งหนึ่ง ซึ่งผลการวิจัย พบว่า พนักงานบริษัทวิศวกรรมก่อสร้างนอกชายฝั่งแห่งหนึ่งมีแรงงูใจใน

การทำงานในภาพรวมอยู่ในระดับดี และ กิตติวัฒน์ ฅมยา (2553) ได้ทำการวิจัยเรื่องแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร ฝ่ายกลยุทธ์และวางแผน สายออกบัตรธนาคาร ธนาคารแห่งประเทศไทย ซึ่งผลการวิจัยพบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรฝ่ายกลยุทธ์และวางแผนสายออกบัตรธนาคาร ธนาคารแห่งประเทศไทยมีแรงจูงใจอยู่ในระดับมาก สามารถจำแนกรายละเอียด ดังนี้

1.1 ด้านความสำเร็จในการทำงาน ผลการศึกษา พบว่า อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เป็นเพราะบุคลากรได้รับความไว้วางใจและความเชื่อมั่นในความสามารถในการทำงานจากหัวหน้างาน และการเลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่งมีการพิจารณาจากความสำเร็จในการทำงาน ส่งผลให้บุคลากรสามารถทำงานที่ได้รับมอบหมายสำเร็จตามเป้าหมาย

1.2 ด้านการได้รับความยอมรับนับถือ ผลการศึกษา พบว่า อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เป็นเพราะบุคลากรได้รับมอบหมายให้ทำงานที่สำคัญ จึงทำให้รู้สึกถึงการได้รับการยอมรับในความสามารถ ความมีตัวตน และเป็นส่วนสำคัญขององค์กร

1.3 ด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติ ผลการศึกษา พบว่า อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เป็นเพราะงานที่บุคลากรได้รับมอบหมายและปฏิบัติอยู่ถึงแม้ว่ามีปริมาณมากและมีกำหนดระยะเวลาที่ยังไม่เหมาะสม แต่มีกระบวนการ รวมไปถึงขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ชัดเจน และเป็นช่วงเปลี่ยนแปลงของนโยบายและการดำเนินงานที่มีเป้าหมายชัดเจนจากส่วนกลางคือกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ลักษณะงานที่ต้องปรับตัว ต้องใช้ความริเริ่มสร้างสรรค์จึงทำให้เป็นสิ่งที่ท้าทายและน่าสนใจ ต้องทำให้สำเร็จตามนโยบาย

1.4 ด้านความรับผิดชอบในงาน ผลการศึกษา พบว่า อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะบุคลากรมีความรู้ความเข้าใจและได้รับมอบหมายงานที่ต้องใช้ความรับผิดชอบสูง รวมถึงได้รับมอบหมายภาระงานที่ตรงกับความรู้ความสามารถ

1.5 ด้านความก้าวหน้าในการทำงาน ผลการศึกษา พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความคิดเห็นของบุคลากรนั้นมีความต้องการที่จะเลื่อนระดับ ความก้าวหน้าค่อนข้างสูงมาก ถึงแม้ว่าองค์กรมีการจัดทำแผนความก้าวหน้าทางสายอาชีพให้บุคลากรได้ทราบถึงโอกาสความก้าวหน้าของตนเองว่าจะต้องทำอย่างไรจึงจะสามารถเลื่อนขั้น เลื่อนตำแหน่งก็ตาม แต่ในความเป็นจริงก็ไม่อาจเลื่อนได้เนื่องจากการติดขัดในส่วนของการปรับอัตราค่าจ้างและเงินงบประมาณ รวมถึงบุคลากรได้พัฒนาตนเองอย่างไรก็ตามที่จะให้สามารถบรรลุตามเป้าหมายที่ตนเองต้องการได้ ก็ยังมีข้อจำกัด

2. ปัจจัยค้ำจุนใน การทำงานของบุคลากรภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน, วิธีปกครองบังคับบัญชา, สภาพในการทำงาน, นโยบายและการบริหาร, ความมั่นคงในการทำงาน อยู่ในระดับมาก คือส่วนด้านสถานะทางอาชีพ (สวัสดิการ), เงินเดือน ค่าตอบแทน อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับกับงานวิจัยของ วิชัย สนิทรัมย์ (2554) ที่ได้ทำการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจของข้าราชการธุรการสำนักงานอัยการสูงสุดในส่วนกลาง ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยค้ำจุนในการทำงานของข้าราชการธุรการ

สำนักงานอัยการสูงสุดในส่วนกลาง ภาพรวมอยู่ในระดับมาก และกิตติพงษ์ ศิริพร (2551) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ปัจจัยแรงจูงใจที่มีผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของพนักงานระดับปฏิบัติการ : กรณีศึกษาโรงงานผลิตรถยนต์ จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยแรงจูงใจภายในของพนักงานระดับปฏิบัติการโดยรวม อยู่ในระดับมาก และธเนศ เหลืองวิริยะแสง (2550) ได้ทำการวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการทำงานของพนักงานบริษัทวิศวกรรมก่อสร้างนอกชายฝั่งแห่งหนึ่ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแรงจูงใจในการทำงานของพนักงานบริษัทวิศวกรรมก่อสร้างนอกชายฝั่งแห่งหนึ่ง ซึ่งผลการวิจัยพบว่า พนักงานบริษัทวิศวกรรมก่อสร้างนอกชายฝั่งแห่งหนึ่งมีแรงจูงใจในการทำงาน ในภาพรวมอยู่ในระดับดี สามารถจำแนกรายละเอียด ดังนี้

2.1 ด้านเงินเดือน ค่าตอบแทน ผลการศึกษา พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เป็นเพราะ การพิจารณาปรับขึ้นเงินเดือนที่ไม่เหมาะสมกับผลงาน และอัตราเงินเดือนที่บุคลากรได้รับอยู่ในปัจจุบันไม่สอดคล้องกับคุณวุฒิและสภาพเศรษฐกิจในซึ่งมีค่าครองชีพที่สูงขึ้น รวมทั้งค่าตอบแทน เมื่อเปรียบเทียบกับหน่วยงานอื่นในชั่วโมงการทำงานที่เท่ากันก็แตกต่างกัน งบประมาณที่ถูกจำกัด และไม่สอดคล้องกับภาระงานที่มีปริมาณมาก การค้างจ่ายค่าตอบแทนในหน่วยบริการที่ไม่เหมาะสมในแต่ละวิชาชีพและการค้างจ่ายค่าตอบแทนในอดีตที่ผ่านมา

2.2 ด้านนโยบายและการบริหาร ผลการศึกษา พบว่า อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ การบริหารงานมีการดำเนินการตอบสนองให้เป็นไปตามยุทธศาสตร์ที่ส่วนกลางกำหนดไว้ อีกทั้งผู้บริหารมีการชี้แจงนโยบายการดำเนินงานและโครงสร้างการบริหารงานที่ชัดเจนแก่บุคลากร รวมถึงการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการทำงานของบุคลากรในส่วนต่าง ๆ ที่ถูกต้องเหมาะสม มีการกำหนดแผนพัฒนาระยะยาว 20 ปี (MOPH 4.0 และ Thailand 4.0)

2.3 ด้านความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน ผลการศึกษา พบว่า อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ บุคลากรสามารถเข้าถึงหัวหน้างานได้ดี เพื่อที่จะขอคำปรึกษาในการทำงาน รวมถึงการได้รับความดูแลเอาใจใส่ในการช่วยแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในการทำงาน บุคลากรในหน่วยงานทำงานเป็นทีม โดยยึดแนวทางร่วมคิดร่วมทำ และร่วมรับผิดชอบ มีความสามัคคีกัน ให้การช่วยเหลือเพื่อนร่วมงานเมื่อได้รับความเดือดร้อนซึ่งส่วนมากเป็นการช่วยเหลือในหน้าที่การงานปฏิบัติเป็นประจำ

2.4 ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน ผลการศึกษา พบว่า อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ องค์กรมีสถานที่ในการทำงาน เช่น ห้องทำงาน แสง และเสียง อุปกรณ์เครื่องมือสำหรับการทำงาน สภาพแวดล้อมสถานที่ทำงานสวยงาม น่าอยู่ น่าทำงานและระบบรักษาความปลอดภัยในด้านต่าง ๆ มีความเหมาะสม

2.5 ด้านวิธีการปกครองบังคับบัญชา ผลการศึกษา พบว่า อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ หัวหน้างานมีความรู้ความสามารถในการบริหารงาน มีลักษณะของความเป็นผู้นำที่ปรารถนา หัวหน้างานสามารถแก้ไขปัญหาความขัดแย้งในหน่วยงานได้อย่างเหมาะสม รวมถึงเปิดโอกาสให้บุคลากรได้ร่วมแสดงความคิดเห็นในการทำงาน และมีความยุติธรรมในการประเมินผลการปฏิบัติงาน

2.6 ด้านสถานะทางอาชีพ (สวัสดิการ) ผลการศึกษา พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะ สวัสดิการและผลประโยชน์ต่าง ๆ ที่บุคลากรได้รับไม่เพียงพอต่อความจำเป็นในการครองชีพรวมถึงการดูแลใส่ใจความเป็นอยู่ของบุคลากรยังไม่มีที่เหมาะสม (ให้ความเอาใจใส่เรื่องงานมากกว่าเรื่องความเป็นอยู่ส่วนตัว) แต่ไม่มีความคิดเห็นจะเรียกร้องสวัสดิการเพิ่มเติม เนื่องจากเป็นระบบราชการที่ได้กำหนดสวัสดิการไว้ให้ตามระเบียบแล้ว

2.7 ด้านความมั่นคงในการทำงาน ผลการศึกษา พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะ กลุ่มตัวอย่างที่ได้เป็นการกระจายระหว่างกลุ่มข้าราชการ พนักงานกระทรวง และลูกจ้างชั่วคราว ซึ่งมีบุคลากรดังกล่าวยังไม่ได้บรรจุเข้ารับราชการมีเพียงแต่สถานะพนักงานกระทรวง ถึงแม้ว่าจะปฏิบัติงานให้บริการที่โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสายงานบริการก็ตาม จึงปรากฏว่ามีบุคลากรอยู่ในระดับคะแนนมากและปานกลางเท่าๆ กัน ร้อยละ 47.80 ถึงแม้ว่าจะเป็นองค์กรของภาครัฐก็ตาม แต่สถานะของบุคลากรในหน่วยงานที่ไม่มั่นคงจึงส่งผลทำให้บุคลากรมีความรู้สึกมั่นคงในอาชีพการงานระดับปานกลาง

ลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลต่อแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

จากการทดสอบสมมติฐานเพื่อค้นหาปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลต่อแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ไม่มีปัจจัยส่วนบุคคลใดมีความสัมพันธ์กับปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนในการทำงานของบุคลากร นอกจากปัจจัยด้านสายงานที่ปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับปัจจัยค้ำจุนในการทำงาน

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลที่ไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนในการทำงานของบุคลากร ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ได้พบทวนมา อาจจะเป็นเนื่องจากค่าคะแนนระดับความคิดเห็นในเรื่องของปัจจัยจูงใจของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 69.00 รองลงมาเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 30.50 ทำให้การวิเคราะห์ไม่พบความสัมพันธ์ในปัจจัยที่แตกต่างดังกล่าว ในส่วนของปัจจัยค้ำจุนในการทำงานก็เช่นกัน อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 52.00 รองลงมาเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 47.30 ซึ่งความแตกต่างของระดับความคิดเห็นไม่แตกต่างกันมากนัก จึงทำให้ผลการวิเคราะห์ไม่พบความสัมพันธ์

ส่วนปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลด้านหน่วยงานที่ปฏิบัติงานที่แตกต่างกันมีผลต่อระดับปัจจัยจูงใจในการทำงานที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนด สอดคล้องกับงานวิจัยของอมรภพ อะมริต (2552) ได้ทำการวิจัยเรื่องการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ศึกษาเฉพาะกรณีบริษัทสามมิตรมอเตอร์สแมนูแฟคเจอร์ จำกัด (มหาชน) ที่มีปัจจัยชีวสังคมที่แตกต่างกันในด้านส่วนงานที่ปฏิบัติ จะมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน และเมื่อยอมรับสมมติฐานหลักจะต้องทำการเปรียบเทียบต่อไป พบว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความน่าจะเป็นที่มีปัจจัยจูงใจในการทำงานที่ดีกว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล อาจจะ

เนื่องจากภาระงานและปริมาณงานในการให้บริการในโรงพยาบาลที่ต้องให้บริการกับประชาชนจำนวนมากนั้น ส่งผลให้ค่าคะแนนเฉลี่ยของบุคลากรในโรงพยาบาลน้อยกว่าในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีภาระงานและปริมาณงานที่น้อยกว่า ทำให้แรงจูงใจในการทำงานแตกต่างกันในหน่วยงานที่ปฏิบัติดังกล่าว ซึ่งพบลักษณะเดียวกันนี้ ในกรณีของปัจจัยค้ำจุนในการทำงานของบุคลากรเช่นกัน

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษา พบว่า ภาพรวมของปัจจัยจูงใจในการทำงานของบุคลากรภาพรวมอยู่ในระดับมากใจและปัจจัยค้ำจุนในการทำงานของบุคลากรภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นผู้ศึกษาจึงนำผลจากการศึกษาในครั้งนี้มาเป็นข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนา ปรับปรุงแก้ไข และสนับสนุน เพื่อให้เกิดประโยชน์และประสิทธิภาพในการทำงานของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ดังนี้

ด้านปัจจัยจูงใจในการทำงาน

เรื่องปัจจัยจูงใจในการทำงานจำแนกเป็นรายด้านพบว่าปัจจัยที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากถึง 4 ด้าน มีเพียงปัจจัยด้านความก้าวหน้าในการทำงานเพียงด้านเดียวที่มีระดับปานกลาง ดังนั้น หน่วยงานมีความจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมปัจจัยด้านนี้เป็นลำดับแรก โดยพิจารณาเป็นรายข้อประกอบในปัจจัยด้านนี้ เพื่อให้พัฒนาปัจจัยด้านความก้าวหน้าส่งผลต่อการพัฒนาแรงจูงใจต่อไปดังนี้

1. หน่วยงานให้การสนับสนุนบุคลากรทุกระดับในหน่วยงานในการพัฒนาความรู้ความสามารถ เช่น การศึกษาต่อทั้งแบบลาศึกษาต่อเต็มเวลาและภาคพิเศษ ส่งบุคลากรประเภทต่าง ๆ ทั้งเข้ารับฝึกอบรมหลักสูตรที่มีความจำเป็นต่อการนำมาพัฒนาหน่วยงาน เปิดโอกาสให้บุคลากรเข้าร่วมสัมมนาในสาขาต่าง ๆ ที่จะนำมาพัฒนาหน่วยงานให้เป็นรูปธรรม
2. รวบรวมข้อมูลบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถจำแนกตามสาขาอย่างเป็นระบบและส่งเสริมให้บุคลากรเหล่านั้นได้มีการพัฒนางานโดยใช้องค์ความรู้ที่ได้รับการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรม และจัดให้มีการนำเสนอ เผยแพร่การพัฒนาเรื่องนั้น ๆ ในหน่วยงาน
3. หน่วยงานส่งเสริมการตัดสินใจเลื่อนขั้นหรือตำแหน่งมาจากการเลือกคนที่มีความสามารถ ที่เหมาะสม โปร่งใส ตรวจสอบได้ โดยแสดงให้เห็นถึงผลงานของบุคลากรนั้นเชิงประจักษ์

ด้านปัจจัยค้ำจุนในการทำงาน

ปัจจัยค้ำจุนในการทำงานจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าปัจจัยที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากถึง 5 ด้าน มีเพียง 2 ปัจจัย คือ ด้านสถานะทางอาชีพ (สวัสดิการ) และด้านความมั่นคงในการทำงาน ที่อยู่ในระดับปานกลาง หน่วยงานจึงต้องส่งเสริมปัจจัยทั้งสองด้านนี้ โดยพิจารณาเป็นรายข้อประกอบในปัจจัยด้านนี้ เพื่อให้พัฒนาปัจจัยด้านความก้าวหน้าส่งผลต่อการพัฒนาแรงจูงใจต่อไปดังนี้

1. หน่วยงานควรจัดสวัสดิการและผลประโยชน์ในด้านอื่น ๆ ให้เพียงพอการครองชีพและสภาพเศรษฐกิจในปัจจุบันเพื่อให้สุขภาพชีวิตของบุคลากรดีขึ้น และส่งผลให้บุคลากรมีความสุขและ

จะทุ่มเทกับการทำงานให้มากยิ่งขึ้น เช่น การช่วยเหลือด้านค่าที่พักอาศัย ค่าเดินทางกรณีที่บุคลากรต้องกลับตึกเนื่องจากได้รับมอบหมายภารกิจ หรือสวัสดิการด้านอาหารกลางวันราคาถูกของบุคลากร เป็นต้น

2. หน่วยงานควรจัดกิจกรรมส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้สึกถึงความมั่นคงในการทำงาน ถึงแม้ว่าจะมีสถานะไม่ใช่ข้าราชการก็ตาม โดยจะร่วมกับกิจกรรมที่ส่งเสริมปัจจัยด้านอื่น ๆ ประกอบด้วย เช่น สวัสดิการ ความสัมพันธ์ของบุคลากร การปกครองบังคับบัญชา ความเป็นธรรม การบริหารงาน นโยบายหน่วยงาน บรรยากาศองค์กร ทำให้บุคลากรมีคุณค่า มีเกียรติซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจ เป็นต้น

3. หน่วยงานควรพิจารณาปรับปรุงในเรื่องของค่าตอบแทนให้เหมาะสม เช่น จัดให้มีเงินรางวัลพิเศษอื่น ๆ เพื่อเป็นแรงจูงใจให้บุคลากรมีกำลังใจในการทำงานได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4. หน่วยงานควรเปิดโอกาสให้บุคลากรได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและยอมรับความสามารถในการทำงานของบุคลากร เพื่อเป็นแรงกระตุ้นและผลักดันให้บุคลากรได้พัฒนาตนเอง และส่งเสริมสนับสนุนหัวหน้างานถึงวิธีการการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งให้เหมาะสม เพื่อบุคลากรจะได้รู้สึกถึงความโปร่งใสและยุติธรรม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) เพื่อศึกษาในประเด็นด้านแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากร ในสถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้มอันใกล้

2. ควรศึกษาเปรียบเทียบเชิงการวิเคราะห์หรือรูปแบบที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขระดับผู้บริหารและปฏิบัติงาน

References

- กิตติวัฒน์ ถมยา. (2553). แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร ฝ่ายกลยุทธ์และวางแผน สายออกบัตรธนาคาร. ธนาคารแห่งประเทศไทย.
- โชติกา ระโส. (2555). แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์. ปรียญา นิพนธ์หลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการอุดมศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ณัฐชัย วงศ์ศุภลักษณ์. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานกับความผูกพันในองค์กรของพนักงานเขตการเดินรถที่ 1 องค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ. หลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- ธัญทิพย์ ภิญญชัยอนันต์. (2553). แรงจูงใจในการทำงานของบุคลากรในองค์การและระดับความผูกพันต่อองค์การ กรณีศึกษา บริษัทสกลนคร โอเอ แอนด์ คอมพิวเตอร์ จำกัด. สารนิพนธ์หลักสูตรพัฒนาชุมชนมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- นพดล พันธุ์อารีย์. (2554). แรงจูงใจในการปฏิบัติงานกับผลลัพธ์การดำเนินงานของกองกำกับการ 2 กองบังคับการอารักขาและควบคุมฝูงชน กองบัญชาการตำรวจนครบาล. สารนิพนธ์หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกริก.
- วรรณภา อวรณ์. (2557). แรงจูงใจในการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กรของข้าราชการรัฐสภาระดับปฏิบัติงาน สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกริก.
- วิชัย สีนโหมรัมย์. (2554). ปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการทำงานของข้าราชการธุรการสำนักงานอัยการสูงสุดในส่วนกลาง. หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารรัฐกิจ สาขาวิชาวิทยาการจัดการ, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สรยา มหากณานนท์. (2551). แรงจูงใจในการทำงานที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของครูในโรงเรียนสารสาสน์วิเทศบางบอน. วิทยานิพนธ์หลักสูตรบริหารรัฐกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการทั่วไป มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร.
- สุขกมล ทรัพย์ดีมงคล. (2553). มาตรฐานความสำเร็จด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล HR Scorecard กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สำนักงานสรรพากรเขตพื้นที่ 21. สารนิพนธ์หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกริก.

การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน
ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

The Elderly Health Care through Participation
in the Community under the Epidemic of the Coronavirus 2019 (COVID-19)

กนกพร สมพร^{1*}, นพดล ทองอร่าม²

Kanokporn Somporn^{1*}, Nopadol Thongaram²

สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา¹

สาขาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยชุมชนปัตตานี สถาบันวิทยาลัยชุมชน²

Public Health Program, College of Allied Health Sciences, Suan Sunandha Rajabhat University¹

Community of Public Health Program, Pattani Community College²

(Received: April 2, 2022; Revised: August 25, 2022; Accepted August 31, 2022)

บทคัดย่อ

ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรทำให้ประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2564 คาดประมาณการในปี พ.ศ. 2568 ผู้สูงอายุไทยจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 20 หรือมีจำนวนถึง 14.5 ล้านคน และจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด ปัญหาของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดจากความชรา เซลล์ เนื้อเยื่อ อวัยวะต่าง ๆ เสื่อมลงตามธรรมชาติ และมักทำให้เกิดโรคในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเมเรียม อัมพฤกษ์/อัมพาต เป็นต้น และยังต้องประสบกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่เป็นวิกฤติที่ทั่วโลก และผู้สูงอายุเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว และอาจส่งผลให้อาการรุนแรงมากกว่ากลุ่มวัยอื่น ๆ ซึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุ และตัวผู้สูงอายุ ต้องมีความรู้ความเข้าใจการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (Health care in the Ageing) ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเพื่อเพิ่มความสุขของชีวิตและควมมีคุณค่าของตนเองด้วยกิจกรรม 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียด ซึ่งการจะทำให้กระบวนการดังกล่าวสมบูรณ์ได้นั้นต้องอาศัยภาคีเครือข่ายทางสังคมเป็นผู้สนับสนุนให้เกิดการมีสุขภาพดี โดยเฉพาะชุมชนที่ผู้สูงอายุอยู่อาศัย การช่วยเหลือเกื้อกูลจะช่วยส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนและสังคม ให้สามารถพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองซึ่งเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในปัจจุบันและอนาคต

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, การดูแลสุขภาพ, โควิด-19, การมีส่วนร่วมของชุมชน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding Author : kanokporn.so@ssru.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 086-3629151)

Abstract

Thailand has changed its population structure, becoming an aged society in 2021. It is expected that Thailand will become a super-aged society by 2025, where those 60 or older make up 20% of the total population or estimated 14.5 million people. Most of the problems faced by the elderly is aging. The body's cells, tissues, and organs naturally lose their ability to function. These cause geriatric diseases namely diabetes, high blood pressure, heart disease, stroke, cancer, paralysis / paralysis, etc. Also, the elderly face the pandemic of the coronavirus disease 2019 situation (Covid-19), the global crisis. The elderly are at high risk from Covid-19 because they have medical condition and are more likely to develop serious illness than other age groups. Elderly caregivers and the elderly must gain knowledge and understanding of Health care in the aging which will promote health behaviors of individuals to increase well-being and self-worth through 6 activities namely health responsibilities, physical activity, nutrition, interpersonal relations, spiritual development and stress management. To complete this process requires social partnership networks, especially in the communities where the elderly live to promote good health. Consequently, the elderly in the community and society are able to develop the potential of self-care, which is very important in the current and future situation of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic.

Keywords: Elderly, Health Care, COVID-19, Participation in the Community

บทนำ

การเปลี่ยนโครงสร้างประชากรวัยสูงอายุในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาของประชากรในประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปตามโครงสร้างของประชากรโลก ประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2564 (วงเดือน คลื่นแก้ว และคณะ, 2559) ซึ่งมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 ผู้สูงอายุไทยจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 20 หรือมีจำนวนถึง 14.5 ล้านคน และจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Complete-aged society) ในปี พ.ศ. 2579 (อารียา สอนบุญ และคณะ, 2562) ซึ่งจากสถานการณ์ดังกล่าว ต้องมีการเตรียมความพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสังคมทางประชากร ที่ส่งผลต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่รวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งรัฐบาลมีความตระหนักถึงความสำคัญของประเด็นปัญหาผู้สูงอายุมานานกว่า 20 ปี ดังปรากฏในรัฐธรรมนูญ ปี พ.ศ. 2540 โดยมีการระบุถึงภารกิจที่จะต้องให้ความสำคัญต่อการดูแลประชากรผู้สูงอายุ รวมถึงการจัดทำปฏินญาผู้สูงอายุไทย ในปี พ.ศ. 2542 จากแนวความคิดที่หลากหลายมาใช้เพื่อออกแบบสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การใช้กระบวนการทางสังคม หรือการสนับสนุนทางสังคม (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2559) ทำให้เกิด

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในเครือข่ายทางสังคมที่อาจทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีขึ้น หรือการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (อมร สุวรรณนิมิต และคณะ, 2560) ซึ่ง ปัญหาของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เกิดจากความชรา เซลล์ เนื้อเยื่อ อวัยวะต่าง ๆ เสื่อมลงตามธรรมชาติ และมักทำให้เกิดโรคในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง อัมพฤกษ์/อัมพาต เป็นต้น (จินณณิชา พงษ์ดี และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, 2558)

ปัจจุบันสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ยังเป็นวิกฤติที่ทั่วโลกกำลังได้รับผลกระทบอย่างมากตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2562 จากรายงานสถานการณ์ในปัจจุบันของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการรายงานเชื้อ SARS-CoV-2 หลายสายพันธุ์ที่กลายพันธุ์ไปจากเดิม มีการแพร่ระบาดได้ไวมากขึ้นและอาจทำให้มีอาการรุนแรงขึ้นรวมถึงอาจมีผลต่อประสิทธิภาพของวัคซีนโควิด และผู้สูงอายุถือเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคซึ่งส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จึงทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย การรับวัคซีนที่ยังไม่ครอบคลุมก็จะทำให้ผู้สูงอายุเมื่อติดโรคแล้วมีอาการรุนแรงมากกว่ากลุ่มวัยอื่น ๆ (สรลาลี สนธิจันทร์ และวิรัตน์ สนธิจันทร์, 2564) ดังนั้นเมื่อพิจารณาจากสภาพร่างกายและความเสื่อมถอยตามธรรมชาติของผู้สูงอายุ รวมถึงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ผู้เขียนมีความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในสภาวะการณ์ของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค (Next Normal) ดังกล่าว การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน จะทำให้เกิดความเข้มแข็งจากพลังทางสังคมในด้านสุขภาพภาคประชาชน โดยบทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอ แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลกระทบกับผู้สูงอายุจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนกับแนวทางการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในผู้สูงอายุ

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลก (2010) ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่ามีอายุระหว่าง 60 - 70 ปี คนชราที่มีอายุระหว่าง 75 -90 ปี และคนชราที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไป ดังนั้นเพื่อให้เกิดความเข้าใจในความหมายของผู้สูงอายุเหมือนกันอาจกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุเริ่มต้นที่อายุ 60 ปีขึ้นไป และเกิดความเปลี่ยนแปลงในสภาพการดำรงชีวิตทั้งด้านภาวะสุขภาพ จิตใจ สังคม อันเนื่องมาจากการเกิดความเสื่อมถอยของร่างกายและจิตใจซึ่งความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องการการดูแลเอาใจใส่จากสังคมเพื่อตอบสนองต่อคุณภาพชีวิตที่ดี (รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์, 2559) การจำแนกประเภทของผู้สูงอายุสามารถจำแนกประเภทของผู้สูงอายุตามศักยภาพจากการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living: ADL) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน จำแนกออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้ (ยุทธนา พูนพานิช และแสงนภา อุทัยแสงไฟบุลย์, 2557) ได้แก่ กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม (Social Bound) กลุ่มที่ 2

กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน (Home Bound) และกลุ่มที่ 3 กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง (Bed Bound) (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564) สามารถอธิบายรายละเอียดได้ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม (Social Bound) คือ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี ดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างอิสระสามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้เป็นผู้มีสุขภาพทั่วไปดี ไม่มีโรคเรื้อรัง หรือเป็นเพียงผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือเป็นผู้ที่มีโรคเรื้อรัง 1 - 2 โรค ที่ยังสามารถควบคุมโรคได้ หรือเป็นผู้ที่มีภาวะเสี่ยงหรือผู้สูงอายุที่มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป เป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ช่วยเหลือผู้อื่นและสังคม ชุมชนได้ เดินขึ้นบันไดได้เองโดยไม่ต้องช่วยเหลือเดินออกนอกบ้านได้ การเคลื่อนไหวเดินตามลำพังบนทางเรียบ การรับประทานอาหารด้วยตนเองการขับถ่ายใช้ห้องสุขาด้วยตนเองได้อย่างเรียบร้อย

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน (Home Bound) คือ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้างหรือต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเพียงบางส่วน การเคลื่อนไหวเดินตามลำพังบนทางเรียบไม่ได้ ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ การรับประทานอาหารต้องการความช่วยเหลือขณะรับประทานอาหาร อาจทำได้แต่เป็นการขับถ่ายต้องการความช่วยเหลือพาไปห้องสุขา เมื่อประเมินผู้สูงอายุจะมีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 - 11 คะแนน

กลุ่มที่ 3 กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง (Bed Bound) คือ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ มีความพิการหรือทุพพลภาพการเคลื่อนไหวย้ายตำแหน่งตัวเองขณะนั่งไม่ได้ ในท่านอนขยับตัวไม่ได้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการเคลื่อนย้าย มีโรคประจำตัวหลายโรคที่ควบคุมไม่ได้ มีการเจ็บป่วยเรื้อรังมานานและมีภาวะแทรกซ้อนของโรคที่เป็นอยู่ การรับประทานอาหารกลืนลำบากแม้ว่าผู้ดูแลจะป้อนอาหารให้ ผู้สูงอายุรับสารอาหารผ่านช่องทางอื่น (งูมูก กระเพาะอาหารหรือลำไส้) การขับถ่ายต้องขับถ่ายในท่านอนหรืออยู่บนเตียง สวมใส่ผ้าอ้อมตลอดเวลาต้องเปลี่ยนผ้าอ้อมเป็นประจำมี ผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน

ผลกระทบกับผู้สูงอายุจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีการแพร่ระบาดในวงกว้าง ได้ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การแพทย์และสาธารณสุข วิถีชีวิต ความเป็นอยู่ และคุณภาพชีวิตของประชาชน ซึ่งให้เกิดปัญหาด้านสาธารณสุขอย่างชัดเจน รวมทั้งได้ส่งผลกระทบต่อจิตใจและวิถีชีวิตของผู้คนที่ต้องดำเนินชีวิตด้วยความยากลำบากมากขึ้น (วรวิทย์ รักดีบุรุษ, 2564) โดยเฉพาะการระบาดระลอกที่สามที่ระบาดเร็วติดเชื้อง่ายขึ้นอาการรุนแรงและเสียชีวิตมากยิ่งขึ้นในกลุ่มเปราะบาง คือกลุ่มของ“ผู้สูงอายุ” ถือเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อและก่อให้เกิดอาการที่รุนแรงตามมาได้ (แจ่มจันทร์ เทศสิงห์ และพัชรี แวงวรรณ, 2564) เพราะเป็นช่วงวัยที่ร่างกายมีระบบภูมิคุ้มกันที่เสื่อมถอยลดลง มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง เป็นต้น เมื่อได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) แล้วทำให้เสียชีวิตได้ง่ายมากกว่าช่วงวัยอื่น (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยนุช

ปฏิภาณวัตร (2565) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ อายุ คนที่มีอายุที่เพิ่มมากขึ้นจะมีความเสี่ยงในการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุมีโอกาสเสียชีวิตจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มากกว่าช่วงวัยอื่น ๆ จึงถือเป็นกลุ่มผู้เปราะบางที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษและอย่างใกล้ชิดในสถานการณ์ปัจจุบัน (กองยุทธศาสตร์สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม กรุงเทพมหานคร, 2564)

จากสถานการณ์ของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุสามารถสรุปได้ใน 3 ด้าน คือ

1) ด้านร่างกาย ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมถอยลง ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงติดเชื้อโควิด-19 ได้ง่าย และอาจมีอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ และจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้โรงพยาบาลลดให้บริการผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินรวมทั้งงดผ่าตัดที่ไม่เร่งด่วน แม้กระทั่งโรงพยาบาลศิริราชซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ใหญ่ที่สุดของประเทศก็ประกาศเลื่อนการผ่าตัดผู้ป่วย (แจ่มจันทร์ เทศสิงห์ และพัชรี แวงวรรณ, 2564) ทำให้ผู้สูงอายุไทยที่มีโรคประจำตัวนั้นมีสุขภาพแย่ลงในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

2) ด้านจิตใจ เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มคนที่มีความเปราะบางทางด้านร่างกาย คือ มีโรคร่วมมาก ภูมิคุ้มกันต่ำ เสี่ยงติดเชื้อง่าย จึงทำให้จิตใจของผู้สูงอายุมีความเครียด วิตกกังวลง่าย หรือมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ดังนั้น การปฏิบัติตัวเพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวลในผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญมาก เช่น ควรรับข่าวสารจากแหล่งที่เชื่อถือได้เท่าที่จำเป็น เพราะความเครียดเป็นสิ่งปกติที่เกิดขึ้นได้จากความกลัวในเหตุการณ์ที่ไม่สามารถคาดเดาได้ ติดต่อกับครอบครัวและกลุ่มเพื่อนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อพูดคุยปรึกษาบุคคลที่ใกล้ชิดและไว้วางใจได้ เมื่อเริ่มรู้สึกว่าตนเองมีความเศร้าหรือความวิตกกังวลเกิดขึ้น ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างเป็นปกติ ร่วมกับปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันการติดเชื้อต่างๆ จากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) (กรมสุขภาพจิต, 2563)

3) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ต้องมีการรักษาระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) ทำให้ผู้สูงอายุที่ถือว่าเป็นกลุ่มเปราะบางและมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่สามารถออกไปทำงานเพื่อเลี้ยงชีพตนเองได้ หรือสมาชิกในครอบครัวตกงาน โดยเฉพาะการกำหนดมาตรการต่าง ๆ ของภาครัฐในการใช้มาตรการ Social distancing เพื่อลดการเดินทางการเข้าออกพื้นที่ การปิดสนามบิน มีการปิดสถานที่ ปิดสถานการค้า และกิจกรรมทางเศรษฐกิจ ปิดเมือง ฯลฯ ดังกล่าว ย่อมมีผลกระทบให้เกิดการชะงักงันของเศรษฐกิจการค้า การทำงานผลิต และอุตสาหกรรมท่องเที่ยว และอุตสาหกรรมต่อเนื่องต่าง ๆ เช่น โรงแรม ร้านอาหาร รวมไปถึงการผลิตในภาคอุตสาหกรรม เมื่อหลายคนไม่สามารถมาทำงานหาเลี้ยงชีพแบบปกติได้ ธุรกิจจำนวนมากต้องหยุดกิจการ หรือทำได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ จนทำให้ขาดรายได้มาจุนเจือครอบครัว ซึ่งเป็นปัญหาทางสังคมที่อาจหลีกเลี่ยงไม่ได้ในสถานการณ์ดังกล่าว

การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (Health care in the Ageing) เป็นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเพื่อเพิ่มความผาสุกของชีวิตและควมมีคุณค่าของตนเอง ประกอบด้วย กิจกรรม 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียด ถ้าบุคคลสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิต จะทำให้บุคคลนั้นมีสุขภาพดี หากบุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่เหมาะสม ก็สามารถทำให้เกิดโรคหรือเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ (Pender, 1996) ซึ่งการดูแลสุขภาพแต่ละด้านมีรายละเอียดในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนี้

ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) เป็นการประเมินการปฏิบัติพฤติกรรม ที่แสดงออกถึงความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง พฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสนใจในการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การพบผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ความกระตือรือร้นที่จะแสวงหาข้อมูลเพื่อ การดูแลสุขภาพของตนเอง สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง สนใจความรู้ด้านสุขภาพ ติดตามข่าวสารทาง วิทยุ โทรทัศน์ และสื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ และรับบริการจากบุคลากรทางสุขภาพเมื่อจำเป็นการตรวจหาความผิดปกติต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การตรวจวัดความดันโลหิต การตรวจ สุขภาพประจำปีการพูดคุยกับบุคลากรด้านสุขภาพ การเล่าอาการให้แก่แพทย์หรือพยาบาลทราบ (อัสนีย์ มะนอ และคณะ 2561) เมื่อมีความผิดปกติทางสุขภาพ ก็รีบปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ ย่อมจะส่งผลต่อการมีสุขภาพดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มะลิ โพธิ์พิมพ์ และคณะ (2561) ได้ให้คำแนะนำสมาชิกทบทุนการดูแลสุขภาพตัวเอง มีกิจกรรมการนำเสนอข้อมูลการดูแลสุขภาพตนเอง และชื่นชมตัวอย่างที่เหมาะสมเพื่อสร้างแรงกระตุ้นต่อการส่งเสริมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง

ด้านกิจกรรมทางกาย (Physical Activity) เป็นการเคลื่อนไหวของร่างกายโดยกล้ามเนื้อและกระดูกที่ทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงาน เช่น การเดิน ขี่จักรยาน การเต้นรำ การทำสวน ซึ่งในแต่ละช่วงอายุมีความต้องการระดับของกิจกรรมทางกายที่แตกต่างกัน (องค์การอนามัยโลก, 2010) ซึ่งผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจไปในทางเสื่อมตามธรรมชาติเมื่ออายุมากขึ้นและต้องเกิดขึ้นกับทุกคน และไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย โดยเน้นให้ทำกิจกรรมตามความชอบ ความสนใจ ความถนัด หรือตามแบบแผนการดำเนินชีวิตในแต่ละวันทั้งในบ้านหรือในชุมชน (ณัชชา หลงผาสุข, 2562) ซึ่งสามารถสามารถแบ่งกิจกรรมทางกายออกเป็น 4 ระดับ คือ (อัจฉรา ปุราคม และคณะ, 2556)

1) การดำเนินชีวิตประจำวันที่กระฉับกระเฉง (Activity for health) เป็นกิจกรรมที่ใช้แรงของร่างกายน้อยที่สุด เป็นการออกแรงเบา ๆ อาจจะต่อเนื่องหรือไม่ต่อเนื่องก็ได้ เช่น การเดิน การลุก-นั่ง

2) กิจกรรมเพื่อสุขภาพ (Activity for health) เป็นกิจกรรมที่ต้องใช้แรงของร่างกายปานกลาง โดยต้องออกแรงต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที เช่น การเดิน อย่างน้อย 30 นาที การขี่จักรยาน การเดินรำ

3) การออกกำลังกายเพื่อสร้างสมรรถภาพทางกาย (Exercise for fitness) เป็นกิจกรรมระดับปานกลาง ถึงหนัก โดยทำกิจกรรมอย่างน้อยครั้งละ 20 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เช่น การล่าไม้พอง การยืดเหยียด

4) การฝึกเพื่อเป็นนักกีฬา (Training for sports) เป็นกิจกรรมการฝึก โดยใช้แรงระดับหนักมาก สำหรับนักกีฬา โดยทำการฝึกทุกวันในหนึ่งสัปดาห์

ซึ่งในส่วนของกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุนั้น จะเห็นได้ว่าเป็นกิจกรรมที่การดำเนินชีวิตประจำวันที่มีระดับกระแฉะ (Activity for health) และกิจกรรมเพื่อสุขภาพ (Activity for health) เพียงเท่านั้นก็จะเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้มีการเคลื่อนไหวทางร่างกายเพื่อให้ผู้สูงอายุแข็งแรงและมีอายุยืนยาว

ด้านโภชนาการ (Nutrition) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย (อัจฉรา ปุราคม และยอดแก้ว แก้วมิ่งสา, 2556) ซึ่งความต้องการพลังงานในแต่ละวันของแต่ละบุคคลในการดำรงชีพจะมีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับอายุ เพศ และกิจวัตรประจำวัน โดยกลุ่มผู้หญิง และผู้สูงอายุต้องการพลังงานประมาณ 1,600 กิโลแคลอรีต่อวัน ในขณะที่ผู้ชายวัยทำงานต้องการพลังงาน 2,000 กิโลแคลอรีต่อวัน ดังนั้นการบริโภคอาหารควรที่จะต้องคำนึงถึงพลังงานที่ใช้ในแต่ละวันด้วย (พิรุฬห์ ศิริทองคำ, 2550) ทั้งนี้ภาวะโภชนาการเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากการเสื่อมสภาพการทำงานของร่างกาย ผู้สูงอายุจึงยังมีความต้องการสารอาหารเหมือนเดิมแต่แตกต่างกันในลักษณะของอาหารและปริมาณที่ได้รับต่อวัน โดยความต้องการพลังงานอาจจะน้อยลงเนื่องจากผู้สูงอายุมีกิจกรรมที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวันลดลง จึงทำให้อัตราการเผาผลาญอาหารลดลง (สุพรรณิ เจริญวิศิษฐ์ และคณะ, 2564)

ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship) เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับการอยู่ร่วมกันในสังคม โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ เพราะมีความสำคัญต่อพัฒนาการด้านร่างกาย อารมณ์ สติปัญญาและการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุ (รัตนภรณ์ วัฒนา, 2557) ซึ่งขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุคือการช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า การรู้จักจำได้จึงเป็นการแสดงให้เห็นว่าเราจดจำผู้สูงอายุได้ อาจเริ่มต้นด้วยการทักทายหรือเรียกชื่ออย่างถูกต้อง การอาสาช่วยเหลือผู้สูงอายุ รวมถึงการยอมรับในสิ่งที่ผู้สูงอายุคิด พูด หรือแสดงพฤติกรรมออกมาด้วยท่าทางที่เต็มใจ เข้าใจ ไม่โต้แย้ง (จุฑามาส ทองประดับ, 2562) ในระหว่างพบปะพูดคุย หรือการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน รวมตลอดถึงกิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น

ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ เป็นความสามารถในการปรับปรุงและพัฒนาร่างกาย อารมณ์และสติปัญญาของผู้สูงอายุให้เกิดพลังในด้านต่าง ๆ เช่น ความรัก ความสุข ความสงบ

การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (ศศิกัญจน์ สกุลปัญญาวัฒน์, 2557) ซึ่งความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ เป็นความรู้สึกถึงความต่อเนื่องอย่างกลมกลืนระหว่าง ตนเองกับผู้อื่น ธรรมชาติ และสิ่งนอกเหนือตนเอง อันเป็นภาวะที่ลื่นไถลของความทุกข์หรือการบีบคั้นทาง กาย จิต สังคม และปัญญา จนสามารถแสดง ความพึงพอใจ หรือชื่นชมในประสบการณ์ของตนและมีความสุข ในการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ได้ตามปกติ นอกจากนี้ยังเป็นกระบวนการในการดูแลตนเองอย่างถูกต้องตามหลักสากล (พระปลัดวีระชนม์ เขมวีโร และคณะ, 2559)

ด้านการจัดการความเครียด ความเครียดเป็นปรากฏการณ์ทางอารมณ์ที่บุคคล ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้และมีผลทั้งด้านบวกและด้านลบแก่บุคคล การที่บุคคลมีความเครียดในระดับที่ พอเหมาะ จะมีแรงกระตุ้น แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีความเครียดมากเกินไป ไม่สามารถจัดการกับ ความเครียดได้ย่อมนำไปสู่ปัญหา เช่น ภาวะกดดัน วุ่นวายใจ กลัว วิตกกังวล หรือในเรื่องของ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล บทบาทหน้าที่ในสังคม การประกอบอาชีพต่างๆ เป็นต้น (ดมิสา เพชรทอง และคณะ, 2563) การจัดการความเครียดในผู้สูงอายุสามารถแบ่งออกเป็น 3 มิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านความคิด (สมสุข นิธิอุทัย และคณะ, 2561)

1) ด้านร่างกาย เป็นการจัดการความเครียดของผู้สูงอายุด้วยวิธีการจัดการกระทำกับร่างกาย เพื่อลดระดับความเครียดในภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้น ซึ่งมีวิธีการที่หลากหลายเช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การออกกำลังกาย การนวด เป็นต้น

2) ด้านจิตใจ เป็นภาวะที่บุคคลให้ความรู้สึกพึงพอใจต่อสิ่งที่ตนได้กระทำโดยมีแนวทางการจัดการความเครียดได้แก่ การทำสมาธิ การสวดมนต์ไหว้พระ การร้องเพลง การฟังวิทยุ การเล่นเกม ดนตรี เป็นต้น (กาญจนา บัวหอม และคณะ, 2560)

3) ด้านความคิด เป็นการเปลี่ยนแปลงความคิดที่บิดเบือนให้เป็นความคิดที่ตรงกับความเป็นจริงโดยใช้วิธีการตั้งคำถามนำ ให้คิดและเข้าใจในสิ่งที่ผู้สูงอายุยึดมั่นถือมั่นในสิ่งที่บิดเบือนจากความเป็นจริง โดยการทำความเข้าใจว่าทุกอย่างย่อมมีการเกิดขึ้น ดำรงอยู่ และเปลี่ยนแปลงตามความจริงของชีวิตผ่านกิจกรรมการสอบถามและตอบคำถาม (สมสุข นิธิอุทัย และคณะ, 2561)

กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนทางการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในผู้สูงอายุ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)ส่งผลกระทบต่อทุกภาคส่วนทั่วโลก และส่งผลถึงชุมชน ที่ประกอบด้วยปัจเจกคน ครอบครัวและชุมชน ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสังคมที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น (วิภา สุวรรณรัตน์ และคณะ, 2564) การส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและสังคม เพื่อให้สามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากในสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคต (สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน, 2560) การพัฒนาการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุนั้น จะต้องให้ประชาชนได้มีโอกาสเข้าร่วมในการดำเนินงานพัฒนา ตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้นกระบวนการ โดยที่เข้าไปมี

ส่วนร่วมอาจเป็นขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งหรือทุกขั้นตอน ซึ่งมีความคิดเห็นและความรับผิดชอบร่วมกันต่อการดำเนินการพัฒนาไปในทิศทางที่ต้องการเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่พึงประสงค์ (สุจินดา สุขรุ่ง และคณะ, 2561) การสร้างการมีส่วนร่วมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อเป็นการสร้างมาตรการแนวทางการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ควรมีขั้นตอนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยแบ่งการมีส่วนร่วมออกเป็น 5 ขั้นตอน คือ

1) การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาร่วม รวมถึงการวิเคราะห์ถึงสาเหตุและที่มาของปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในผู้สูงอายุของชุมชน ที่พบว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเปราะบางที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ได้ง่าย และอาจมีอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้

2) การมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการและวางแผนในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในผู้สูงอายุของชุมชน

3) การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาเมื่อเกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เมื่อมีการแพร่ระบาดในชุมชน หรือกรณีที่ผู้สูงอายุติดเชื้อจากการสัมผัสกับบุคคลในครอบครัว

4) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผน เป็นการปฏิบัติการตามขั้นตอนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) การประสานงานเจ้าหน้าที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุของค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น รวมถึงตลอดถึงมาตรการการแพร่ระบาดเพิ่มเติมและการให้ความช่วยเหลือครอบครัวผู้สูงอายุในระหว่างการรักษาตัว และหลังรักษาตนเองให้พ้นสภาพกลับสู่สังคมอย่างสมัครดีศรีความเป็นมนุษย์ ลดการเลือกปฏิบัติ และการตีตราจากการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

5) ร่วมในการประเมินผลวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและปัจจัยที่มีส่วนทำให้เกิดผลสำเร็จการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

แนวทางการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในผู้สูงอายุ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่มีการแพร่ระบาดเป็นวงกว้าง ผู้สูงอายุถือเป็น ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่มีอาการรุนแรงมากกว่ากลุ่มวัยอื่น การอยู่รวมกันเป็นครอบครัวที่มีสมาชิก ในบ้านมีประวัติเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง อาจทำให้ผู้สูงอายุติดเชื้อได้ ดังนั้น ผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัว ควรมีการปฏิบัติตน เพื่อการป้องกันการรับสัมผัสและแพร่กระจายเชื้อโรค ดังนี้ (กรมควบคุมโรค, 2564)

1. ออกจากบ้านเมื่อจำเป็นเท่านั้น หากออกนอกบ้านให้เว้นระยะห่างจากคนอื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร หลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น แออัด หรือพื้นที่ปิด ทั้งนี้ ผู้ดูแลหลักและผู้สูงอายุควรเก็บตัวอยู่แต่ในบ้านให้มากที่สุด หากผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลต้องออกนอกบ้าน ควรเลือกเวลา

ออกจากบ้านที่ไม่เจอกับความไม่แออัด หลีกเลี่ยง การใช้ขนส่งสาธารณะและการไปในที่แออัด ต้องรีบทำธุระให้เสร็จโดยเร็ว (กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

2. สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลา เมื่ออยู่นอกบ้าน พกแอลกอฮอล์เจลไปด้วยโดยทำความสะอาดมือทุกครั้งหลังจับสิ่งของและก่อนเข้าบ้าน และควรหลีกเลี่ยงการคลุกคลีกับเด็ก (เด็กมักจะไปใกล้ชิดกับผู้สูงอายุและเด็กอาจไม่ เข้าใจวิธีและขาดความระมัดระวังในการป้องกัน)

3. ล้างมือบ่อยๆ ด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ทุกครั้ง ก่อนรับประทานอาหาร หลังใช้ส้วมหรือหลังจากไอ จาม หรือหลังสัมผัสจุดเสี่ยงที่มีผู้ใช้งานร่วมกันในที่สาธารณะ เช่น กลอนหรือลูกบิดประตู ราวจับหรือ ราวบันได เป็นต้น

4. หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า ตา ปาก จมูก โดยไม่จำเป็น

5. หมั่นสังเกตอาการตนเอง หากมีอาการไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส ให้ไปรับ การตรวจรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านทันที

6. เมื่อมีอาการป่วยด้วยอาการโรคระบบทางเดินหายใจควรคัดกรองด้วยชุดตรวจ Antigen Test Kit COVID-19 เมื่อพบผลบวกควรปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และรีบไปรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล ใกล้บ้านทันที หากมาช้าเกิน 48 ชั่วโมง จะมีโอกาสเสียชีวิตได้

สรุป

ผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้ง่าย เพราะส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว และอาจมีอาการรุนแรงมากกว่ากลุ่มวัยอื่น ๆ เนื่องจากภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายที่อ่อนแอลง ดังนั้น ตัวผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลต้องมีความรู้ความเข้าใจการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (Health care in the Ageing) อาจจะใช้วิธีการดูแลสุขภาพตามแนวคิดของแพนเดอร์(1996) 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) ด้านกิจกรรมทางกาย (Physical Activity) ด้านโภชนาการ (Nutrition) ด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship) ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ด้านการจัดการความเครียด ซึ่งถ้าต้องการให้เกิดความยั่งยืนควรมีการเสริมพลังทางสังคมโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของสังคมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นการสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน/สังคม 5 ขั้นตอน คือ 1) การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาร่วม 2) การมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการและวางแผนในการป้องกันและควบคุมโรค 3) การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาเมื่อเกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) 4) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผน เป็นการปฏิบัติการตามขั้นตอนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) 5) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและปัจจัยที่มีส่วนทำให้เกิดผลสำเร็จการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เพื่อถอดบทเรียนแล้วเป็นมาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคอื่น ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในชุมชน ต่อไป

References

- Pender, NJ. (1996) Health promotion in nursing practice. 3rd edition. New York: Appleton & Lange.
- แจ่มจันทร์ เทศสิงห์ และพัชรี แวงวรรณ. (2564). บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้ห่างไกลจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*. 7(2). 19-36.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2564). *คู่มือระบบดูแล และคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุในระดับพื้นที่*. สืบค้นออนไลน์ <https://www.dop.go.th/th/know/5/196>
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2564). *แนวทางการดูแลผู้สูงอายุในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)*. กรมกิจการผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร.
- กรมควบคุมโรค. (2564). *แนวทางการดูแลผู้สูงอายุในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อโควิด-19*. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค.
- กรมสุขภาพจิต. (2563). *องค์ความรู้การดูแลสุขภาพใจในสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 "ใจพร้อม ไม่ยอมป่วย"*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- กาญจนา บัวหอม, ศศิกานต์ กาละ, และสุนันทา ยิงวนิชเศรษฐ. (2560). ผลของการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับการสนับสนุนของสามีต่อความเครียดในหญิงตั้งครรภ์วัย. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*. 9(2): 38-51
- จิณณ์ธิดา พงษ์ดี, และ ปิยธิดา คูศิริบุญรัตน์. (2558). ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหมืองแบ่ง ตำบลหนองหญ้าปล้อง อำเภอลำดวน จังหวัดเลย. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 3(4), 561-576.
- จุฑามาส ทองประดับ. (2562). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในการสื่อสารกับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารพยาบาลสหราชอาณาจักรไทย*. 12(1). 71-79
- ณัชศพา หลงผาสุข. (2562). กิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุ: ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน. *วารสารการพยาบาล*. 21(2). 67-76
- ดมิสา เพชรทอง, และคณะ. (2563). การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน : ความเครียดและแนวทางการจัดการความเครียด. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*. 6(1). 1-11
- ปิยนุช ปฏิภาณวัตร. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 7(1), 64-71.
- พระปลัดวีระชนม์ เขมวีโร และคณะ. (2559). การเสริมสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุตามหลักพระพุทธศาสนา. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*. 5(1). 14-25
- พิรุฬห์ ศิริทองคำ. (2550). *พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม เขตนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือ*. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ .

- มะลิ โพธิพิมพ์ และคณะ. (2561). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติสร้างเสริมสุขภาพ ในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา*, 14(1), 119-130.
- ยุทธนา พูนพานิช และแสงนภา อุทัยแสงไฟบุลย์. (2557). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชน เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 23(2), 226-238.
- รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์. (2559). รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตเทศบาลเมือง มหาสารคาม (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัย มหาสารคาม.
- รัตนภรณ์ วัฒนา. (2557). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสัมพันธภาพต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และ ความพึงพอใจในชีวิต ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา (วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วงเดือน คลื่นแก้ว สมศักดิ์ สีดาอุทธี และ บุญช่วย ศิริเกษ. (2559). การพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรม พัฒนาผู้เรียนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของนักเรียนโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัด สำนักงานเขตพื้นที่ การศึกษามัธยมศึกษา เขต 19. *วารสารบริหารการศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 12(2), 107-117.
- วรวิทย์ ภัคธิบุรุษ. (2564). ผู้สูงอายุในชุมชนเมืองในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) : การสร้างเสริมสุขภาพตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของแพนเดอร์. *วารสารพัฒนศาสตร์*. 4(2). 184-211
- วิภา สุวรรณรัตน์ และคณะ. (2564). การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในชุมชนในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*. 8(1). 1-14
- ศศิกาญจน์ สกุลปัญญวัฒน์. (2557). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมุสลิม กรณีศึกษา อ.องครักษ์ ต.บดองครักษ์ จ.นครนายก. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 353-360.
- สมสุข นิธิอุทัย และคณะ. (2561). การพัฒนารูปแบบการจัดการความเครียดในภาวะวิกฤตชีวิตของ ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา. *วารสารสังคมศาสตร์วิจัย*, 9(2), 303-325.
- สรลีส สนธิจันทร์ และ วิรัตน์ สนธิจันทร์. (2565). การเปิดรับสื่อ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันความ เสี่ยงของผู้สูงอายุในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19). *วารสารชุมชนวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา*, 16(1), 64-77.
- สุจินดา สุขรุ่ง และคณะ. (2561). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้ กระบวนการ AIC: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปันท อำเภอกวนขน จังหวัด พัทลุง. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 6(2), 159-176.

- สุพรรณิ เจริญวิศิษฐ์ และคณะ. (2564). คู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการรักษาทางศัลยกรรม
งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.
สื่อออนไลน์ สืบค้นเมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2565 จาก <https://shorturl.asia/SMVyp>
- สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอ
วารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*. 9(3),
57-69.
- อมร สุวรรณนิมิต และคณะ. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสาร
มหาวิทยาลัยนครพนม, ฉบับการประชุมวิชาการครบรอบ 25 ปี*, 46-53.
- อัจฉรา ปุราคม และคณะ. (2556). กระบวนการสอนและการเรียนรู้กิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุใน
อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม. *วารสารครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 49(4),
1/14- 14/14.
- อัจฉรา ปุราคม และยอดแก้ว แก้วมหิงสา. (2556). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนิสิต
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน (รายงานการวิจัย). คณะศึกษาศาสตร์
และพัฒนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน.
- อัสณีย์ มนะอ และคณะ. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ของตำรวจที่ปฏิบัติงาน
ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้. *วารสารศึกษาศาสตร์*, 29(2), 123-132.
- อารียา สอนบุญ และคณะ. (2562). วิธีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน: ความหมายและการจัดการ
Way of Elderly Health Care in Community: Meaning and Care Management.
วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 37(1) : 241-248.



คำแนะนำการส่งบทความ

คำแนะนำการเตรียมและส่งบทความ

กองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม (Journal of Public Health And Innovation: J-PHIN) ขอเชิญอาจารย์ นักวิชาการ และผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการและวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาในวารสารอื่นและเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้เขียนจะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสาร เพื่อความสะดวกในการส่งบทความวิชาการและวิจัย มีข้อเสนอ ดังนี้

ข้อกำหนดและชนิดของเรื่องจะตีพิมพ์

1. เป็นผลงานวิชาการ ประเภทบทความ ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ ทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
3. ผลงานวิชาการและงานวิจัยจะได้รับการพิจารณากลับนกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควรไม่น้อยกว่า 2 คน
4. ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ (ยกเว้นการตีพิมพ์ในสองปีแรก ปี พ.ศ. 2564-2565 ฟรี)
 - อาจารย์และเจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
ตีพิมพ์ เรื่องละ 2,500 บาท
 - อาจารย์พี่เลี้ยงแหล่งฝึกงานนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดสุพรรณบุรี ตีพิมพ์ เรื่องละ 2,500 บาท
 - บุคคลอื่น ๆ หรือไม่ได้เป็นอาจารย์และเจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดสุพรรณบุรี ตีพิมพ์ เรื่องละ 3,000 บาท

การเตรียมต้นฉบับ

วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม ได้กำหนดรูปแบบการเขียนบทความที่จะลงในวารสาร ดังนี้

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 16 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน-ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. ด้านขวา 2.54 cm. จำนวน 12 หน้า (ไม่รวมรายการอ้างอิง) และรายการ อ้างอิงต้องไม่เกิน 40 รายการ รวมรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า

2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลางขนาดอักษร 18

3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 15 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุ ตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรง กับชื่อผู้พิมพ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่มเบอร์โทรศัพท์และ e-mail ในส่วนล่างสุด

4. มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำ ต่อบทคัดย่อ

5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)

6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16

7. การใช้ตัวเลขคำย่อและวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning

8. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

8.1 บทความวิจัย (ภาษาไทย)

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- วัตถุประสงค์วิจัย
- สมมติฐาน (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดการวิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย
- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- การเก็บรวบรวมข้อมูล
- การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
- ผลการวิจัย

- อภิปรายผล
- การนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- References

8.2 บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ)

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Objectives
- Hypotheses (if available)
- Conceptual Framework
- Methods
- Population and Sample
- Research Instrument
- Validity and Reliability of the Research Instrument
- Data Collection
- Data Analysis
- Ethical Consideration/Informed Consent
- Results
- อภิปรายผล (Discussion)
- การนำผลการวิจัยไปใช้ (Implication of the Results)
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (Recommendation for Further Study)
- References

9. บทความวิชาการ ประกอบด้วย

- บทคัดย่อ (Abstract)
- บทนำ (Introduction)
- เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ
- สรุป (Conclusion)
- ข้อเสนอแนะ (Suggestion)
- รายการอ้างอิง (References)

10. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 5th Edition

Copyright Notice

1. บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรมที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
2. บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ถือเป็นลิขสิทธิ์ของ วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม

Privacy Statement

The names and email addresses entered in this journal site will be used exclusively for the stated purposes of this journal and will not be made available for any other purpose or to any other party.

การส่งต้นฉบับ

ส่งต้นฉบับสมบูรณ์เพื่อการพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ใน “วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม” โดยส่งไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ต้นฉบับในรูปแบบ word และ pdf ทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ไปที่ e-mail address: j-phin@phcsuphan.ac.th โดยใช้ชื่อเรื่องหรือ Subject ว่า ส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ของ....(ชื่อเจ้าของบทความชื่อแรก)....

สถานที่ติดต่อสอบถาม

กองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
77 หมู่ 4 ตำบลทับตีเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี 72000
(โทรศัพท์ 035-454049 ต่อ 5107 โทรสาร 035-454050
e-mail address: j-phin@phcsuphan.ac.th

v

สมัครส่งบทความลงตีพิมพ์ ในวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม
(การกรอกใบสมัครโปรดใช้วิธีการพิมพ์)

เรียน บรรณาธิการวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม

ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ชื่อ – นามสกุล.....

ตำแหน่งทางวิชาการ

☐ ศาสตราจารย์ ☐ รองศาสตราจารย์ ☐ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ☐ อาจารย์

☐ นักวิชาการสาธารณสุข ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

สถานที่ทำงาน

.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail

มีความประสงค์ขอส่งผลงานบทความเรื่อง :

ชื่อบทความ

.....

กองบรรณาธิการสามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ที่ ☐ สถานที่ระบุข้างต้น ☐ ที่อยู่ดังต่อไปนี้

.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail

กรณีที่ไม่สามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ กองบรรณาธิการสามารถติดต่อบุคคลดังต่อไปนี้

ชื่อ – นามสกุล.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail มีความเกี่ยวข้องเป็น.....

ลงชื่อ.....

(.....)

เจ้าของบทความ

ส่งใบสมัครและบทความได้ที่

กองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

77 หมู่ 4 ตำบลทับใต้เหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี 72000

โทรศัพท์ 035-454049 ต่อ 5107 โทรสาร 035-454050

e-mail address: j-phin@phcsuphan.ac.th