วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
JCCPH
OURNAL OF COUNCIL OF COMMUNITY-PUBLIC HEALTH
ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2564 Vol.3 No.3 September - December 2021

03

ISSN 2697-5653 (Online)
ISSN 2730-1729 (Print)

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
Journal of Council of Community Public Health

ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 กันยายน –ธันวาคม 2564

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่และส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการสาธารณสุขชุมชนและความรู้จากศาสตร์อื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์แก่วิชาชีพสาธารณสุขชุมชน
2. เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมผลงานวิจัยและเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสาธารณสุข
3. เพื่อสร้างเครือข่ายการเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการ และองค์ความรู้ระหว่างสภาการสาธารณสุขชุมชนกับหน่วยงานภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน

สำนักงาน :

สำนักงานกองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
สภาการสาธารณสุขชุมชน
88/20 อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขชุมชน
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 02-5919186, 091-8348711 โทรสาร 02-5919187
e-mail : The.JCCPH@gmail.com
web:https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/index

ที่พิมพ์ :

บริษัท อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด
67 อาคารท้อปส์ซูเปอร์มาร์เก็ต ชั้น 3 ถนนงามวงศ์วาน
แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900
โทรศัพท์ 029413677

เลขจดแจ้งการพิมพ์ สสช.18/2563
ISSN 2697-5653 (Online)
ISSN 2730-1729 (Print)

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
Journal of Council of Community Public Health: JCCPH
ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2564

ที่ปรึกษา
ดร.ไพศาล บางชวด
ศาสตราจารย์ ดร.นพ.สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล
ศาสตราจารย์(คุณวุฒิ) ดร.นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์
ศาสตราจารย์(เกียรติคุณ) ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ
ศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร
รองศาสตราจารย์ (พิเศษ) ภก. กิตติ พิทักษ์นิตินันท์
นายมานะ เปาทุย

บรรณาธิการ
ดร.ปริญญา จิตอร่าม
ผู้ช่วยบรรณาธิการ
นายธนกฤต ธนวงศ์โภคิน

กองจัดการ
นางสาวสวยบะห์ หาแว
นายริซกี สาร๊ะ
นายกฤตย์ติวัฒน์ ฉัตรทอง
นายนรภัทร ศรีชุม
นายศักดิ์สิทธ์ คำเกาะ

กองบรรณาธิการ
ศาสตราจารย์ ดร.สถิรกร พงศ์พานิช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ มหาวิทยาลัยมหิดล
ศาสตราจารย์ ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ศาสตราจารย์ ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ศาสตราจารย์ ดร.อนามัย เทศกะทึก มหาวิทยาลัยบูรพา
รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
รองศาสตราจารย์ ดร.สสิธร เทพตระการพร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
รองศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ ศิวะเดชาเทพ มหาวิทยาลัยสยาม
รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รองศาสตราจารย์ ดร.ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์ มหาวิทยาลัยทักษิณ
รองศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ ส่งเสริม มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
รองศาสตราจารย์ ดร. ทรงพล ต่อนี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
รองศาสตราจารย์ ดร.วสุธร ตันวัฒนกุล มหาวิทยาลัยบูรพา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศพร ชูศักดิ์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ ลักษมีจรัลกุล มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทพ.ณัฐวุธ แก้วสุทธา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.สมตระกูล ราศิริ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
อาจารย์ ดร.พิทยา ศรีเมือง วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
อาจารย์ ดร.จิรนันท์ ตุลชาติ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
อาจารย์ ดร.สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
อาจารย์ ดร. กิตติพร เนาว์สุวรรณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดสงขลา

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

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาความถูกต้องของบทความเพื่อลงตีพิมพ์ บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือสภาการสาธารณสุขชุมชน ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

บทบรรณาธิการวารสาร

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนฉบับนี้เป็นฉบับประจำปีที่ 3 ฉบับที่ 3 ซึ่งเป็นฉบับปีพุทธศักราช 2564 ยังคงมีเนื้อหาและสาระทางวิชาการที่เข้มข้น ทุกบทความได้ผ่านการกลั่นกรองจากกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้วารสารมีความน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงวิชาการ สำหรับเนื้อหาสาระในฉบับนี้ประกอบด้วย รายงานการศึกษาวิจัย จำนวน 11 เรื่อง

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้ส่งข้อมูลให้ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวาสารไทย (ศูนย์ TCI) เพื่อดำเนินการพิจารณาคุณภาพวารสารเพื่อเข้าสู่ฐานข้อมูล TCI แลจัดกลุ่มคุณภาพวารสารประจำปี พ.ศ.2564 เมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2564 ทางศูนย์ TCI ได้ประกาศผล ซึ่งวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้ถูกจัดให้เป็น วารสารกลุ่มที่ 2

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน ขอขอบคุณทุกท่านที่ติดตามอ่านวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนมาอย่างต่อเนื่อง ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนบทความทุกท่านที่ได้ตรวจสอบคุณภาพอย่างเข้มข้นเพื่อให้วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนคงมาตรฐาน เนื้อหาถูกต้องตามหลักวิชาการ

หากท่านมีความประสงค์จะส่งผลงานวิจัย/วิชาการมาเผยแพร่ในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน หรือมีข้อเสนอแนะประการใด สามารถดูรายละเอียดของการส่งได้ที่ท้ายเล่มและขอเรียนเชิญสมาชิกทุกท่านช่วยประชาสัมพันธ์และบอกกล่าวท่านผู้สนใจ

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เนื้อหาสาระของบทความที่วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้นำเสนอไปนั้น จะเป็นประโยชน์ต่อท่านผู้อ่านเพื่อเป็นมุมมอง แนวคิดในการศึกษาวิจัยต่อไปในอนาคต

ปริญญา จิตอร่าม
บรรณาธิการ

สารบัญ

หน้า

บรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ

บทบรรณาธิการวารสาร

บทความวิจัย (Original Article) :

ภาวะเหนื่อยล้าจากงานของบุคลากรสุขภาพในช่วงโรคโควิด-19 ระบาด 1

Burnout Syndrome among Health Personal during Pandemic of Covid-19

นิตยา เพ็ญศิรินภา

ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. เชี่ยวชาญด้านป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลกุดปลาดุก อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ..... 17

Effects of the Village Health Volunteer Specialized Program in Promoting and Preventing NCDs on Self-Care and Blood Pressure Control Behaviors in Patients with Hypertension at Kudpladuk Sub-district, Muang District, Amnat Charoen Province

ปฏิพงศ์ นาคนวล, มุจลินท์ คำล้อม , และหนึ่งฤทัย แสงสุข

ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพกับการดูแลสุขภาพช่องปากของวัยรุ่นตอนต้นในจังหวัดยะลา..... 27

Oral Health Literacy and Oral Health Care of Early Adolescents in Yala Province

รอซีกีน สาเร๊ะ, คันธมาทน์ กาญจนภูมิ และ กัลยา ตันสกุล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจของประชาชนในการเข้ารับบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: กรณีศึกษาอำเภอเมือง จังหวัดยะลา..... 40

Factors Relating to People's Decision Making to Receive Thai Traditional Medicine Services at Tambon Health Promoting Hospital: A Case Study in Muang Yala District, Yala Province

วารุณี มะรุมดี, จีราพัชร์ พลอยนิลเพชร และ กัลยา ตันสกุล

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ประยุกต์ทฤษฎีทรานส์ทิโอเรทิคอลในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ในจังหวัดชลบุรี..... 55

Effects of Food Consumption Behavior Change Program Applied with Transtheoretical Model among Patients with Type 2 Uncontrolled Diabetes Mellitus in Chonburi Province

จุฑาทิพย์ โพธิ์สุวรรณ์, สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์ , ศรีทอง เนียมสุคนธ์สกุล, กมลชนก ชูเชิด, ธัญชนก ฉลาดเลิศ, อทิตยา ผดุงเวียง, อนัญญา ฮวบประเสริฐ, นันทวัฒน์ บุญภิรมย์อัญชัน และกนกพร สมพร

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ผลของโปรแกรมการใช้อาหารคลีนร่วมกับการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกาย ในบุคลากรโรงพยาบาล อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี..... 66

The effect of using clean food together with exercise to lose weight and body mass index In the hospital staff group

อัยยา โสภาค, อัจฉรา คำมะทิตย์, นภชา สิงห์วีรธรรม และกิตติพร เนาว์สุวรรณ

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อลดความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุเพศหญิง โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลเมืองบ้านดุง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี..... 75

Effects of Exercising Program for Reducing Severity of Urinary Incontinence in Female Older Persons at the Bandung Municipality Elderly School, Bandung District, Udon Thani Province

ศศิโสม พงษ์เมธา, ฐิติมาพร นวลสิงห์, นภชา สิงห์วีรธรรม, กิตติพร เนาว์สุวรรณ และอัจฉรา คำมะทิตย์

การศึกษาการขึ้นทะเบียน การต่อบัตรประกันสุขภาพ กลุ่มโรคและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าวในโรงพยาบาลตาพระยา อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว..... 85

Study of Registration and Renewal of Health Insurance, Groups of Diseases, and Health Treatment Cost of Migrant Workers at Ta Phraya Hospital, Ta Phraya District, Sa Kaeo Province

กรณมณีธนา ปุณณศิริมั่งมี, นันทนา โควัน, สาวิตรี จันทะกุล, สมพร แก้วแหยม และเอกชัย ยอดขาว

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสื่อสารเรื่องโรคโควิด-19 และการจัดการเรียนตามแนววิถีใหม่ของวิทยาลัย กับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก..... 97

Relationship between Perceptions of Communication Related to Covid-19 and New Normal Learning Management for Preventing Covid-19 Infection in Students at Kanchanabhishek Institute of Medical and Public Health Technology, Nonthaburi

สิริอร บัวระพา และนภชา สิงห์วีรธรรม

การศึกษาและการพัฒนามาตรฐานวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน..... 111

Study and Development for Professional Standard of Community Public Health

ปริญญา จิตอร่าม, ทรงพล ต่อนี, วรางคณา จันทร์คง, พิทยา ศรีเมือง และจิรนันท์ ตุลชาติ

การจัดบริการงานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกในรูปแบบการแพทย์วิถีใหม่ของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดราชบุรี..... 125

New Normal Services on Outpatient Medical Records Services in Health Care Provider under Ministry of Public Health, Ratchaburi province

ปิยธิดา แซ่ลิ้ม, วรรณฤดี หาดเพชร, นภชา สิงห์วีรธรรม และสมเพิ่ม สุขสมบูรณ์วงค์

คำแนะนำการส่งบทความ

ภาวะเหนื่อยล้าจากงานของบุคลากรสุขภาพในช่วงโรคโควิด-19 ระบาด

Burnout Syndrome among Health Personal during Pandemic of Covid-19

นิตยา เพ็ญศิรินภา*

Nittaya Pensirinapa*

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช*

School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University*

(Received: *November 23*, 2021; Revised: *December 19*, 2021; Accepted: *December 19*, 2021)

บทคัดย่อ

ภาวะเหนื่อยล้าจากงานนั้นเป็นกลุ่มอาการทางจิตวิทยาที่บุคคลตอบสนองต่อการเผชิญความเครียดในการทำงานที่ต่อเนื่องยาวนาน ซึ่งพบได้บ่อยในบุคลากรด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ที่ต้องทำงานให้บริการสุขภาพอย่างหนักตามความต้องการของผู้รับบริการที่มีการติดเชื้อและป่วยหนักจำนวนมาก ในขณะที่มีทรัพยากรอันจำกัด ประกอบกับภาวะเสี่ยงที่บุคลากรสุขภาพและครอบครัวอาจติดเชื้อได้มาก การทำงานในสภาวะเช่นนี้อย่างยาวนานต่อเนื่อง ทำให้เกิดภาวะเหนื่อยล้าจากงานได้สูง การศึกษาวิจัยพบว่าภาวะเหนื่อยล้าจากงานมีหลายสาเหตุทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านงาน และปัจจัยระดับองค์กร รวมทั้งพบปัญหาความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะเหนื่อยล้าจากงานของบุคลากรสุขภาพในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศต่างๆ รวมถึงประเทศไทย ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจึงควรให้ความสำคัญและร่วมกันป้องกันปัญหานี้

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความหมายของภาวะเหนื่อยล้าจากงาน แนวคิดและโมเดลที่เกี่ยวข้อง การประเมิน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลกระทบของภาวะเหนื่อยล้าจากงาน สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 กับภาวะเหนื่อยล้าจากงานของบุคลากรสุขภาพ รวมทั้งแนวทางการป้องกันภาวะเหนื่อยล้าจากงานในบุคลากรสุขภาพ

คำสำคัญ: ภาวะเหนื่อยล้าจากงานภาวะหมดไฟ, บุคลากรสุขภาพ, การระบาดของโรคโควิด-19

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pensirinapa@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-6243098)

Abstract

Burnout is a psychological syndrome emerging as a prolonged response to chronic interpersonal stressors on the job. It is a common problem among health personnel, especially during the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pandemic. Facing this critical situation, health personnel are directly involved in the overload of health care services regarding increasing number of infected cases and COVID-19 patients, while having limited resources. In addition, there is a high risk that health personnel and their families might be infected. Working in such conditions for a long time leads to be burnout of health personnel. Studies found causes of burnout related to individual, job and organizational factors. Stress, anxiety and burnout among health personnel during the COVID-19 outbreak were found in different countries including Thailand. All related parties should therefore focus on and work together to prevent this burnout problem in health personnel.

This article aims to present the definition of burnout, concept and models, assessment, related factors and impacts on burnout among health personnel during the COVID-19 pandemic and also guidelines for preventing burnout of health personnel.

Key words: Burnout, Health personnel, COVID-19 pandemic

บทนำ

ภาวะเหนื่อยล้าจากงาน (burnout) นับเป็นภัยอันตรายจากการทำงานที่พบในหลายวิชาชีพ โดยเฉพาะงานบริการที่ต้องสัมผัสใกล้ชิดกับผู้รับบริการ เช่น บุคลากรสุขภาพที่ต้องให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วย เนื่องจากต้องพัฒนาความสัมพันธ์ตามความต้องการของผู้รับบริการที่มีมากและเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ต้องสัมผัสกับอารมณ์ของผู้รับบริการ ความสัมพันธ์ดังกล่าวก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งบรรทัดฐานของผู้ประกอบอาชีพด้านสุขภาพ กำหนดว่าต้องเป็นผู้เสียสละ อุทิศตนเพื่อคนอื่น ทำงานหนักต่อเนื่องเป็นเวลายาวนานเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ในขณะที่สิ่งแวดล้อมของการทำงานอาจถูกกำหนดจากหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางสังคม การเมืองและเศรษฐกิจ เช่น องค์กรถูกตัดงบประมาณหรือมีนโยบายที่เคร่งครัดเกินไป ทำให้เกิดสภาพการทำงานที่มีความต้องการสูงแต่มีการสนับสนุนทรัพยากรน้อย จึงเป็นที่มาของปัญหาภาวะเหนื่อยล้าจากงานของบุคลากรสุขภาพ (Maslach and Leiter, 2016)

จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โรคโควิด-19 ที่พบเชื้อครั้งแรกในโลกในช่วงปลายปี 2019 ที่ประเทศจีน หลังจากนั้นมีการระบาดไปทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย การระบาดของโรคโควิด-19 ที่เกิดอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ส่งผลให้บุคลากรสุขภาพโดยเฉพาะที่ทำงานด่านหน้าต้องทำงานอย่างหนักตามความต้องการของผู้รับบริการที่มีการติดเชื้อและป่วยหนักจำนวนมาก ในขณะที่มีทรัพยากรในการให้บริการและอุปกรณ์ในการป้องกันการติดเชื้ออย่างจำกัด ประกอบกับภาวะเสี่ยงที่บุคลากรสุขภาพและครอบครัวอาจติดเชื้อได้มาก การทำงานในสภาวะเช่นนี้อย่างยาวนานต่อเนื่อง ทำให้เกิดภาวะเหนื่อยล้าจากงานได้สูง การศึกษาวิจัยพบว่าภาวะเหนื่อยล้าจากงานมีหลายสาเหตุทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านงาน และปัจจัยระดับองค์กร (นฤมล สุธีรวุฒิ, 2558; Maslach and Leiter, 2016) รวมทั้งพบปัญหาความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะเหนื่อยล้าจากงานของ

บุคลากรสุขภาพในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศต่างๆ (Thatrimontrichi, Weber, and Apisarnthanarak, 2021) รวมถึงประเทศไทย (Apisarnthanarak et al., 2020) ภาวะดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคลากรและต่องานบริการ ผู้เขียนในฐานะเป็นอาจารย์ของสถาบันการศึกษาผลิตบุคลากรด้านสุขภาพ ตระหนักในปัญหาภาวะเหนื่อยล้าในงานของบุคลากรสุขภาพที่อาจนำมาสู่การสูญเสียบุคลากรจากระบบสุขภาพ จึงต้องการให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญและร่วมกันป้องกันปัญหานี้ โดยบทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความหมายของภาวะเหนื่อยล้าจากงาน แนวคิดและโมเดลที่เกี่ยวข้อง การประเมิน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลกระทบของภาวะเหนื่อยล้าจากงาน สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 กับภาวะเหนื่อยล้าจากงานของบุคลากรสุขภาพ รวมทั้งแนวทางการป้องกันภาวะเหนื่อยล้าจากงานในบุคลากรสุขภาพ

ความหมายของภาวะเหนื่อยล้าจากงาน

ภาวะเหนื่อยล้าจากงาน (burnout) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากบุคคลประสบกับความเครียดจากงานเป็นระยะเวลายาวนาน โดยกลุ่มอาการนี้จะเกี่ยวข้องกับการรับรู้ต่อตนเองและผู้อื่นใน 3 ด้าน ได้แก่ (1) อาการอ่อนล้า (Exhaustion dimension) หมายถึง ความรู้สึกหมดแรง อ่อนแรง เหนื่อยล้า (2) การรังเกียจหรือมีความคิดทางลบ (cynicism dimension) หมายถึง ความรู้สึกด้านลบ มีทัศคคติในแง่ร้ายต่อผู้รับบริการ หงุดหงิด ไม่มีความหวัง และอยากถอนตัวออกจากงาน และ (3) การไร้ประสิทธิภาพ (Inefficacy dimension) หมายถึง ความรู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ ขาดขวัญกำลังใจ และไม่สามารถเผชิญกับปัญหาได้ (Maslach and Leiter, 2016) ทั้งนี้ประเด็นสำคัญที่ทำให้ภาวะเหนื่อยล้าจากงาน แตกต่างจากรูปแบบของจิตวิทยาอื่นๆ อย่างเช่น ความเครียด คือ เป็นปรากฏการณ์ที่สะสมแบบค่อยเป็นค่อยไป (Maslach & Schaufeli, 1993 quoted in Lizano & MorBarak, 2012)

ในประเทศไทยมีการใช้คำ ภาวะเหนื่อยล้าจากงาน (burnout) ที่หลากหลาย ได้แก่ ภาวะเหนื่อยล้าจากงาน ภาวะหมดไฟในการทำงาน ภาวะเหนื่อยหน่ายในงาน ซึ่งมาจากคำภาษาอังกฤษว่า burnout คำเดียวกัน สำหรับบทความนี้เลือกใช้คำว่าภาวะเหนื่อยล้าจากงาน เนื่องจากในช่วงสถานการณ์โรคโควิด-19 ระบาด ในประเทศไทยที่มีระยะเวลายาวนานและบุคลากรสุขภาพด่านหน้าต้องทำงานต่อสู้กับโรคโควิด-19 อย่างหนัก ภายใต้ความเสี่ยงต่อการติดโรค เนื่องจากจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยอาการหนักเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ท่ามกลางทรัพยากรที่มีอย่างจำกัด คำว่า “ภาวะเหนื่อยล้าจากงาน” จึงสะท้อนปัญหาของบุคลากรสุขภาพในสถานการณ์ดังกล่าวได้ตรงประเด็นกว่า

แนวคิดและโมเดลของภาวะเหนื่อยล้าจากงาน

ภาวะเหนื่อยล้าจากงานถูกพัฒนามาจากหลายแนวคิด ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะโมเดลที่มีการกล่าวถึงบ่อยๆ ดังนี้

1) โมเดลความสัมพันธ์ระหว่าง 3 องค์ประกอบของภาวะเหนื่อยล้าจากงาน ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เริ่มจาก (1) ขั้นแรก บุคคลตอบสนองต่อการถูกคาดหวังจากงานสูงและมีภาระงานที่มากเกินไป ทำให้เกิดความอ่อนล้า ถ้าปัญหาจากขั้นแรกเกิดต่อเนื่องสะสม จะเข้าสู่ขั้นที่สอง (2) ขั้นที่สอง คือ บุคคลเกิดทัศนคติทางลบต่อผู้คนอื่นๆ รวมทั้งต่องานที่ตนทำ ทำให้เกิดความรู้สึกลดคุณค่าของบุคคลหรือมีความคิดทางลบ ถ้าสถานการณ์ดังกล่าวยังเกิดต่อเนื่องจะเข้าสู่ขั้นที่สาม (3) ขั้นที่สาม คือ บุคคลรู้สึกถึงความล้มเหลว รู้สึกไม่ประสบความสำเร็จหรือไร้ประสิทธิภาพ (Maslach and Leiter, 2016)

2) โมเดลความเครียดจากงาน (Job stress) ใช้ในการอธิบายการเกิดภาวะเหนื่อยล้าจากงาน ว่าเกิดจากการมีความเครียดจากงานสูงเป็นเวลานาน ทำให้เกิดความไม่สมดุล โดยมีกลไกการเกิด 3 ระยะ คือ (1) ระยะแรก บุคคลเผชิญกับสิ่งก่อความเครียดในงาน (Stressors) เช่น ภาระงานมาก งานไม่สมดุลกับทรัพยากรที่มีอยู่ของคนทำงาน (2) ระยะที่สอง บุคคลเกิดความเครียด ซึ่งเป็นการตอบสนองทางอารมณ์จากความอ่อนล้าและความวิตกกังวล และ (3) ระยะที่สาม คือ กลไกการตอบสนองความเครียด (Defensive coping) โดยทัศนคติและพฤติกรรมของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น มีความคิดทางลบต่อผู้อื่นและงานที่ตนทำ พฤติกรรมการทำงานที่ลดประสิทธิภาพลง (Cherniss, 1980; Harrington, 2013; นิตยา เพ็ญศิรินภา, 2563)

3) โมเดลความต้องการจากงานและทรัพยากร (Job Demands-Resources model) อธิบายว่างานที่มีความต้องการหรือข้อเรียกร้องในงานสูง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องทางกาย จิตใจ หรือทางสังคม แต่มีทรัพยากรหรือปัจจัยเอื้อในการทำงานต่ำ จะทำให้คนทำงานเกิดภาวะเหนื่อยล้าจากงานได้ (Bakker and Demerouti, 2007)

ดังนั้นในภาวะที่โรคโควิด-19 ระบาด บุคลากรสุขภาพต้องเผชิญคาดหวังจากงานสูงและมีภาระงานที่มากเกินไปเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ทำให้เกิดความเครียดจากงานสูง ภายใต้การสนับสนุนทรัพยากรที่จำกัด ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง รู้สึกล้มเหลว ทำให้เกิดภาวะเหนื่อยล้าจากงาน ซึ่งสอดคล้องกับโมเดลที่กล่าวมาแล้ว

การประเมินภาวะเหนื่อยล้าจากงาน (Assessment of burnout)

จากการที่นิยามของภาวะเหนื่อยล้าจากงานมีความชัดเจนมากขึ้น ทำให้สามารถใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะเหนื่อยล้าจากงาน ที่ผ่านมามีเครื่องมือวัดหลายชนิดตามการนิยามของ คำว่าภาวะเหนื่อยล้าจากงาน ที่แตกต่างกัน และส่วนใหญ่จะใช้การประเมินคุณภาพของเครื่องมือโดยพิจารณาจากความตรงของข้อคำถาม (Face validity) โดยแบบวัดภาวะเหนื่อยล้าจากงาน ชิ้นแรกได้จากการวิจัยเพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดทางจิตวิทยา ที่เรียกว่า แบบวัดภาวะเหนื่อยล้าจากงาน ของแมสแลช (Maslach Burnout Inventory: MBI) ที่เริ่มจากการนำผลการศึกษาเชิงคุณภาพ มาออกแบบวัดภาวะเหนื่อยล้าจากงานใน 3 องค์ประกอบ คือ (1) ด้านอาการอ่อนล้า (2) ด้านการลดคุณค่าความเป็นบุคคล และ (3) ด้านการไม่ประสบความสำเร็จ ซึ่งนับเป็นแบบวัดมาตรฐานที่ถูกใช้ในงานวิจัยต่างๆ

ในขณะเดียวกันมีงานวิจัยภาวะเหนื่อยล้าจากงานที่มีการใช้เครื่องมือวัดที่แตกต่างจากแบบวัดที่กล่าวมา เช่น ใช้เครื่องมือชนิดอื่นที่วัดภาวะเหนื่อยล้าจากงานเฉพาะด้านอาการอ่อนล้า (Exhaustion) เพียงองค์ประกอบเดียว บางการศึกษาใช้เครื่องมือที่วัดภาวะเหนื่อยล้าจากงาน ใน 2 ด้าน คือ ด้านอาการอ่อนล้า (Exhaustion) และการไม่มีส่วนร่วมในงาน (Disengagement from work) และเครื่องมือบางชนิดวัดอาการอ่อนล้าที่แยกเป็นด้านกายกับด้านจิตใจ จะเห็นได้ว่าแบบวัดภาวะเหนื่อยล้าจากงานยังมีความหลากหลาย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับนิยามที่ใช้ (Maslach and Leiter, 2016)

ในหลายปีที่ผ่านมา ได้มีการปรับเปลี่ยนแบบวัดภาวะเหนื่อยล้าจากงาน เนื่องจากแบบวัดเดิมที่พัฒนาขึ้นมาครั้งแรกในช่วงทศวรรษ 1980 เพื่อใช้วัดกับคนในอาชีพบริการที่ต้องให้การดูแลผู้อื่น เช่น บุคลากรด้านสุขภาพ นักสังคมสงเคราะห์ ต่อมามีความสนใจที่จะวัดภาวะเหนื่อยล้าจากงานในบุคลากรอาชีพอื่นๆ เช่นกัน ดังนั้นแบบวัดเดิมที่มุ่งใช้กับอาชีพผู้ให้บริการ จึงอาจไม่เหมาะกับอาชีพลักษณะอื่น ทำให้มีการปรับแบบวัดเดิมเป็นแบบสำรวจภาวะเหนื่อยล้าจากงานทั่วไป (Maslach Burnout Inventory-General Survey: MBI-GS) โดยมีการปรับข้อคำถามให้เป็นกลางสำหรับอาชีพต่างๆ มากขึ้น ได้แก่ องค์ประกอบที่ 2 ด้านการลดคุณค่าความเป็นบุคคล (Depersonalization)

ถูกปรับเป็น การรังเกียจหรือมีความคิดทางลบ (Cynicism) ซึ่งหมายถึงการมีมุมมองเชิงลบกับงานที่ทำ ส่วนองค์ประกอบที่ 3 ความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ (Reduced personal accomplishment) ปรับความหมายให้กว้างขึ้นและใช้คำใหม่ว่าการไร้ประสิทธิภาพ (Inefficacy) การปรับปรุงดังกล่าวส่งผลให้แบบวัดภาวะเหนื่อยล้าจากงานที่ใช้ในปัจจุบันมีความเหมาะสมที่จะใช้วัดกับคนทำงานในอาชีพต่างๆ ได้มากขึ้น อย่างไรก็ตามมีบางมุมมองระบุว่าการปรับคำในแบบวัดใหม่ให้เป็นกลางสำหรับอาชีพต่างๆ อาจทำให้ขาดความเฉพาะเจาะจงกับอาชีพที่ให้บริการประชาชน (Maslach and Leiter, 2016) จึงมีการวัดในประเด็นที่เกี่ยวกับความเครียดที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal strain) เพิ่มเติมจากแบบวัดภาวะหนื่อยล้าจากงานทั่วไป (Borgogni, et al, 2012)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเหนื่อยล้าจากงาน

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเหนื่อยล้าจากงาน สามารถสรุปได้ 3 ปัจจัย ดังนี้ (นฤมล สุธีรวุฒิ, 2558; Maslach and Leiter, 2016)

1. ปัจจัยส่วนบุคคล แบ่งเป็นปัจจัยด้านประชากร และปัจจัยด้านบุคลิกภาพ ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การศึกษาเกี่ยวกับภาวะเหนื่อยล้าจากงาน ในประเทศไต้หวันพบว่าเพศหญิงภาวะเหนื่อยล้าจากงานมากกว่าเพศชาย และพบว่าภาวะเหนื่อยล้าจะสูงสุดเมื่ออายุประมาณ 30-50 ปี (Cheng, et al., 2013) การศึกษาในกลุ่มพนักงานที่ทำงานด้านบริการสุขภาพจิต พบว่าพนักงานที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีภาวะเหนื่อยล้าจากงาน มากกว่าพนักงานทั่วไป ซึ่งอาจเป็นเพราะภาระหน้าที่ของพนักงานที่มีระดับการศึกษาสูงนั้นมีตำแหน่งหน้าที่สูงและมีภาระงานที่มีความซับซ้อนกว่าจึงอาจทำให้เกิดภาวะเหนื่อยล้าจากงาน ได้มากกว่า รวมถึงพนักงานที่ผ่านการหย่าร้างหรือเป็นหม้ายจะมีภาวะเหนื่อยล้าจากงานที่สูงกว่าเมื่อเทียบกับคนโสด ซึ่งอาจตีความได้ว่าการหย่าร้างหรือการสูญเสียคู่ชีวิตนั้นถือเป็นเรื่องที่กระทบกระเทือนทางจิตใจอย่างสูงและจะมีผลกระทบกับ ภาวะเหนื่อยล้าจากงาน (Rossi et al., 2012) ส่วนปัจจัยด้านบุคลิกภาพ มีงานวิจัยพบว่าบุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบหวั่นไหวนั้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเหนื่อยล้าจากงานสูง เนื่องจากบุคลิกภาพแบบหวั่นไหวสูงจะมีความวิตกกังวลและความท้อแท้สูงจึงเป็นสิ่งเร้าให้เกิดภาวะเหนื่อยล้าจากงานได้ง่าย ส่วนบุคลิกภาพแบบแสดงตัว บุคลิกภาพประนีประนอม และบุคลิกภาพแบบมีจิตสานึกนั้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเหนื่อยล้าจากงานต่ำ (Kim, Shin & Swanger, 2009) รวมถึงผู้ที่มีความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวมีอิทธิพลกับการพัฒนาความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดคุณค่าความเป็นบุคคล (Lizano & MorBarak, 2012)

2. ปัจจัยด้านงานจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ บุคลากรด้านสาธารณสุขและด้านสังคมสงเคราะห์นั้นมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่หลากหลายดังนั้นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย (Challenging behavior) เช่น อารมณ์รุนแรง ก้าวร้าว ชอบทำลายข้าวของจึงเป็นสิ่งที่อาจจะพบเจอได้ในเกือบทุกวัน งานวิจัยในกลุ่มของผู้ดูแลผู้ป่วยที่พิการในประเทศออสเตรเลียพบว่าพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อการลดคุณค่าความเป็นบุคคลซึ่งเป็นหนึ่งในองค์ประกอบของภาวะเหนื่อยล้าจากงาน (Vassos, et al., 2013)

3. ปัจจัยด้านองค์กร การศึกษาปัจจัยในองค์การที่เป็นสาเหตุของภาวะเหนื่อยล้าจากงานในหลากหลายอาชีพในหลายประเทศ พบ 6 ปัจจัยสำคัญ ได้แก่ ภาระงาน (workload) การควบคุม (control) รางวัล (reward) ชุมชนที่ทำงาน (community) ความยุติธรรม (fairness) และค่านิยม (values) โดยสามารถอธิบายปัจจัยสาเหตุเหล่านี้ต่อภาวะเหนื่อยล้าจากงานดังนี้ (Maslach and Leiter, 2016)

1) ภาระงานที่มากเกินไป (workload) ทำให้คนทำงานใช้ศักยภาพของตนหมดไปเพื่อทำงานให้ได้ตามความต้องการหรือข้อเรียกร้องจากงาน เมื่อภาระงานที่มีมากเกินไปเป็นระยะเวลายาวนาน โดยคนทำงานมีโอกาสน้อยที่จะพักผ่อน พักฟื้น และปรับสมดุลตนเอง ส่งผลให้คนทำงานเกิดภาวะเหนื่อยล้าจากงาน

2) การที่คนทำงานไม่สามารถควบคุม หรือตัดสินใจในการทำงานของตนเอง (control) ทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาในการทำงานของตนเอง ส่งผลต่อภาวะเหนื่อยล้าจากงาน

3) การได้รับรางวัล (reward) มีผลต่อการปรับพฤติกรรมของบุคคล การไม่ได้รับการยอมรับนับถือและรางวัลไม่ว่าจะเป็นด้านตัวเงิน หรือทางสังคม จะทำให้บุคคลเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเหนื่อยล้าจากงาน เพราะบุคคลรู้สึกว่าทั้งงานและตัวคนทำงานถูกด้อยคุณค่า นำไปสู่ความรู้สึกไร้ประสิทธิภาพ

4) ชุมชนที่ทำงาน (community) ชุมชนที่ทำงานมีความเกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพของบุคคลกับคนอื่นๆ ในงาน หากสัมพันธภาพมีลักษณะการขาดการสนับสนุนและขาดความไว้เนื้อเชื่อใจ ไม่มีการแก้ไขความขัดแย้งที่เกิดขึ้นจะนำไปสู่ภาวะเหนื่อยล้าจากงาน

5) ความยุติธรรม (fairness) เป็นเรื่องของความเท่าเทียมกันทางสังคม ที่บุคลากรรับรู้ได้จากการชุมชนในที่ทำงานของตน เมื่อใดก็ตามที่บุคลากรรู้สึกว่าตนเองได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะ ไม่เท่าเทียม ไม่เป็นธรรม จะนำไปสู่ความรู้สึกทางลบ รู้สึกโกรธ และคิดไม่ดีต่อคนอื่นและงาน

6. ค่านิยม (values) ค่านิยมนับเป็นพลังทางปัญญาและอารมณ์ที่มีต่อเป้าหมายและความคาดหวังในงาน ค่านิยมเป็นทั้งอุดมการณ์และแรงจูงใจที่เชื่อมต่อระหว่างคนทำงานกับองค์การที่ทำงาน ซึ่งอยู่เหนือจากการมองเรื่องผลประโยชน์แลกเปลี่ยนหรือการทำงานเพื่อเงิน เมื่อใดที่มีความขัดแย้งเรื่องค่านิยมในงาน หรือค่านิยมของบุคคลกับองค์การไม่ตรงกัน บุคลากรจะเริ่มรู้สึกว่างานอะไรที่ตนเองอยากทำ และงานอะไรที่ตนจำใจต้องทำ ซึ่งนำไปสู่ภาวะเหนื่อยล้าจากงาน

ผลกระทบของภาวะเหนื่อยล้าจากงาน

การทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าผลกระทบจากภาวะเหนื่อยล้าจากงาน มีทั้งผลกระทบต่อบุคคล และต่อองค์การ ดังนี้

1) ผลกระทบต่อบุคคล มีทั้งผลกระทบต่อสุขภาพ และสัมพันธภาพของบุคคล ได้แก่ (Maslach and Leiter, 2016; Gabriel and Aguinis, 2021)

ผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคล พบว่าภาวะเหนื่อยล้าจากงานมีความสัมพันธ์กับสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ไม่ดี โดยอาการเหนื่อยล้า มีความเชื่อมโยงกับภาวะเครียด ได้แก่ อาการปวดศีรษะ อาการเหนื่อยล้าแบบเรื้อรัง ระบบทางเดินอาหารทำงานผิดปกติ อาการตึงของกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ความดันโลหิตสูง อาการเป็นไข้ หรือเป็นหวัด และนอนไม่หลับ ซึ่งเป็นอาการแสดงของการมีภาวะเครียดเรื้อรัง และมีงานวิจัยที่พบว่าการมีภาวะเหนื่อยล้าจากงานมีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด และจากการติดตามระยะยาว 10 ปี ในคนทำงาน พบว่าภาวะเหนื่อยล้าจากงานเป็นตัวทำนายการป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่จำเป็นต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล มีการศึกษาที่พบความเสี่ยงของผู้ที่มีภาวะเหนื่อยล้าจากงานที่จะต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่าคนทั่วไป 1.4 เท่า

ผลกระทบต่อสัมพันธภาพของบุคคลกับผู้อื่น พบว่าภาวะเหนื่อยล้าจากงานส่งผลให้บุคคลมีความเครียดสูง และนำความเครียด ความวิตกกังวล ความโกรธจากที่ทำงานกลับไปสู่ครอบครัว ทำให้เกิดการแยกตัวจากสมาชิกในครอบครัว และเพื่อนๆ

2) ผลกระทบต่อองค์การ บุคลากรที่มีภาวะเหนื่อยล้าจากงานจะทำให้มีปฏิกิริยาเชิงลบและการถอนตัวออกจากงาน รวมถึงความไม่พึงพอใจในงาน ขาดความยึดมั่นผูกพันกับองค์การ การลาหยุดงาน ตั้งใจที่จะออกหรือเปลี่ยนงาน การจัดบริการมีคุณภาพลดลง เกิดอุบัติเหตุในงานได้มากขึ้น นอกจากนี้บุคลากรที่ประสบภาวะเหนื่อยล้าจากงาน จะมีผลกระทบเชิงลบต่อผู้ร่วมงาน ทั้งทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างกันและทำให้งานสะดุด งานวิจัยพบว่าภาวะเหนื่อยล้าจากงานทำให้สิ่งแวดล้อมในการทำงานมีความก้าวร้าวระหว่างบุคคล ภาวะเหนื่อยล้าจากงานจึงไม่ใช่กลุ่มอาการที่เกิดในระดับบุคคลเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อทีมงานอีกด้วย (Maslach and Leiter, 2016; Gabriel and Aguinis, 2021)

สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 กับภาวะเหนื่อยล้าจากงานของบุคลากรสุขภาพ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 เริ่มจากมีการรายงานพบโรคปอดอักเสบไม่ทราบสาเหตุ เมื่อเดือน ธันวาคม 2562 ณ เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน ถือเป็นจุดเริ่มต้นของไวรัสระบาดแห่งศตวรรษ ต่อมาวันที่ 11 มีนาคม 2563 องค์การอนามัยโลกได้ออกประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคระบาดใหญ่ทั่วโลก ประเทศต่างๆ ใน ยุโรป สหรัฐอเมริกา ลาตินอเมริกา รัสเซีย อินเดีย แอฟริกาใต้ ได้ทยอยเป็นศูนย์กลางการระบาดและเป็นพื้นที่ระบาดต่อเนื่องหรือระลอกใหม่ ซึ่งพบว่าการเกิดวิกฤติกลายพันธุ์ของเชื้อโควิด-19 เป็นสาเหตุของการแพร่กระจายที่รวดเร็วมากขึ้น นอกจากนี้สภาพของอากาศที่หนาวเย็นในทวีปยุโรปและสหรัฐอเมริกา ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการระบาดมากขึ้นด้วยเช่นกัน (กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค, 2564)

สำหรับการระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไทย เริ่มตั้งแต่วันที่ 13 มกราคม 2563 โดยเป็นผู้ที่เดินทางมาจากประเทศจีน และมีรายงานการยืนยันเป็นผู้ป่วยรายแรกที่พบนอกประเทศจีนเมื่อวันที่ 31 มกราคม 2563 จากนั้นมีจำนวนผู้ป่วยยืนยันเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในเดือนกุมภาพันธ์ 2563 ต่อมากลางเดือนมีนาคม 2563 มีการระบาดเป็นการติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อน (Cluster) กับผู้ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมสนามมวย ตามมาด้วยการระบาดเป็นกลุ่มก้อนที่เกี่ยวข้องกับสถานบันเทิงย่านทองหล่อ แล้วการระบาดลามไปในหลายจังหวัด ในช่วงเดือนธันวาคม 2563 เกิดการระบาดระลอกที่ 2 จากกลุ่มก้อนที่เกี่ยวข้องกับตลาดมหาชัย ลามไปทั่วจังหวัดสมุทรสาคร ตลาดสดของจังหวัดข้างเคียง และระบาดเข้ามาถึงชานเมืองกรุงเทพมหานครด้านตะวันตกและจังหวัดใกล้เคียง เช่น นนทบุรี นครปฐม ปทุมธานี ร่วมกับพบการระบาดเป็นกลุ่มก้อนที่เกี่ยวข้องกับบ่อนในจังหวัดระยอง และการระบาดที่เกี่ยวข้องกับสถานบันเทิงย่านทองหล่อ กรุงเทพมหานคร ในช่วงเดือนเมษายน 2564 นอกจากนี้ยังมีปัญหาการข้ามพรมแดนทั้งคนไทยที่ไปทำงานในประเทศเพื่อนบ้าน และแรงงานข้ามชาติที่ลักลอบเข้ามาในประเทศไทยที่นำเชื้อโรคโควิด-19 เข้าประเทศ ปลายเดือนมิถุนายน 2564 พบมีการระบาดเป็นกลุ่มก้อนในแคมป์คนงานก่อสร้างในกรุงเทพมหานคร ทำให้มีคำสั่งล็อกดาวน์จังหวัดในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล และ 4 จังหวัดภาคใต้ ส่งผลให้มีแรงงานอพยพกลับต่างจังหวัดและนำเชื้อโรคโควิด-19 ไปแพร่ระบาดในจังหวัดต่างๆ ทั่วประเทศอย่างรวดเร็ว (ไทยโพสต์, 2564; งานโรคติดต่ออุบัติใหม่ กลุ่มพัฒนาวิชาการโรคติดต่อ, 2564) ผลที่ตามมาคือพบผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19 จำนวนมาก ซึ่ง

ในช่วงเดือนสิงหาคม 2564 มีสถิติผู้ป่วยรายใหม่ต่อวันสูงสุด 23,418 คน (ข้อมูลรายงานวันที่ 13 สิงหาคม 2564) และเสียชีวิตต่อวันสูงสุด 312 ราย (ข้อมูลรายงานวันที่ 18 สิงหาคม 2564) ทำให้สถานพยาบาลต้องขยายเตียงรับผู้ป่วย เปิดโรงพยาบาลสนามจำนวนมากทั่วประเทศ ส่งผลให้บุคลากรสุขภาพทุกระดับต้องทำงานอย่างหนักในการดูแลผู้ป่วยและการควบคุมโรค ภายใต้จำนวนบุคลากรและทรัพยากรอื่นๆ ที่มีไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยจำนวนมาก เกินศักยภาพของสถานพยาบาล ถึงแม้รัฐบาลจะมีนโยบายฉีดวัคซีนให้กับบุคลากรด้านสุขภาพที่ทำงานด่านหน้าเป็นกลุ่มแรกๆ เพราะเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ แต่ก็มีบุคลากรสุขภาพจำนวนหนึ่งที่ติดเชื้อจากการทำงานและจากชุมชน ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน - 7 กรกฎาคม 2564 พบบุคคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อจำนวน 1,064 ราย เป็นผู้ที่มีอาการป่วย จำนวน 491 ราย ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ แพทย์ และผู้ช่วยพยาบาล (กรมควบคุมโรค, 2564) โดยพบว่าการระบาดของโรคโควิด-19 ที่ยาวนานในประเทศไทย นับตั้งแต่มกราคม 2563 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2564 รวมระยะเวลาเกือบ 2 ปี มีผู้ป่วยสะสมจำนวน 2,076,135 คน และเสียชีวิตสะสมแล้วจำนวน 20,489 ราย (ณ วันที่ 23 พฤศจิกายน 2564) ถึงแม้ว่ารัฐบาลจะเร่งฉีดวัคซีนให้กับประชาชนให้ครอบคลุมมากที่สุดเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิต โดยสามารถฉีดวัคซีนได้ครอบคลุมประชากรเพิ่มมากขึ้น โดยได้รับวัคซีนเข็ม 1 ร้อยละ 64.69 และเข็ม 2 ร้อยละ 54.20 ทำให้จำนวนผู้ป่วยรายใหม่และเสียชีวิตต่อวันลดลงมาอย่างต่อเนื่อง โดย ณ วันที่ 23 พฤศจิกายน 2564 มีรายงานผู้ป่วยรายใหม่ ต่ำกว่า 5,126 คน และเสียชีวิต 53 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2564) อย่างไรก็ตามจากการที่มีนโยบายเปิดประเทศและการผ่อนคลายมาตรการต่างๆ ทำให้ยังคงมีการระบาดเป็นกลุ่มก้อนในบางชุมชน บางพื้นที่ เช่น ตลาดสด จากกิจกรรมการรวมกลุ่ม เช่น งานศพ งานทอดกฐิน และในบางจังหวัด เช่น จังหวัดในภาคใต้ ทำให้บุคลากรสุขภาพยังคงต้องทำงานด้านการป้องกันโรค การคัดกรองโรค และการรักษาผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มีอย่างต่อเนื่องและมีโอกาสที่จะกลับมาระบาดมากขึ้นอีกในบางพื้นที่

การปฏิบัติงานของบุคลากรสุขภาพภายใต้สถานการณ์ที่ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าการระบาดของโรคโควิด-19 จะสิ้นสุดเมื่อใด ความกังวลใจในเรื่องความปลอดภัยต่อสุขภาพของตนเองและครอบครัว ความเหนื่อยล้าจากการทำงานหนักที่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน การมีทรัพยากรที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้รับบริการที่มีจำนวนมาก อุปกรณ์ในการป้องกันการติดเชื้อที่ไม่เพียงพอหรือขาดคุณภาพ การที่ไม่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยบางรายที่มีอาการหนัก รวมทั้งการที่ตนเองต้องเว้นระยะห่างทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนฝูง และเพื่อนร่วมงาน จะยิ่งเป็นสถานการณ์ที่สร้างความเครียดสะสมที่ก่อให้เกิดภาวะเหนื่อยล้าจากงานได้สูง

ทั้งนี้มีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความเครียด วิตกกังวลหรือภาวะเหนื่อยล้าของบุคลากรสุขภาพในช่วงที่โรคโควิด-19 ระบาดในต่างประเทศจำนวนมาก ส่วนของประเทศไทยพบเพียง 1 การศึกษา คือ อภิสารธนารักษ์ และคณะ (Apisarnthanarak et al., 2020) ศึกษาความวิตกกังวลและความกลัวในบุคลากรสุขภาพของโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์และโรงพยาบาลศิริราช ในเดือนมีนาคม 2563 ซึ่งเป็นช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกแรกในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่าง 160 คน เป็นแพทย์ (32%) และพยาบาล (28%) พบว่ามีการรับรู้ว่าตนมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะสัมผัสเชื้อโรค (90%) มีโอกาสเสี่ยงที่จะถูกกักตัว (85.5%) ส่วนใหญ่มีความกลัวต่อโรคโควิด-19 (90%) มีความวิตกกังวลระดับน้อยมาก ถึงน้อย (31.8%, 23.1% ตามลำดับ) มีการล้างมือและ

สวมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลมากกว่าร้อยละ 95.6 และ 93.1 ตามลำดับ ถึงแม้บุคลากรจะมีความวิตกกังวลไม่มาก แต่ความกลัวก็ทำให้บุคลากรส่วนใหญ่ไม่ต้องการให้โรงพยาบาลรับผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 รายใหม่ หรือต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ โดยมีข้อเสนอแนะว่าสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้บุคลากรสุขภาพลดความวิตกกังวล 2 ลำดับแรก คือ นโยบายของโรงพยาบาลในการจัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลให้บุคลากรอย่างพอเพียง (71%) และการให้ความรู้เกี่ยวกับการติดต่อและการป้องกันโรค (77%)

ส่วนการศึกษาด้วยวิธีการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตในบุคลากรสุขภาพระหว่างเกิดการระบาดใหญ่ของโรคโควิด-19 (Saragih et al., 2021) พบบุคลากรสุขภาพมีความวิตกกังวล (anxiety) ร้อยละ 40 (พิสัย 29-52%) มีภาวะซึมเศร้า (depression) ร้อยละ 37 (พิสัย 29-45%) มีภาวะเป็นทุกข์ (distress) ร้อยละ 37 (พิสัย 25-50%) และบางการศึกษาพบภาวะเครียดหลังผ่านเหตุการณ์ร้ายแรง (post-traumatic stress disorder) ผู้วิจัยได้สรุปการศึกษาทั่วโลกเกี่ยวกับผลกระทบของการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อภาวะสุขภาพโดยรวมและสุขภาพจิตของบุคลากรสุขภาพที่ให้บริการด่านหน้า รวมถึงกระทบต่อระดับของความเป็นวิชาชีพ ขวัญกำลังใจ และปัจจัยกำหนดอื่น ๆ เนื่องจากภาวะการระบาดใหญ่ของโรคโควิด-19 ที่ทำให้เกิดความขาดแคลนของทรัพยากร และอุปกรณ์ป้องกันตนเองที่จะทำให้ชีวิตตนเองปลอดภัย ในทางตรงกันข้ามบุคลากรต้องทำงานโดยไม่ได้หยุดพักเพื่อให้บริการผู้ป่วยและต้องให้การดูแลครอบครัวของตนให้ปลอดภัยด้วย จึงมีความจำเป็นที่ผู้บริหารองค์การสุขภาพจะต้องให้ความสนใจปัญหาสุขภาพจิตของบุคลากร มีการประเมินคัดกรองสุขภาพจิต และส่งต่อเพื่อรับการช่วยเหลือ รวมทั้งมีการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีภายในองค์การ สอดคล้องกับการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของบุคลากรสุขภาพในทวีปเอเชีย ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ธันวาคม 2019 ถึง กันยายน 2020 พบบทความวิจัยตามเกณฑ์ 32 ชิ้น โดยเป็นงานวิจัยศึกษาในประเทศจีน 19 ชิ้น รองลงมาเป็นสิงคโปร์ 2 ชิ้น ที่เหลือเป็นประเทศอื่นๆ ในเอเชียประเทศละ 1 ชิ้น รวมถึงประเทศไทย ที่มี 1 ชิ้น เมื่อแบ่งกลุ่มวิเคราะห์ผลการศึกษาเป็น 2 กลุ่ม คือประเทศจีน กับประเทศอื่น พบว่าบุคลากรประเทศจีนมีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล นอนไม่หลับ และมีความกลัว ร้อยละ 27.8, 25.9, 35.0 และ 70.6 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มประเทศอื่นพบภาวะซึมเศร้า วิตกกงวล และมีความกลัว ร้อยละ 23.0, 12.5 และ 90.2 ตามลำดับ (Thatrimontrichi, Weber, and Apisarnthanarak, 2021)

เนื่องจากประเทศจีนมีการระบาดของโรคโควิด-19 เป็นประเทศแรก ทำให้มีการศึกษาภาวะเหนื่อยล้าจากงานของบุคลากรหลายชิ้น ได้แก่ การศึกษากับพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาล 2 แห่ง ในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 อย่างมากในเดือนมกราคม ถึงกุมภาพันธ์ 2020 พบว่าพยาบาลมีภาวะเหนื่อยล้าจากงานระดับปานกลาง แต่มีความกลัวในระดับสูง (Hu et al., 2020) และการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของบุคลากรสุขภาพที่ทำงานในโรงพยาบาลที่รับรักษาผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในประเทศจีนช่วงเดือนมกราคม ถึงกุมภาพันธ์ 2020 พบว่าร้อยละ 50.4 ของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 44.6 มีความวิตกกังวล ร้อยละ 34.0 มีภาวะนอนไม่หลับ ร้อยละ 71.5 มีความรู้สึกเป็นทุกข์ โดยบุคลากรที่มีปัจจัยด้านวิชาชีพพยาบาล เพศหญิง การเป็นบุคลากรด่านหน้า และพื้นที่ทำงานที่เมืออู่ฮั่น จะพบว่ามีอาการทางสุขภาพจิตรุนแรงกว่าบุคลากรกลุ่มอื่นที่ไม่มีปัจจัยดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Lai et al., 2020)

ส่วนการศึกษาในประเทศทางตะวันตก มีการศึกษาการเผชิญกับปัญหาโรคโควิด-19 ของบุคลากรสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกา ช่วงที่มีการระบาดหนักในเดือนพฤษภาคม ถึงตุลาคม 2020 พบว่าบุคลากรร้อยละ 61 รายงานว่ามีความกลัวว่าจะสัมผัสหรือติดเชื้อ ร้อยละ 38 มีความวิตกกังวล ร้อยละ 43 ต้องรับภาระงานที่มากเกินไป และร้อยละ 49 มีภาวะเหนื่อยล้าจากงาน โดยพบภาวะเครียดและเหนื่อยล้าจากงานทั้งในบุคลากรที่ทำงานด้านคลินิกและไม่ใช่คลินิก ค่าเฉลี่ยความเครียดสูงที่สุดในกลุ่มผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยแพทย์ และนักสังคมสงเคราะห์ ตามลำดับ บุคลากรเพศหญิงมีคะแนนความเครียดสูงกว่าเพศชาย กลุ่มบุคลากรที่รู้สึกว่าตนมีคุณค่ากับองค์การจะมีโอกาสที่จะมีภาวะเหนื่อยล้าน้อยกว่าร้อยละ 40 (Prasad et al., 2021) การศึกษาในนักรังสีวิทยาในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศโปรตุเกส โดยใช้แบบวัดภาวะเหนื่อยล้าจากงานของแมชแลช พบว่าร้อยละ 43.5 และ 45.5 ของนักรังสีวิทยา มีระดับความอ่อนล้าทางอารมณ์ และการลดความเป็นบุคคลในระดับสูงตามลำดับ และ ร้อยละ 59.8 มีความรู้สึกถึงการประสบความสำเร็จต่ำ ในภาพรวมพบภาวะเหนื่อยล้าจากงาน ร้อยละ 23.3 และหากพิจารณารายด้านพบว่านักรังสีวิทยาที่มีภาวะเหนื่อยล้าจากงานอย่างน้อย 1 ด้านในระดับสูงถึงร้อยละ 77.2 (Pereira, Silva, Freitas & Salgodo, 2021) และการศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลในเมืองโตรอนโตประเทศแคนาดาในช่วงที่โรคโควิด-19 ระบาด โดยเก็บข้อมูล 2 ช่วง คือ ครั้งแรกเดือนกันยายนถึงพฤศจิกายน 2020 ครั้งที่สองเดือนมกราคม ถึงกุมภาพันธ์ 2021 ผลการศึกษาพบว่าหากพิจารณาตามบทบาทวิชาชีพ พยาบาลจะมีการอ่อนล้าทางอารมณ์สูงกว่าวิชาชีพอื่นๆ บุคลากรที่ทำงานคลินิกหรือต้องดูแลผู้ป่วยจะมีการอ่อนล้าทางอารมณ์สูงกว่าผู้ที่ไม่ได้ทำงานคลินิก โดยทุกกลุ่มจะพบการอ่อนล้าทางอารมณ์ในการวัดครั้งที่สองสูงกว่าครั้งแรก ภาวะความรู้สึกทุกข์ใจของบุคลากรจะมากในผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองในภาวะการระบาดของโรคต่ำ และพบมากในกลุ่มที่มีลูกและมีผู้สูงอายุที่ต้องดูแล (Maunder et al., 2021)

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะพบได้ว่าการระบาดของโรคโควิด-19 ทั้งในประเทศไทยและประเทศต่างๆ ทั่วโลก ส่งผลให้บุคลากรสุขภาพต้องทำงานหนักจากการที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก ในขณะที่มีทรัพยากรในการทำงานและการป้องกันตนเองอย่างจำกัด ทำให้ต้องเผชิญกับความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัวว่าจะติดเชื้อทั้งตนเองและครอบครัว นำไปสู่ภาวะเหนื่อยล้าจากงาน และพบมากในบุคลากรเพศหญิง วิชาชีพพยาบาล ต้องทำงานด่านหน้า รวมถึงบุคลากรที่สมาชิกในครอบครัวที่เป็นเด็กและผู้สูงอายุ

แนวทางการป้องกันภาวะเหนื่อยล้าจากงาน

การป้องกันภาวะเหนื่อยล้าจากงาน โดยเฉพาะในช่วงวิกฤติโรคโควิด-19 ระบาด มีข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหารองค์กรสุขภาพ ดังนี้ (Gabriel and Aguinis, 2021)

1. การจัดกิจกรรมการจัดการความเครียด ผู้บริหารองค์กรสุขภาพควรจัดกิจกรรมการพัฒนาทักษะการจัดการความเครียดให้กับบุคลากร ถึงแม้ว่าจะไม่ใช่วิธีการจัดการที่ต้นเหตุของภาวะเหนื่อยล้าจากงาน ที่มักเกิดจากภาระงานที่มีมากและมีทรัพยากรในการทำงานที่จำกัด ในช่วงที่โรคโควิด-19 ระบาด ซึ่งบุคลากรไม่สามารถจะหลีกหนีออกจากสภาพการทำงานที่ไม่ดี เพราะทำให้เสี่ยงต่อการตกงานในช่วงที่มีการระบาดของโรคได้ ซึ่งการส่งเสริมให้บุคลากรสามารถจัดการความเครียดตนเองได้จะช่วยให้สามารถปรับตัวกับสภาพการทำงานที่เต็มไปด้วยความเครียด

ลดอาการอ่อนล้าทางทางอารมณ์ และเพิ่มทักษะให้สามารถเผชิญกับความกดดันในชีวิตการทำงานและความกดดันในได้มากขึ้น เช่น การฝึกการผ่อนคลาย การคลายเครียด ฝึกสมาธิ การปรับวิธีคิดเชิงบวก เป็นต้น

2. การพัฒนาความรู้ความสามารถและทักษะในการทำงาน เพื่อให้บุคลากรสามารถจัดการการบริการสุขภาพของตนได้ดีขึ้น มีทักษะในการแก้ปัญหาเมื่อพบกับพฤติกรรมของผู้รับบริการที่ไม่เหมาะสม มีทักษะและสามารถใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในการทำงานได้อย่างปลอดภัยไม่ติดเชื้อโรค

3. การให้บุคลากรได้มีส่วนร่วมในงานมากขึ้น คือการให้บุคลากรเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร นโยบายต่างๆ เข้าถึงทรัพยากรในการทำงาน ได้มีส่วนร่วมในการออกแบบงานของตนเอง ที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ความต้องการและความสามารถของตน รวมทั้งให้มีส่วนร่วมในการปรับวิธีทำงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ในภาวะวิกฤติฯ ผู้บริหารควรสนับสนุนให้บุคลากรได้มีอิสระในการกำหนดงานของตนเอง โดยให้มีการตั้งเป้าหมายงาน ต่อรองปริมาณงานและตัวเนื้องานที่เหมาะสมกับความสามารถของตน ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มความเชื่อมั่นในองค์กร ความเชื่อในความสามารถในการทำงานของตนให้ประสบความสำเร็จ ความสามารถในการกำหนดและควบคุมงานที่ตนทำ ลดความรู้สึกการด้อยคุณค่า ส่งผลให้ลดภาวะความเหนื่อยล้าในงานได้ หากมีความขัดแย้งเมื่อคนทำงานมีความเห็นไม่ตรงกัน จำเป็นต้องจัดการความขัดแย้งด้วยการหาทางออกที่ดี จะทำให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมในงานมากขึ้นและเกิดสัมพันธภาพที่ดี ในขณะเดียวกันผู้บริหารควรพัฒนาบุคคลให้มีทักษะในการทำงานเพิ่มขึ้นและแตกต่างจากเดิม เพิ่มโอกาสให้บุคคลสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในงานที่หลากหลายมากขึ้น ลดความจำเจในงานแบบเดิมๆ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนมีความสามารถและมีแรงจูงใจที่จะทำงาน ช่วยลดภาวะความเหนื่อยล้าในงานได้

4. การสร้างและส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยเหลือให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดจากการทำงานที่เกิดขึ้นทั้งทางกาย จิต และสังคม ทั้งนี้การเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำได้จากหลายแหล่ง เช่น จากครอบครัว เพื่อน ผู้ร่วมงาน และผู้บริหาร และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำได้ในหลายรูปแบบ เช่น การให้คำแนะนำ การรับฟัง การสนับสนุนสิ่งของที่จำเป็น หรือการทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีคนเข้าใจ ทั้งนี้ช่วงวิกฤตโควิด-19 ระบาด การที่ต้องเว้นระยะห่างทางสังคมทำให้บุคคลไม่สามารถใช้เวลาร่วมกับคนที่ตนรักเหมือนในช่วงเวลาปกติ ในขณะที่บุคคลเผชิญกับอารมณ์และความรู้สึกกลัว เศร้าโศก การต้องแยกห่างจากผู้คน และความไม่แน่นอนของสถานการณ์ ยิ่งทำให้จำเป็นต้องได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผู้บริหารจำเป็นต้องสร้างและเพิ่มคุณภาพของความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากร โดยผู้บริหารต้องเพิ่มความเห็นอกเห็นใจ พยายามเข้าใจในมุมมองของผู้ทำงาน และสร้างสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้เกิดความไว้เนื้อเชื่อใจ การสนับสนุนทางสังคมของผู้บริหารนับเป็นทรัพยากรในการทำงานที่สำคัญ การสื่อสารให้คนทำงานรู้สึกว่าเขามีคุณค่า ให้การช่วยเหลือให้บุคลากรทำงานได้สำเร็จตามเป้าหมาย และแสดงให้เห็นว่าผู้บริหารให้ความสำคัญกับความเป็นอยู่ที่ดีของคนทำงาน ยิ่งในภาวะที่มีความต้องการด้านงานมากเท่าไร ผู้บริหารยิ่งต้องสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับคนทำงานโดยการปรับภาระงานและการสนับสนุนทรัพยากรในการทำงานให้

การให้แรงสนับสนุนทางสังคมจะรวมถึงการให้รางวัลคนทำงาน ทั้งที่เป็นเงิน สิ่งของและแรงจูงใจภายใน เช่น ความภาคภูมิใจที่ได้ช่วยชีวิตคน การยกย่องในความเป็นผู้เสียสละซึ่งสอดคล้องกับค่านิยมของวิชาชีพและองค์การ จะเป็นสิ่งที่ช่วยลดการเกิดภาวะเหนื่อยล้าจากงาน อย่างไรก็ตามการให้รางวัลในรูปแบบต่างๆ ทำให้จะต้องส่งเสริมให้ทุกคนเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร นโยบายต่างๆ เข้าถึงทรัพยากรในการทำงาน มีส่วนร่วม มีความโปร่งใสและเป็นธรรมในการพิจารณาให้รางวัล ความดีความชอบคนทำงานรู้สึกถึงความเป็นธรรม

การที่คนทำงานมีภาวะเหนื่อยล้าจากงานจะส่งผลกระทบให้เกิดภาวะเหนื่อยล้าจากงานของคนอื่นๆ ในทีมงานด้วย ในขณะเดียวกันคนทำงานที่มีภาวะเหนื่อยล้าจากงานจะรู้สึกโดดเดี่ยวและไม่อยากพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาของตนเพราะรู้สึกอ่อนล้า และไม่ต้องการถูกตีตราจากคนอื่น ดังนั้นผู้บริหารควรเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมงานได้สะท้อนปัญหาจากการทำงาน วิธีการจัดการกับอารมณ์และปัญหาที่พบในการทำงานในช่วงวิกฤติ และให้การสนับสนุนคนทำงาน อย่างไรก็ตามต้องหลีกเลี่ยงการนัดประชุมที่บ่อยเกินไป โดยในช่วงวิกฤติที่มีการประชุมออนไลน์บ่อยครั้งทำให้เพิ่มความเครียดกับคนทำงานได้เช่นกัน จึงต้องมีการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น แต่ลดการเพิ่มความเครียดให้กับคนทำงานโดยไม่จำเป็น โดยให้เห็นว่าเวลาและพลังงานของคนทำงานมีคุณค่าอย่างมาก

นักวิชาการได้สรุปประเด็นข้อเรียกร้องของบุคลากรสุขภาพ ต่อให้ผู้บริหารขององค์กรให้ปฏิบัติใน 5 เรื่องที่จะช่วยลดความวิตกของบุคลกรสุขภาพในช่วงที่มีการระบาดของโรคโรคโควิด-19 คือ (Shanafelt, Ripp & Trockel, 2020)

1. การรับฟังบุคลการ (Hear me) โดยการเปิดช่องทางต่างๆ ที่จะรับข้อมูลและการสะท้อนกลับของบุคลากร ไม่ว่าจะเป็นการมีกลุ่มรับฟังปัญหา จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ กล่องรับข้อเสนอแนะ การเดินเยี่ยมเยียนของผู้บริหาร เป็นต้น และการให้ความสำคัญกับเสียงเรียกร้องของบุคลากรในการพิจารณาตัดสินใจในเรื่องต่างๆ

2. การปกป้องบุคลากร (Protect me) เป็นการจัดหาอุปกรณ์ป้องกันที่ผ่านการทดสอบประสิทธิภาพ ให้เข้าถึงได้เร็ว เพื่อให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อ มีการให้ข้อมูลและทรัพยากรในการป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่ครอบครัว

3. การเตรียมบุคลากร (Prepare me) โดยการฝึกอบรมและสนับสนุนบุคลากรเพื่อให้สามารถให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ โดยเฉพาะถ้าต้องทำงานในหน้าที่หรือจุดบริการใหม่ๆ รวมถึงการปรับรูปแบบการสื่อสารให้มีความชัดเจนและรวดเร็ว โดยบุคลากรสามารถร้องขอความช่วยเหลือเมื่อมีความต้องการได้อย่างรวดเร็ว

4. การสนับสนุนบุคลากร (Support me) โดยให้การสนับสนุนบุคลากรและครอบครัว ทั้งทางกายและทางจิตใน ทางกายเช่น จัดหาอาหารสุขภาพและน้ำดื่มให้ในขณะทำงาน การจัดพาหนะในการเดินทาง การจัดตารางเวรให้เหมาะสมกับระยะทางระหว่างที่พักกับที่ทำงาน การดูแลบุตรหลานบุคลากร เป็นต้น ส่วนด้านจิตใจ ด้วยการให้ขวัญกำลังใจ ให้การสนับสนุนหากมีปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น นอนไม่หลับ ทุกข์ใจ เป็นต้น

5. การดูแลบุคลากร (Care me) โดยให้การดูแลแบบองค์รวมหากบุคลากรหรือครอบครัวมีการติดเชื้อ เช่น จัดสถานที่กักตัว การให้การดูแลเรื่องอาหาร การดูแลบุตร การจัดวันหยุดให้กรณีต้องกักตัว การดูแลสุขภาพกายและจิต เป็นต้น

ในขณะที่กรมสุขภาพจิต (2563) ได้มีแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลจิตใจของบุคลากรสุขภาพ โดยแนะนำให้บุคลากรสุขภาพใช้หลักการ CARE ดังนี้ 1) C – Clarify ทบทวนใจตนเอง 2) A – AIM ตั้งเป้าหมายและจัดการปัญหา 3) R – Relax and reassure ผ่อนคลาย สร้างความมั่นใจ และ 4) E – Empowerment สร้างพลังใจ

สรุป

ภาวะเหนื่อยล้าจากงานนั้นเป็นกลุ่มอาการทางจิตวิทยาที่บุคคลตอบสนองต่อการเผชิญความเครียดในการทำงาน ซึ่งพบได้บ่อยในกลุ่มอาชีพด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ที่บุคลากรต้องทำงานให้บริการสุขภาพอย่างหนักตามความต้องการของผู้รับบริการที่มีการติดเชื้อและป่วยหนักจำนวนมาก และจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาจากบุคลากรสุขภาพ ในขณะที่มีทรัพยากรอันจำกัดในการจัดบริการและการป้องกันตนเองไม่ให้ติดเชื้อ ประกอบกับภาวะเสี่ยงที่บุคลากรสุขภาพและครอบครัวอาจติดเชื้อได้มาก การทำงานในสภาวะวิกฤติเช่นนี้อย่างยาวนานต่อเนื่องถึงเกือบ 2 ปี และไม่ทราบจุดสิ้นสุดของการระบาดของโรค ทำให้บุคลากรสุขภาพเกิดภาวะเหนื่อยล้าจากงานได้สูง กระบวนการเกิดภาวะเหนื่อยล้าจากงานจากการศึกษางานวิจัยก็ทำให้พบถึงบ่อเกิดของภาวะเหนื่อยล้าจากงานหลากหลายสาเหตุตั้งแต่ด้านปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจากงาน และปัจจัยระดับองค์กร ดังนั้นทุกฝ่ายควรตระหนักถึงความสำคัญและร่วมกันหาแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหานี้ เช่น การเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหาและรับมือกับความเครียด การพัฒนาขีดความสามารถ รวมถึงการสนับสนุนจากหัวหน้าและเพื่อนร่วมงาน การปรับปรุงการบริหารจัดการขององค์กร ก็จะเป็นแนวทางหนึ่งในการช่วยป้องกันภาวะเหนื่อยล้าจากงาน ที่จะเกิดขึ้นกับบุคลากรสุขภาพในช่วงที่มีโรคโควิด-19 ระบาด ภาวะเหนื่อยล้าจากงานไม่ได้เป็นเพียงแค่เรื่องส่วนบุคคลเพียงเท่านั้น แต่ยังเป็นเรื่องระดับองค์กรที่ต้องยื่นมือเข้ามาช่วยแก้ไข เมื่อบุคคลากรมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ก็จะทำให้องค์กรมีประสิทธิภาพในการทำงาน สามารถให้บริการด้านสุขภาพได้อย่างมีคุณภาพในที่สุด

ข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระบบบริการสุขภาพ ผู้บริหารควรให้การสนับสนุนทางสังคมแก่บุคลากร เช่น การให้คำแนะนำ การรับฟัง การสนับสนุนสิ่งของที่จำเป็น หรือการทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีคนเข้าใจ การให้บุคลากรได้มีส่วนร่วมในงาน มีการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการทำงานและการจัดการความเครียด ตลอดจนดูแลบุคลากรที่สุ่มเสี่ยงว่าจะเกิดภาวะเหนื่อยล้าจากงาน เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดภาวะเหนื่อยล้าและผลเสียต่อสุขภาพ และช่วยลดอัตราการลาออกจากงานได้ และที่สำคัญที่สุดองค์กรควรที่จะผลักดันนโยบายเกี่ยวกับการป้องกันภาวะเหนื่อยล้าจากงานในหน่วยงานให้เป็นเชิงรุกและมีความชัดเจนทางรูปธรรมมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2564). กรมควบคุมโรค ติวเข้ม “บุคลากรด่านหน้า” ในโรงพยาบาลทั่วไทยทั้งรัฐและเอกชน ป้องกันการติดเชื้อโควิด-19. Retrieved 4 สิงหาคม 2564. from: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=19925&deptcode=brc.

กรมสุขภาพจิต. (2563). การดูแลจิตใจบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. Retrieved 16 มิถุนายน 2563. from: https://www.dmh.go.th/covid19/pnews/view.asp?id=64

กระทรวงสาธารณสุข. (2564). สถานการณ์ผู้ติดเชื้อ COVID-19 อัพเดทรายวัน. Retrieved 23 พฤศจิกายน 2021. from: https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/?dashboard=main.

กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. (2564). สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มาตรการสาธารณสุข และปัญหาอุปสรรคการป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทาง. Retrieved 14 มกราคม 2564. from: https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2//files/1)

งานโรคติดต่ออุบัติใหม่ กลุ่มพัฒนาวิชาการโรคติดต่อ. (2564). สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มาตรการสาธารณสุขและปัญหาอุปสรรคการป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทาง. Retrieved 8 สิงหาคม 2564. from: https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf.

ไทยโพสต์. (2563). สรุปจุดเริ่มต้นโควิดระบาดรอบ 3. Retrieved 13 เมษายน 2564. Available from: https://www.thaipost.net/main/detail/99304.

นฤมล สุธีรวุฒิ. (2558). ภาวะหมดไฟ: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและแนวทางในการป้องกัน. *วารสารการวัดผลการศึกษา.* 32(91). มกราคม-มิถุนายน 2558. 16-25.

นิตยา เพ็ญศิรินภา. (2563). หน่วยที่ 11 สุขภาพจิตในการทำงาน. ใน *เอกสารการสอนชุดวิชา 54134 การยศาสตร์และจิตวิทยาอุตสาหกรรม. หน่วยที่ 8-15 (น. 11-1 -11-66).* นนทบุรี: สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

Apisarnthanarak, A. Apisarnthanarak, P., Siripraparat, C., Saengaram, P., Leeprechanon, N. and Weber, DJ. (2020). Impact of anxiety and fear for COVID-19 toward infection control practices among Thai healthcare workers. Infection Control & Hospital Epidemiology (2020), 1–2. doi:10.1017/ice.2020.280.

Bakker, AB, Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: state of the art. *J Manag Psychol*, 22:309-28.

Borgogni, L, Consiglio, C, Alessandri, G. et al. (2012). “Don’t throw the baby out with the bathwater!” Interpersonal strain at work and burnout. *Eur J Work Organizat Psychol,* 21:875-98.

Cheng, Y., Chen, I., Chen, C., Burr, H., & Hasselhorn, H. (2013). The influence of age on the distribution of self-rated health, burnout and their associations with psychosocial work conditions. *Journal of Psychosomatic Research, 74,* 213–220.

Cherniss, C. (1980). *Staff burnout: job stress in the human services*. Beverly Hills: Sage.

Harrington, R. (2013*). Stress, Health, and Well-being Thriving in the 21st Century.* International Edition. USA: Wadsworth, Cengage Learning.

Hu, D., Kong, Y., Li, w., Hand, Q., Zhang, X., Zhuf, LZ. Et al. Frontline nurses’ burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study. *EClinicalMedicine,* 24(2020).100424.

Gabriel, K.P. & Aguinis, H. (2021). How to Prevent and Combat Employee Burnout and Create Healthier Workplaces During Crises and Beyond *Business Horizons*, https://doi.org/10.1016/j.bushor.2021.02.037

Harrington, R. (2013*). Stress, Health, and Well-being Thriving in the 21st Century.* International Edition. USA: Wadsworth, Cengage Learning.

Kim, H., Shin, K., & Swanger, N. (2009). Burnout and engagement: A comparative analysis using the Big Five personality dimensions. *International Journal of Hospitality Management*, 28, 96–104.

Lai, J. et al (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*. 2020; 3(3):e203976. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976

Lizano, E., & MorBarak, M. (2012). Workplace demands and resources as antecedents of job burnout among public child welfare workers: A longitudinal study. *Children and Youth Services Review, 34,* 1769–1776.

Maslach C, P. Leiter M. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry, 15(2):103-11.*

Maunder, RG. et al. (2021) Psychological impact of the COVID-19 pandemic on hospital workers over time: Relationship to occupational role, living with children and elders, and modifiable factors. *General Hospital Psychiatry*. Available online 5 May 2021. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2021.04.012

Pereira, J.M., Silva, C., Freitas, D., Salgado, A. (2021) Burnout among Portuguese radiographers during the COVID-19 pandemic. *Radiography*. https://doi.org/10.1016/j.radi.2021.05.001

Prasad, K. et al. (2021) Prevalence and correlates of stress and burnout among U.S. healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A national cross-sectional survey study. *EClinicalMedicine,* 35 (2021) 100879 https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100879 online 16 May 2021.

Rossi, A., Cetrano, G., Pertile, R., Rabbi, L., Donisi, V., Grigoletti, L., Curtolo, C., Tansella, M., Thornicroft, G., & Amaddeo, F. (2012). Burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction among staff in community-based mental health services. *Psychiatry Research*, 200, 933–938.

Thatrimontrichai, A., Weber, DJ. & Apisarnthanarak, A. Mental health among healthcare personnel during COVID-19 in Asia: A systematic review. *Journal of the Formosan Medical Association,* 120(2021): 1296-1304.

Saragih, ID., Tonapa, SI., Saragih, IS., Advani, S., Batubara, SO., Suarilah, I., Lin, C. (2021). Global Prevalence of Mental Health Problems among healthcare workers during The Covid-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis, *International Journal of Nursing Studies*, doi: https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104002

Shanafelt, T. Ripp, J., Trockel, M. (2020). Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic. *JAMA*. June 2, 2020 Volume 323, Number 21, Downloaded From: https://jamanetwork.com/ on 11/03/2021

Vassos, M., & Nankervis, K. (2012). Investigating the importance of various individual, interpersonal, organizational and demographic variables when predicting job burnout in disability support workers. *Research in Developmental Disabilities, 33,* 1780–1791.

ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. เชี่ยวชาญด้านป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลกุดปลาดุก อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ

Effects of the Village Health Volunteer Specialized Program in Promoting and Preventing NCDs on Self-Care and Blood Pressure Control Behaviors in Patients with Hypertension at Kudpladuk Sub-district, Muang District, Amnat Charoen Province

ปฏิพงศ์ นาคนวล[1], มุจลินท์ คำล้อม[2] , หนึ่งฤทัย แสงสุข[3]
Patipong Naknuan[1], Mootjalin Kamlorm[2] and Nuengluethai Sangsuk[3]
โครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล*
Mahidol University Amnatchareon Campus*

(Received: *December 29*, 2020; Revised: *October, 23*, 2021; Accepted: *December 18*, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรม อสม. เชี่ยวชาญด้านส่งเสริมและป้องกันโรคไม่ติดต่อ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและควบคุมความดันโลหิต ในผู้ที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลกุดปลาดุก อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 27 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย ขั้นที่ 1 การพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยจัดอบรมตามโปรแกรม ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติการตามภารกิจ อสม. และขั้นที่ 3 ขั้นสรุปและประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired sample t-test ผลการวิจัยพบว่า

พฤติกรรมการดูแลตนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังการเข้ารับโปรแกรม ทั้งด้านการออกกำลังกาย ($p<0.001$) การจัดการความเครียด ($p=0.029$) การรับประทานยา ($p<0.001$) และการดูแลตนเองโดยรวม ($p<0.001$) สูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .01 ส่วนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ไม่มีความแตกต่างกัน

ดังนั้น ควรนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบส่งเสริมศักยภาพ อสม. เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองและควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลตนเอง, อสม.เชี่ยวชาญ, ควบคุมระดับความดันโลหิต

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: prasert.pra@mahidol.edu เบอร์โทรศัพท์ 083-0944181

Abstract

This one-group quasi-experimental research was to measure before and after the experiment of the village health volunteer specialized program in promoting and preventing NCDs on self-care and blood pressure control behaviors in patients with hypertension at Kudpladuk sub-district, Muang district, Amnat Charoen province. Participants, as the experimental group, were 27 patients and attended the program for 4 weeks. The program included 3 steps: 1) Development of the volunteers' potential by organizing and providing the training program for the participants; 2) Mission implementation of the participants; and 3) Conclusion and evaluation. Data were collected by the researcher-generated interview questionnaire with a confidence value of 0.73 and analyzed by descriptive statistics and paired sample t-test.

The study found that self-care behaviors of the participants after intervention in terms of exercising ($p<0.001$), managing stress ($p=0.029$), taking medicine ($p<0.001$) and taking entire self-care ($p<0.001$) had significantly higher than before intervention, while eating behavior of the participants was not significant.

It could be suggested that the results of this study should be applied and beneficial for program development to improve potential of village health volunteers for helping adjusting self-care behaviors and blood pressure control of hypertension patients.

Keywords: self-care behaviors, skilled volunteers, blood pressure control

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลก ซึ่งประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงถึง 7.5 ล้านคน และมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1 พันล้านคนทั่วโลก และคาดว่าในปี 2568 ความชุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน (ณัฐธิวรรณ พันธ์มุง, อลิสรา อยู่เลิศลบ, สราญรัตน์ ลัทธิ, 2562) สำหรับสถานการณ์ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ.2556–2560 เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 เป็น 14,926.47 ส่วนจังหวัดอำนาจเจริญ อำเภอเมืองอำนาจเจริญ มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่อยู่ในอันดับที่ 4 จากทั้งหมด 7 อำเภอใน พ.ศ.2558 – 2562 คือ 1,820 ราย คิดเป็นร้อยละ 20 (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) และจากรายงานตามตัวชี้วัดในระดับ NCD Clinic Plus ปี 2563 ผู้ป่วยความดันโลหิตที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีใน จังหวัดอำนาจเจริญ และอำเภอเมืองอำนาจเจริญคิดเป็นร้อยละ 44.28 และ 40.5 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่ายังไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขที่ระบุว่าผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ซึ่งสาเหตุผู้ที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้นั้นมาจาก 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ประกอบด้วย เพศ ประวัติการดื่มสุรา อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติความดันโลหิตสูงในครอบครัว (ภัสราวลัย ศีติสาร, อรุณวรรณ สุวรรณรัตน์, จารุวรรณ ใจลังกา, 2018) การบริโภคไม่ถูกส่วน (เกิน หวาน เค็ม มัน) บริโภคผักผลไม้น้อย การรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง การขาดออกกำลังกายการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การมีภาวะอ้วน การมีภาวะเครียดสะสม (ณัฐธิวรรณ พันธ์มุง, อลิสรา อยู่เลิศลบ, สราญรัตน์ ลัทธิ, 2562) และการขาดหรือไม่กินยาตรงเวลาตามคำสั่งแพทย์ ไม่พบแพทย์ตามกำหนดนัด (รอยพิมพ์ เลิศวิริยานันท์,

2556) ทั้งนี้รวมถึง ปัจจัยภายนอก เช่น รูปแบบการจัดบริการสุขภาพให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก รวดเร็ว ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดได้อย่างต่อเนื่องลดปัญหาเรื่องการขาดยา (อัจฉราภรณ์ นีละศร, 2559) ด้านความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ชุมชน (ภัสราวลัย ศีติสาร, อรุณวรรณ สุวรรณรัตน์, จารุวรรณ ใจลังกา, 2018)

ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จึงถือเป็นผู้ที่ไม่มีแรงจูงใจในการดูแลตนเอง เอาใจใส่ในตนเอง จึงมีความความจำเป็นในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ (Findlow, Basalik, Dulin, Tapp, & Kuhn, 2013) โดยนำบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ดำเนินงานในลักษณะเชิงรุกมาใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองและควบคุมระดับความดันโลหิตในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564) ยุทธศาสตร์ที่ 3 ที่ว่าด้วยการพัฒนาศักยภาพแกนนำด้านสุขภาพ (Health Leader) ในชุมชน ในด้านเฝ้าระวัง ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ อีกทั้ง อสม.ยังเป็นบุคคลากรทางสาธารณสุขที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยในชุมชน ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการได้รับแรงจูงใจและแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นกระบวนการที่มีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในเครือข่ายทางสังคมที่อาจทำให้มีสุขภาพกายและจิตที่ดีขึ้น (Cohen, Gottlieb, & Underwood, 2000)

จากสถานการณ์ที่มีอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่เพิ่มขึ้นในทุกปี รวมถึงสถานการณ์ในผู้ป่วยรายเก่าที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดยมีสาเหตุจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ขาดการดูแลตนเองและขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการแก้ไขปัญหานี้จากศึกษา พบว่าการใช้ทฤษฎี แนวคิด และโปรแกรมที่เกี่ยวข้องด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในเครือข่ายทางสังคมต่างๆ มีผลต่อพฤติกรรมการดูตนเองและการควบคุมระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องศึกษาการจัดทำโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. เชี่ยวชาญด้านป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับความดันโลหิตในกลุ่มผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้พร้อมทั้งสอดคล้องกับบริบทของชุมชนอีกด้วย

วัตถุประสงค์จัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. เชี่ยวชาญด้านป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับความดันโลหิต ในกลุ่มผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลกุดปลาดุก อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ

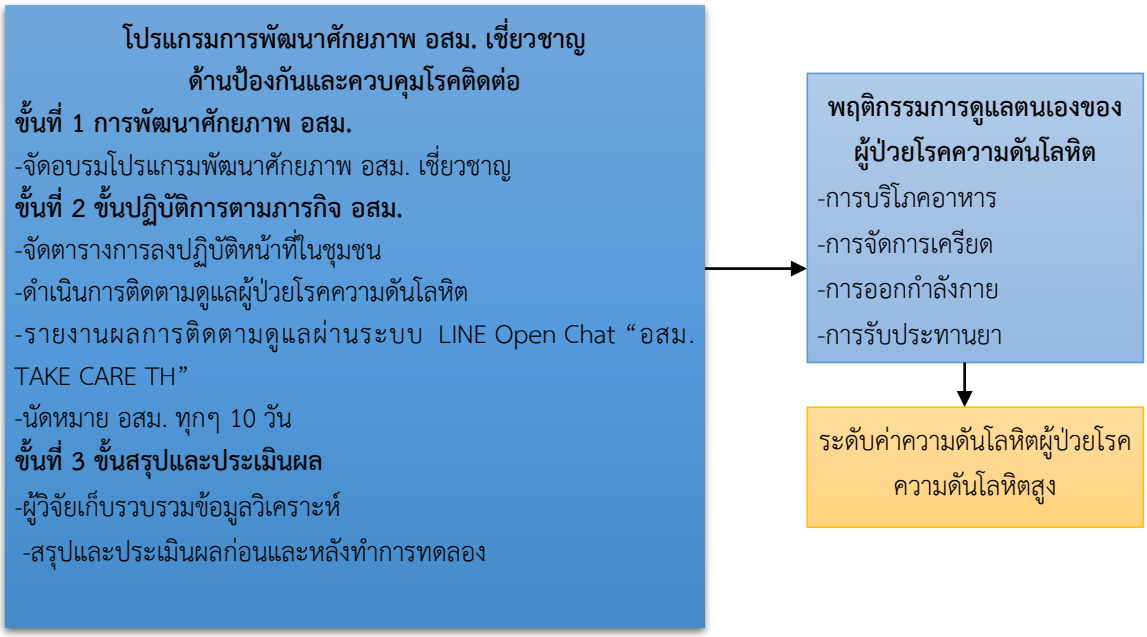
สมมติฐานวิจัย

1. ภายหลังจากการเข้ารับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. เชี่ยวชาญด้านป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ในกลุ่มผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้น

2. ภายหลังจากการเข้ารับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. เชี่ยวชาญด้านป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ระดับความดันโลหิต ในกลุ่มผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงลดลง

กรอบแนวคิดวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยสรุปได้ว่า ปัจจัยที่ทำให้การควบคุมระดับความดันโลหิตสูงไม่ได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้ง 3 ด้าน คือ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความความเครียด การควบคุมความระดับความดันโลหิตจำเป็นต้องเริ่มจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในชีวิตประจำวัน ซึ่งแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะอาศัยแรงสนับสนุนจากสังคม ในรูปแบบผู้รู้ที่ไว้ใจ ตามทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ของ House (1981)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลังการทดลอง (one-group pre-test post-test quasi-experimental study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ 1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่ตำบลกุดปลาดุก อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 302 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1.1) ไม่มีความพิการ 1.2) ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมและมีเวลาสามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้จนจบโปรแกรม และ 1.3) สามารถอ่านออกเขียนได้ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1.1) เป็นผู้ป่วยติดเตียง และ 1.2) เป็นพระภิกษุ หรือนักบวช 2) อสม. ที่ปฏิบัติงานในตำบลกุดปลาดุก อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน คน

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลกุดปลาดุก อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 29 คน โดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนแทนค่าประชากร ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% จะได้กลุ่มตัวอย่างโดยประมาณ 25.82 ตัวอย่าง โดยเผื่อกลุ่มตัวอย่าง 10 เปอร์เซ็นต์ เท่ากับ 28.40 ตัวอย่าง ดังนั้นจึงดำเนินการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 29 คน 2) อสม. ที่ปฏิบัติงานในตำบลกุดปลาดุก อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster sampling) ทำการสุ่มหมู่บ้านในตำบลกุดปลาดุก จากจำนวนหมู่บ้านทั้งหมด 8 หมู่บ้าน ได้บ้านนาสีนวน ซึ่งเป็นหมู่บ้านแฝด ประกอบด้วยหมู่ที่ 7 และ 8 รวมจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด 29 คน ซึ่งมีจำนวนใกล้เคียงกับจำนวนตัวอย่างที่คำนวณได้ในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงศึกษาทั้งหมดในหมู่บ้านนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการทดลอง คือ โปรแกรมพัฒนาศักยภาพ (อสม.) เชี่ยวชาญด้านป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมความดันโลหิต ในผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิต ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 จัดอบรมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. เชี่ยวชาญด้านป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ขั้นตอนที่ 2 การลงปฏิบัติหน้าที่ของอสม.ในชุมชน และขั้นตอนที่ 3 การติดตามนัดหมายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทุกๆ 10 วัน

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย คือ แบบสอบสอบถามและประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง เพศ สถานภาพสมร ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก ผู้ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว ลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นแบบเลือกตอบ และเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 25 ข้อ แบบวัดค่าความถี่ของพฤติกรรมซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำนวน 8 ข้อ พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน 4 ข้อ พฤติกรรมการจัดการเครียด จำนวน 8 ข้อ พฤติกรรมการรับประทานยา จำนวน 4 ข้อ เป็นครั้งต่อสัปดาห์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และมีเกณฑ์การให้คะแนนเป็น Rating scale ตามลักษณะคำถามเชิงลบและเชิงบวก และมีเกณฑ์การให้คะแนนเป็น Rating scale ตามลักษณะคำถามเชิงลบและเชิงบวก (กัลยา วาณิชย์บัญชา, 2544) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.75 หมายถึง มีพฤติกรรมระดับควรปรับปรุง
คะแนนเฉลี่ย 1.76-2.50 หมายถึง มีพฤติกรรมระดับพอใช้
คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.25 หมายถึง มีพฤติกรรมระดับดี
คะแนนเฉลี่ย 3.26-4.00 หมายถึง มีพฤติกรรมระดับดีเยี่ยม

ส่วนที่ 3 ระดับความดันโลหิต จะวัดค่าความดันโลหิตก่อนและหลัง โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ (Non-invasive automated sphygmomanometers) ซึ่งเป็นเครื่องวัดความดันโลหิตที่มีระบบตรวจวัดค่าความดันโลหิตในตัว และแสดงค่าความดันโลหิตอัตโนมัติ (digital display) โดยวัดกลุ่มตัวอย่างในเครื่องเดียวกัน และได้รับการตรวจสอบเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติอย่างสมบูรณ์และได้มาตรฐานแล้ว

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การทดสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้วิจัยนำโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ (อสม.) เชี่ยวชาญด้านป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ และแบบสัมภาษณ์ ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ตรวจสอบได้ค่าความตรงระหว่าง .67 – 1.00 และได้ค่าความเชื่อมั่นโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Reliability Cronbach's Coefficient Alpha) เท่ากับ 0.73

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. นำหนังสือขอความอนุเคราะห์ส่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสีนวน ตำบลกุดปลาดุก อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ เพื่อขออนุญาต และอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย

2. ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นัดหมายผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้ง 2 หมู่บ้านมาตรวจวัดระดับความโลหิตก่อนดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. เชี่ยวชาญด้านป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและควบคุมระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ขั้นการทดลอง

ขั้นตอนที่ 1 จัดอบรมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. เชี่ยวชาญด้านป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตในระดับเดียวกัน

ขั้นตอนที่ 2 การลงปฏิบัติหน้าที่ของอสม.ในชุมชน โดยดำเนินการติดตามกำกับดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ตนเองได้รับผิดชอบ โดยดูแลเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการเครียด พฤติกรรมการรับประทานยา และการควบคุมระดับความดันโลหิต อย่างน้อย 4 ครั้งต่อสัปดาห์ ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกายจัดทำกิจกรรมทุกวัน เวลา 16.00 – 17.00 น. และรายงานผลการติดกตามกำกับดูแลผ่านระบบ LINE Open Chat “อสม. TAKE CARE TH”

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามนัดหมายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทุกๆ 10 วัน เพื่อติดตามการดำเนินการ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ในการกำกับดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ตนเองรับผิดชอบดูแล และผู้วิจัยเก็บรวบรวม สรุป และประเมินผลข้อมูลวิเคราะห์ ก่อนและหลังทดลอง

ขั้นหลังการทดลอง

1. ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังการทดลองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นัดหมายผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้ง 2 หมู่บ้านมาตรวจวัดระดับความโลหิตก่อนดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. เชี่ยวชาญด้านป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและควบคุมระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

2. ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง คะแนนพฤติกรรมการการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิต โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต ในก่อนและหลังการเข้ารับโปรแกรม ด้วยสถิติ Paired sample test เนื่องจากค่าเฉลี่ยของระดับความดันมีการกระจายแบบโค้งปกติ

จริยธรรมวิจัย

โครงร่างวิจัยได้รับพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ เอการับรองเลขที่ 18/2563 เมื่อวันที่ 9 ธันวาคม 2563

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 55.6 โดยอายุเฉลี่ย 60.6 ปี (*SD*= 13.93) อายุต่ำสุด 18 ปี และอายุสูงสุด 87 ปี เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 59.3 และ เพศชายคิดเป็นร้อยละ 40.7 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 77.8 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 88.9 ส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 2.6 มีประวัติญาติสายตรงที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 44.4 ส่วนดัชนีมวลกายอยู่ในช่วงปกติ (18.5-22.9) และ อ้วน (25.0-29.9) คิดเป็นร้อยละ 29.6

2. ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. เชี่ยวชาญด้านป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับความดันโลหิต ในกลุ่มผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลกุดปลาดุก อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ

ตาราง 1 พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการเข้ารับโปรแกรม

ตัวแปร	ก่อนเข้าโปรแกรม			หลังเข้าโปรแกรม			*t*	*df*	*p-value* (1-tailed)
	M	*SD*	ระดับ	*M*	*SD*	ระดับ			
การบริโภคอาหาร	2.79	0.28	ดี	2.90	0.41	ดี	-1.258	28	0.110
การออกกำลังกาย	2.81	0.63	ดี	3.46	0.31	ดีเยี่ยม	-5.449	28	<.001
การจัดการความเครียด	2.68	0.81	ดี	3.15	0.82	ดีเยี่ยม	-1.972	28	0.029
การรับประทานยา	3.50	0.53	ดีเยี่ยม	3.99	0.04	ดีเยี่ยม	-4.549	28	<.001
ภาพรวม	**2.95**	**0.36**	**ดี**	**3.37**	**0.20**	**ดีเยี่ยม**	**-5.454**	28	**<.001**

จากตาราง 1 พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังการเข้ารับโปรแกรม ทั้งด้านการออกกำลังกาย *(p*<0.001*)* การจัดการความเครียด *(p*=0.029*)* การรับประทานยา *(p*<0.001*)* การดูแลตนเองโดยรวม *(p*<0.001*)* สูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .01 ส่วนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ไม่มีความแตกต่างกัน

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการเข้ารับโปรแกรม

ตัวแปร	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		*t*	*df*	*p-value* (1-tailed)
	M	*SD*	*M*	*SD*			
Systolic blood pressure	145.66	17.35	134.67	11.98	3.133	28	0.002
Diastolic blood pressure	85.81	7.78	79.56	14.44	1.969	28	0.030

จากตาราง 2 พบว่า ภายหลังจากการเข้ารับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. เชี่ยวชาญด้านป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ระดับความดันโลหิตในกลุ่มผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้ง Systolic และ Diastolic ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร พบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยการรับประทานอาหารต้านความดันโลหิตสูงและอาหารโซเดียมต่ำ จึงมีส่วนช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทั้งนี้เพราะการดูแลตนเองด้านบริโภคอาหารกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคไม่ได้ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของเสาวนีย์ ขวานเพรช (2554) โปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการที่ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีขึ้น มีการบริโภคอาหารโซเดียม ไขมันรวม ไขมันอิ่มตัว คอเลสเตอรอลลดลงและมีการบริโภคโพแทสเซียมสูงขึ้น

ด้านการออกกำลังกาย พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.001 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกนกวรรณ อุดมพิทยารัชต์ (2557) ศึกษาสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถตนเอง ได้รับความรู้ การสาธิตและฝึกออกกำลังกายพร้อมกับการตั้งเป้าหมายด้วยตนเอง ทำให้มีความเข้าใจแนวทางการปฏิบัติและมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถออกกำลังกายได้อย่างถูกต้อง การให้กลุ่มตัวอย่างจดบันทึกการออกกำลังกาย โดย อสม. เชี่ยวชาญ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในการออกกำลังกายและสามารถประเมินพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มผู้ป่วยปรับเปลี่ยนให้ถูกต้องและเหมาะสมที่สามารถ

ช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จนเกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิตดีขึ้น นอกจากนี้ได้มีการโทรศัพท์ ติดตาม จากผู้วิจัยซึ่งส่งผลให้เกิดการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่าง ปฏิบัติตามคำแนะนำและสร้างให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจนเกิดการเปลี่ยนแปลงต่อระดับความดันโลหิต และสุขภาพที่ดีตามมา

ด้านการจัดการความเครียด พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้ารับโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมมีความแตกต่างกันที่นัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของอาภรณ์ สิงห์ชาดา (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความเครียดของผู้สูงอายุ พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด การฝึกการหายใจ การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการทำสมาธิเป็นกิจกรรมที่ทำให้ความเครียดของผู้สูงอายุลดลง การฝึกสมาธิบำบัด SKT สอดคล้องกับงานวิจัยของ อรอุมา ปัญญโชติกุล (2560) พบว่าการฝึกสมาธิบำบัด SKT ในการลดระดับความดันโลหิต มีความพึงพอใจในการปฏิบัติธรรมภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องจากได้รับการส่งเสริมความรู้ที่คุ้มค่า คุ้มประโยชน์ในการทำสมาธิบำบัด มีมนุษย์สัมพันธ์ ยิ้มแย้มแจ่มใส และสามารถถ่ายทอดให้คำแนะนำได้อย่างชัดเจน ในภาพรวมก่อนเข้าโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันโลหิตสูงกว่าความดันโลหิตหลังการทำสมาธิบำบัด

ด้านการรับประทานยา พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.001 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับที่ดีเยี่ยม โดยการให้คำปรึกษาที่สร้างแรงจูงใจเพื่อสร้างแรงจูงใจส่วนบุคคล ต่อพฤติกรรมที่ส่งเสริมความมั่นใจ ให้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงผลกระทบของการใช้ยา เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ สอดคล้องกับงานวิจัยของศุลีพร สร้อยแก้ว (2557) การใช้โปรแกรมบริหารยาด้วยตัวเอง เป็นรูปแบบที่ฝึกให้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างต้องพึ่งตนเองในการรับประทานยาอย่างถูกต้อง โดยประเมินความสามารถในการอ่านฉลากยาของผู้สูงอายุ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การใช้ยา ฉลากยาต้องมีขนาดที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล การให้คำปรึกษาที่สร้างแรงจูงใจ มีการเสริมสร้างแรงจูงใจ และความมั่นใจในการใช้ยา การส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม ส่งเสริมให้มีการจัดกลุ่มของ ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับการใช้ยา การลืมรับประทานยา การรับประทานยาไม่ครบ อสม. เข้ามีส่วนร่วมในการพูดคุยปัญหาในการใช้ยาเพื่อส่งเสริม

พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .01 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดีเยี่ยม และมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของจันทร์จิรา สีสว่าง (2014) ศึกษาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง มีการให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการฝึกทักษะความรู้และการจัดการตนเอง เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การจัดการตนเอง ด้านการรับประทานอาหาร และเครื่องดื่มการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด โปรแกรมเน้นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แนวทางจัดการกับปัญหา หรือ อุปสรรคในการจัดการตนเอง โดยผู้วิจัยติดตามโดยการลงพื้นที่ และมีการประเมินผล ในการใช้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต และบริบทของผู้ป่วยรู้จากปัญหา และอุปสรรคที่ผ่านมา เพื่อนำไปสู่การปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างต่อเนื่อง

ระดับความดันโลหิต กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตก่อนได้รับเข้าโปรแกรมสูงกว่าหลังได้รับเข้าโปรแกรม พบว่า มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอัจฉราภรณ์ นีละศรี (2559) พบว่าการควบคุมความดันโลหิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงขึ้นอยู่ปัจจัยหลายประการทั้ง Personal Factor, Life Style และ Environment การจัดบริการสุขภาพแบบใกล้บ้าน ใกล้ใจ เป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก ได้รับบริการที่รวดเร็วซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดได้อย่างต่อเนื่อง ลดปัญหาเรื่องการขาดยา อันเป็นความเสี่ยงสำคัญต่อการต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบสำคัญๆ ของร่างกาย ความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมพัฒนา อสม. เชี่ยวชาญครั้งนี้ ไปขยายผลในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อเสริมสร้างบทบาทหน้าที่ในการเฝ้าระวังติดตามดูแลพฤติกรรมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2. ควรพัฒนารูปแบบการส่งเสริมศักยภาพ อสม.ด้านการบริโภคอาหารโดยใช้คู่มือโรคความดันโลหิตสูง และคู่มืออาหารต้านความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย เนื้อหาในเรื่อง สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง เรื่องอาหารต้านความดันโลหิต อาหารโซเดียมต่ำ ตัวอย่างปริมาณโซเดียมในอาหารแนะนำการอ่านฉลากโภชนาการ มากกว่า 8 สัปดาห์ สำหรับด้านการจัดการความเครียด ควรให้ความรู้เรื่องการจัดการความเครียด เรียนรู้ สาเหตุของความเครียดทางด้านร่างกาย ความคิด และพฤติกรรม รวมถึงประเมินความเครียด บอกวัตถุประสงค์ วิธีการ ขอบเขต ระยะเวลา และประโยชน์ที่จะได้รับจากการจัดการความเครียด โดยต้องใช้ระยะเวลา มากกว่า 8 สัปดาห์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษารูปแบบของแอพพลิเคชั่น Line Open Chat “อสม. Take Care TH” เพื่อการพัฒนาศักยภาพของ อสม. เชี่ยวชาญด้านป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ต่อพฤติกรรมการดูแลตัวเองและการควบคุมระดับความดันโลหิต ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2. ควรมีการขยายระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมได้ผลชัดเจนมากยิ่งขึ้น

3. ควรศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอื่นที่มีความแตกต่างในด้านวัย เพศ ระดับความรุนแรงของโรค และชุมชน เพื่อเป็นการเปรียบเทียบโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. เชี่ยวชาญผลลัพธ์ที่ดีขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

คณิตตา อินทบุตร. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับแรงงานสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รายใหม่ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอู่ทอง, *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, *26*(1), 73-83

จรูญศักดิ์ พันธวิศิษฎ์. (2556). การพัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเต้นบาสโลปและการเต้นไลน์แดนซ์ที่มีต่อความดันโลหิต ความอดทนของระบบไหลเวียนเลือดและหายใจ และการทรงตัวของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองหนองคาย. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 40*(1), 101-117.

เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์. (2562). ผลการใช้จัดการความเครียดต่อความสามารถจัดการความเครียดและระดับความเครียดของผู้สูงอายุ. *วารสารเกื้อการุณย์*, *26*(2), 66-77.

ชญาภัทร พันธ์งาม, รมย์กมล วิจิตรจันทร์, และดาวเรือง สายจันทร์. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันสูงของประชาชน. *วารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา*, *4*(1), 146-151.

ฐิติมา โกศัลวิตร, กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์, และทานตะวัน คำวัง. (2560). ผลโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ย่อ อ.คำเขื่อนแก้ว จ.ยโสธร. *วารสารราชธานีนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, *1*(2), 28-40.

ณัฐธิวรรณ พันธ์มุง, อลิสรา อยู่เลิศลบ, และสราญรัตน์ ลัทธิ. (2561). ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก. กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข, กองโรคไม่ติดต่อ, กรมควบคุมโรค. สืบค้นเมื่อ 15 สิงหาคม 2563 จาก https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/07/127178/.

ธีระพล ชัยสงคราม. (2552). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ ต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.* วิทยานิพนธ์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กลุ่มพัฒนาระบบสุขภาพสาธารณสุข. สำนักโรคไม่ติดต่อ การควบคุมโรค. สืบค้นเมื่อ 7 กันยายน 2563 จาก http://www.thainch.com/document/hot%news/ประเด็นสารวันความดันโลหิตสูง_62.pdf.

ศุลีพร สร้อยแก้ว. (2557). ประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, *3*(1).13-33.

สถิติสาธารณสุข. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 8 กันยายน 2563 จาก http://bps.moph.go.th.

เสาวณีย์ ขวานเพรช, พัชราณี ภวัตกุล, มันทนา ประทีปะเสน. (2554). ผลของโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์,* ฉบับพิเศษ, 9-20.

อัจฉราภรณ์ นีละศรี. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิต ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลวังน้ำเขียว อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม. *วารสารแพทย์เขต 4-5, 35*(2), 77-88.

อรอุมา ปัญญโชติกุล, สุธินา เศษคง, สุขุมาภรณ์ ศรีวิศิษฐ. (2560). ผลของสมาธิบำบัด SKT ในการลดระดับความดันโลหิต โรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขใต้, 4*(2), 245-255.

อาภรณ์ สิงห์ชาดา, กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ, สมใจ นกดี. (2559). ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความเครียดของผู้สูงอายุ. *วารสาร มฉก. วิชาการ วิทยาศาสตร์สุขภาพ*, *19*(38), 49-60.

อำพล จินดาวัฒนะ, สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, และสุรณี พิพัฒน์โรจนกมล. (2551). การเสริมสร้างสุขภาพ. *วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ*, *11*(2), 1-11.

Giuseppe M, et al. (2007). 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension the Task For for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal, 28, 1462-1536

World Health Organization, International Society of Hypertension Writing Group. (2003). 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH).

House, J.S. The association of Social relationship and activities with mortality: Community health study. American Journal Epidemiology 1981;3(7):25-30.

ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ของวัยรุ่นตอนต้นในจังหวัดยะลา

Oral Health Literacy and Oral Health Care of Early Adolescents in Yala Province

รอซีกีน สาเร๊ะ[1*], คันธมาทน์ กาญจนภูมิ[1] และ กัลยา ตันสกุล[2]

Rozikeen Sarae[1*], Kantamaht Kanchanapoom[1] and Kanlaya Tansakul[2]

มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา[1*], มหาวิทยาลัยหาดใหญ่[2]

Songkhla Rajabhat University[1*], Hatyai University[2]

(Received: *May 25*, 2021; Revised: *December 20*, 2021; Accepted: *December 27*, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของวัยรุ่นตอนต้น จังหวัดยะลา จำนวน 140 คน เลือกสุ่มแบบกลุ่มและสุ่มอย่างง่ายจากบัญชีรายชื่อ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ในการวัดเท่ากับ 0.67 – 1.00 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.803 และ 0.720 ตามลำดับ และสัมประสิทธิ์คูเดอร์ริชาร์ตสันได้เท่ากับ 0.754 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ผลการวิจัยพบว่า

ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพในการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ (M=62.91, SD=9.66) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับถูกต้องแต่ไม่สม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 57.86 และพบว่าความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์ทิศทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r_s = 0.516, P-value <0.001**)

ควรส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในกลุ่มวัยรุ่นตอนต้น โดยต้องสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ปกครอง โรงเรียน และหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองอย่างสม่ำเสมอ สามารถดูแลสุขภาพช่องปากได้ดีต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ, การดูแลสุขภาพช่องปาก, วัยรุ่นตอนต้น

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: rozikeen@yala.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 082-8293665)

Abstract

The purposes of this study were to explore: 1) the level of oral health literacy; 2) oral health care behavior; and 3) relationship between oral health literacy and oral health care behavior among early adolescents in Yala province. Totally, 140 respondents were selected by cluster sampling and then simple random sampling from student name lists. Data were collected by questionnaires with the validity (IOC) from 0.67-1.00, the reliability = 0.803 and 0.720 and also Kuder-Richardson = 0.754. Data were analyzed by descriptive statistics and Spearman rank correlation coefficient.

The results showed that overall knowledge of oral health literacy was at a fair level (M=62.91, SD=9.66). Most of respondents (57.86%) had their oral health care behavior at the correct level, but with no consistency. This study also found that dental health literacy had a significant moderate correlation in positive direction with oral health care behavior (rs = 0.516, P-value <0.001).

It could be suggested that oral health literacy among early adolescents should be promoted by increasing participation among parents, schools, and public health authorities. Participation from these parties could later promote consistent good dental health care behavior among early adolescents.

Keywords: oral health literacy, oral health care behavior, early adolescence

บทนำ

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพปรากฏให้เห็นว่าหลายประเทศประสบกับปัญหาสุขภาพอย่างต่อเนื่อง หากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำย่อมจะส่งผลต่อสภาวะสุขภาพในภาพรวม เมื่อประชาชนขาดความสามารถในการดูแลตนเอง จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น (WHO, 2009) และยังพบว่าปัญหาสุขภาพช่องปากเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้ในประชากรทุกกลุ่มอายุ โดยกลุ่มวัยรุ่นตอนต้น เป็นกลุ่มหนึ่งที่มีความเสี่ยงสูงในด้านปัญหาสุขภาพช่องปาก ปัญหาสุขภาพช่องปากที่พบได้บ่อย เช่น โรคฟันผุ โรคปริทันต์ (ยศวิมล คูผาสุข, 2561)

จากสถิติโรคฟันผุในประชากรของโลก พบว่าประชากรโลกมีโรคฟันผุประมาณ 3.5 พันล้านคน ปัญหาส่วนใหญ่ได้แก่ ปัญหาฟันแท้ผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา (WHO, 2020 อ้างถึงในรพิภรณ์ พิพัฒน์ศาสตร์, 2562) ในประเทศไทย ข้อมูลการสำรวจสุขภาพช่องปากกลุ่มวัย 12 ปี ซึ่งจัดอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนต้น ถือเป็นกลุ่มสำคัญทางระบาดวิทยา เนื่องจากเป็นช่วงอายุที่มีฟันแท้ขึ้นครบ 28 ซี่ในช่องปาก อัตราการเกิดโรคฟันผุในวัยนี้จะใช้ทำนายแนวโน้มการเกิดโรคฟันผุในวัยผู้ใหญ่ พบว่า ร้อยละของนักเรียนที่มีประสบการณ์เป็นโรคฟันผุในฟันแท้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 2555 และ 2560 เท่ากับ 56.87 52.3 และ 52.00 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี ไม่ควรมีฟันผุเกินกว่าร้อยละ 46 ความชุกการเกิดโรคฟันผุ ในภาคใต้ร้อยละ 44.0 ในขณะที่กลุ่มอายุ 15 ปี ที่ได้รับการตรวจฟัน มีความชุกของการเกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 62.7 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) 2.0 ซี่/คน (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2561) ทั้งนี้ จากสถานการณ์สุขภาพช่องปากจังหวัดยะลาในปี 2563 พบว่า ร้อยละของนักเรียนอายุ 12 ปี มีประสบการณ์เป็นโรคฟันผุในฟันแท้ เท่ากับ 33.94 สถานการณ์ระดับอำเภอผลการสำรวจสุขภาพช่องปากกลุ่มอายุ 12 ปี อำเภอเมือง จังหวัดยะลา ปี พ.ศ. 2559 - 2563 พบว่าร้อยละของผู้ที่มีประสบการณ์เป็นโรคฟันผุในฟันแท้ เท่ากับ 59.24, 44.78, 39.39, 29.61 และ 20.41 ตามลำดับ (รายงานมาตรฐานสาขาสุขภาพช่องปาก สำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดยะลา, 2563) ถึงแม้จำนวนผู้ที่มีประสบการณ์เป็นโรคฟันผุในฟันแท้เริ่มลดลง แต่ปัญหาสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในอำเภอเมือง จังหวัดยะลาก็ยังคงเป็นปัญหาของพื้นที่

ปัญหาทางสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย ทั้งความสามารถ หรือความรู้ตามวัยในการดูแลสุขภาพช่องปาก ปัจจัยด้านพฤติกรรมทันตสุขภาพ และปัจจัยทางสังคม อาจเป็นปัจจัยร่วมกันทั้งทางตรงและทางอ้อม (Bashirian et al., 2018 อ้างถึงในมารุต ภู่พะเนียด และสุวิทย์ คุณาวิศรุต, 2562) สำหรับปัจจัยด้านความรู้นั้นมีความเกี่ยวข้องกับการขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก (Oral Health Literacy - OHL) (ปริญวิทย์ นุราช และคณะ, 2562) ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก เป็นทักษะที่บุคคลมีความสามารถที่จะได้รับการคิดวิเคราะห์และเข้าใจข้อมูลสุขภาพขั้นพื้นฐานในช่องปาก และบริการที่จำเป็นในการตัดสินใจสุขภาพที่เหมาะสมอีกทั้งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเสริมสร้างการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองให้ดีขึ้น (Alice M Horowitz and Dushanka V Kleinman, 2008) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเสมือนกุญแจสำคัญสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดจากกระบวนการเรียนรู้และกระบวนการสื่อสารสุขภาพ รวมไปถึงการปฏิบัติตัวโดยรวม และสืบเนื่องจากปัญหาโรคฟันผุในวัยรุ่นยังเป็นปัญหาที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบในระยะสั้นและระยะยาวต่อร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดมูลค่าความเสียหายทางเศรษฐกิจของประเทศ และทำให้ต้องพึ่งพาบริการทางการแพทย์และยารักษาโรคที่มีราคาแพงมากขึ้น (กองสุขศึกษา, 2554) มักเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมไม่เหมาะสมของตัวบุคคล เช่น การไม่แปรงฟัน การบริโภคอาหารที่มีความเสี่ยงสูง อาหารจากพวกแป้งและน้ำตาล รวมถึงน้ำอัดลม และยังขาดการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองอย่างสม่ำเสมอ เช่น ไม่แปรงฟันหลังอาหาร รับประทานลูกอมขนมขบเคี้ยวและดื่มน้ำอัดลม (ศุภกร ศิริบุรี, 2560) สำหรับกลุ่มเด็กนักเรียนมัธยมตอนต้นนี้ถูกคาดหวังให้สามารถจัดการพฤติกรรมสุขภาพต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง รัฐบาลยังไม่มีนโยบายที่จะดูแลเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพชัดเจนเหมือนในกลุ่มนักเรียนประถมศึกษา (Dental Public Health Division, 2008 อ้างถึงใน ภัทรสุดา รอดอ้น และคณะ, 2562) อีกทั้งเป็นกลุ่มที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้ ทำให้วัยรุ่นขาดความระมัดระวังในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี ถึงแม้จะไม่ได้เป็นโรคร้ายแรงหรือเป็นโรคที่ก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิตก็ตาม แต่เป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต การออกเสียง บุคลิกภาพ และอาจเป็นแหล่งของการติดเชื้อแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่น ๆ ได้ (เฉลิมพล ตันสกุล, 2543 อ้างถึงในณัฐวุธ แก้วสุทธา อังศินันท์ อินทรกำแหง และพัชรี ดวงจันทร์., 2558) จากผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพช่องปากในกลุ่มอายุ 12 ปี และกลุ่มอายุ 15 ปี พบว่า พฤติกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันของเด็กอายุ 12 ปี ลดลงจากร้อยละ 53.9 เป็นร้อยละ 44.7 เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจครั้งที่ผ่านมา ส่วนประเด็นพฤติกรรมการบริโภคที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุนั้น พบว่าเด็กดื่มน้ำอัดลมและกินขนมกรุบกรอบทุกวันเพิ่มขึ้นจากการสำรวจครั้งที่ผ่านมา โดยดื่มน้ำอัดลมทุกวันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.6 เป็นร้อยละ 13.4 และกินขนมกรุบกรอบทุกวัน ลดลงจากร้อยละ 38.8 เป็นร้อยละ 32.6 สำหรับในกลุ่มอายุ 15 ปี พบว่ามีพฤติกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันที่โรงเรียนทุกวัน ลดลงจากร้อยละ 33.8 เป็นร้อยละ 25.4 เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจครั้งที่ผ่านมา แต่มีพฤติกรรมการดื่มน้ำอัดลมร้อยละ 82.3 โดยดื่มทุกวันร้อยละ 14.1 ดื่มน้ำหวานร้อยละ 83.7 โดยดื่มทุกวันร้อยละ 17 ด้าน พฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ เช่น การสูบบุหรี่ เด็กกลุ่มนี้เคยสูบบุหรี่ร้อยละ 8.6 และมีเด็กที่สูบจนถึงปัจจุบันร้อยละ 3.4 โดยสูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 3.7 มวน เด็กดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเทศกาลร้อยละ 26.2 และดื่มเป็นประจำร้อยละ 0.9 (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2561) สำหรับปัจจัยที่จะช่วยลดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของวัยรุ่น ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ทักษะชีวิต รวมไปถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อการแสวงหาความรู้และสร้างรูปแบบของพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องถึงวัยผู้ใหญ่ (Manganello, 2008 อ้างถึงในเทพไทย โชติชัย และคณะ, 2563)

จากประเด็นที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นจะเห็นได้ว่าความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากได้ จากการค้นคว้าเพิ่มเติมพบว่า การศึกษาที่เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในกลุ่มวัยรุ่นในพื้นที่จังหวัดยะลา ยังมีน้อย ซึ่งจากผลการสำรวจพบว่าวัยรุ่นนั้นมีแนวโน้มพบโรคฟันผุเพิ่มขึ้น (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2561) และมีนักวิจัยที่ทำการศึกษา

ถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของวัยรุ่นตอนต้นในพื้นที่จังหวัดยะลา หรือในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ค่อนข้างน้อย จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของวัยรุ่นตอนต้นในจังหวัดยะลา เพื่อนำผลการศึกษาเป็นข้อมูล ในการวางแผนส่งเสริมความรอบรู้ด้านทันสุขภาพและส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มวัยรุ่นให้มีสุขภาพช่องปากที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

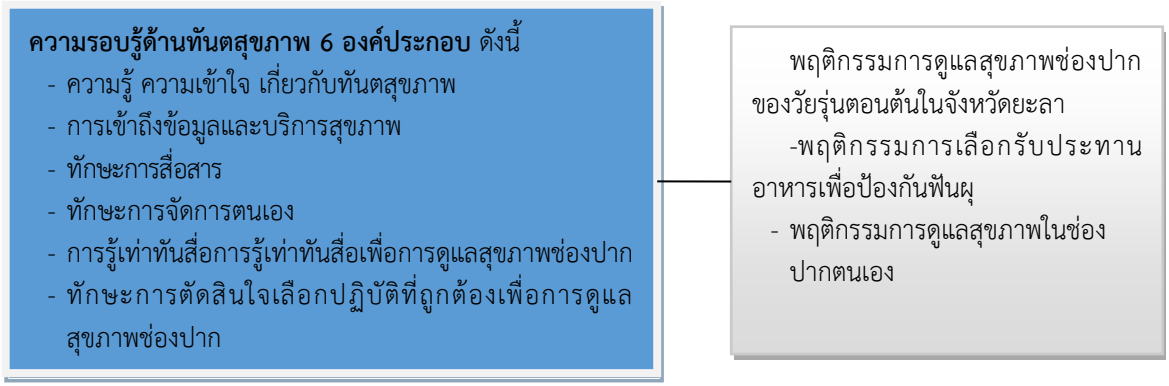
1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของวัยรุ่นตอนต้นในจังหวัดยะลา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของวัยรุ่นตอนต้น จังหวัดยะลา

สมมติฐานการวิจัย

ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของวัยรุ่นตอนต้นในจังหวัดยะลา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของกองสุขศึกษา (2561) ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ ความรู้ ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ ซึ่งคาดว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของวัยรุ่นตอนต้นในจังหวัดยะลา ดังภาพที่ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง (Descriptive and Cross sectional research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ กลุ่มวัยรุ่นตอนต้นซึ่งเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนตอนต้นที่กำลังศึกษาในสถานศึกษา เขตเทศบาลจังหวัดยะลา โดยเป็นโรงเรียนที่อยู่ในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาอำเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวน 4 แห่ง รวมทั้งสิ้น 2,343 คน

โดยมีการกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1) นักเรียนที่มีอายุระหว่าง 12 – 15 ปี กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 3 ในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2563

2) นักเรียนมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

3) นักเรียนสามารถฟัง อ่าน เขียนภาษาไทยได้ และไม่มีความบกพร่องทางการรับรู้

เกณฑ์การคัดออก คือ กลุ่มตัวอย่างไม่มาเรียนหรือไม่อยู่ในช่วงที่เก็บข้อมูล

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักเรียนที่กำลังศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 3 ที่กำลังศึกษาใน โรงเรียนคณะราษฎรบำรุง จังหวัดยะลา โรงเรียนคณะราษฎรบำรุง 2 โรงเรียนเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระศรีนครินทร์ยะลา และโรงเรียนสตรียะลา ผู้วิจัยเลือก 1 โรงเรียน โดยการจับสลาก การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทำการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.2 สำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ กำหนดการทดสอบสมมติฐานเป็นสองทาง (Two – Tailed Test) กำหนดขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.03 หมายถึงมีระดับขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (Medium) ซึ่งเป็นค่า Gold Standard ของการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำเมื่อทำการทดสอบตระกูล Exact ยอมรับในระดับสากลนั้นจะนิยมค่า Effect Size เท่ากับ 0.30 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจทดสอบ (Power of Test) เท่ากับ 0.95 (นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ และคณะ, 2562) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 138 ราย เพื่อป้องกันการตอบแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ เป็นขนาดกลุ่มตัวอย่าง 140 คน จากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ได้ตามจำนวนที่ได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างไว้ข้างต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นการศึกษาในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่

ด้านที่ 1 ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับทันตสุขภาพ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคำถามจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคและอนามัยช่องปากของณัฐวุธ แก้วสุทธา (2558) เป็นตัวเลือกตอบถูก ผิด ไม่ทราบ มีคำตอบที่ถูกเพียงข้อเดียว จำนวน 12 ข้อ รวมทั้งหมด12 คะแนน มีการแบ่งระดับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับทันตสุขภาพเป็น 3 ระดับ ดัดแปลงจากการแบ่งเกณฑ์จำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพขององค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุขศึกษา (กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2561) มีเกณฑ์ดังนี้ ถ้าช่วงคะแนนน้อยกว่า 7.20 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับไม่ถูกต้อง ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 7.21 – 9.59 คะแนน หรือ ≥ 60% - < 80% ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับถูกต้องบ้าง และช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 9.60 คะแนนขึ้นไป หรือ ≥ 80% ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับถูกต้อง

ด้านที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านที่ 3 ทักษะการสื่อสาร ด้านที่ 4 ทักษะการจัดการตนเอง ด้านที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อ และด้านที่ 6 ทักษะการตัดสินใจ มีข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ สร้างแบบสอบถามโดยประยุกต์ใช้แบบสอบถามมาตรฐาน ของนภาพร วาณิชย์กุล และคณะ (นภาพร วาณิชย์กุล, 2563) ร่วมกับทบทวนวรรณกรรม องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุขศึกษา (กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ซึ่งข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า 3 ระดับ โดยมีระดับคะแนนจาก 1-3 มีคะแนนข้อละ 3 คะแนน มีเกณฑ์จำแนกระดับรายด้าน ซึ่งดัดแปลงจากเกณฑ์จำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพขององค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุขศึกษา (กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ดังนี้

ด้านที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ข้อคำถามมีทั้งหมด 5 ข้อ 15 คะแนน แบ่งเกณฑ์เป็น 3 ระดับ ดังนี้ ถ้าช่วงคะแนนน้อยกว่า 9.00 คะแนน หรือ < 60% ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับไม่ดี ช่วงคะแนนระหว่าง 9.01 –11.99 คะแนน หรือ ≥ 60% - < 80% ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับพอใช้ได้และช่วงคะแนนระหว่าง 12.00 – 15.00 คะแนน หรือ ≥ 80% ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับดี

ด้านที่ 3 ทักษะการสื่อสาร ข้อคำถามมีทั้งหมด 6 ข้อ 18 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ถ้าช่วงคะแนนน้อยกว่า 10.80 คะแนน หรือ < 60% ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับไม่ดีพอ ช่วงคะแนน 10.81 –

14.39 คะแนน หรือ ≥ 60% - < 80% ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับพอใช้ได้ และช่วงคะแนน 14.40 – 18.00 คะแนน หรือ ≥ 80% ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับดี

ด้านที่ 4 ทักษะการจัดการตนเอง ข้อคำถามมีทั้งหมด 6 ข้อ 18 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ถ้าช่วงคะแนนน้อยกว่า 10.80 คะแนน หรือ < 60% ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับไม่ดีพอ ช่วงคะแนน 10.81 – 14.39 คะแนน หรือ ≥ 60% - < 80% ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับพอใช้ได้ และช่วงคะแนน 14.40 – 18.00 คะแนน หรือ ≥ 80% ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับดี

ด้านที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อ ข้อคำถามมีทั้งหมด 3 ข้อ 9 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนน้อยกว่า 5.40 คะแนน หรือ < 60% ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับไม่ดีพอ ช่วงคะแนน 5.41 – 7.19 คะแนน หรือ ≥ 60% - < 80% ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับพอใช้ได้ และช่วงคะแนน 7.20 – 9.00 คะแนน หรือ ≥ 80% ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับดีมาก

ด้านที่ 6 ทักษะการตัดสินใจ ข้อคำถามมีทั้งหมด 4 ข้อ 12 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนน้อยกว่า 7.20 คะแนน หรือ < 60% ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับไม่ดีพอ ช่วงคะแนน 7.20 – 9.59 คะแนน หรือ ≥ 60% - < 80% ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับพอใช้ได้ ช่วงคะแนน 9.60 – 12.00 คะแนน หรือ ≥ 80% ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับดี

สำหรับการแปลผลสรุปคะแนนโดยรวมขององค์ประกอบความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพทั้ง 6 ด้าน คะแนนรวม 84 คะแนนนี้ มีการแบ่งเกณฑ์ ตามมาตรฐานการจำแนกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุขศึกษา (2561) เพื่อกำหนดว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพอยู่ในระดับใด ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้ คะแนนน้อยกว่า 50.40 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับไม่ดี แปลผลว่า เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพไม่เพียงพอต่อการดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง ช่วงคะแนนระหว่าง 50.40 – 67.19 คะแนนหรือ ≥ 60% - < 80% ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับพอใช้แปลผลว่า เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพทีเพียงพอ และอาจมีการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองได้ถูกต้องบ้าง และช่วงคะแนน 67.20 – 84.00 คะแนน หรือ ≥ 80% ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับดี แปลผลว่า เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพทีเพียงพอ และมีการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองได้ถูกต้อง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย พฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหารเพื่อป้องกันฟันผุ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในช่องปากตนเอง ได้ประยุกต์ใช้เครื่องมือการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพในช่องปากของ สมลักษณ์ แสงสัมฤทธิ์สกุล (2559) จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ การแปลความหมายของระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในช่องปาก และแบ่งการระดับการรับรู้โดยประยุกต์ใช้เกณฑ์จำแนกระดับพฤติกรรมสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเยาวชน อายุ 7-14 ปี และกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปของกองสุขศึกษา (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข , 2561) 3 ระดับ คือ ถ้าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 1.66 หมายถึง มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองไม่ถูกต้อง คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึง มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองได้ถูกต้องแต่ไม่สม่ำเสมอ และคะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองป้องกันโรคในช่องปากได้อย่างถูกต้องสม่ำเสมอ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ที่มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับทันตสุขภาพ 2 ท่าน และเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ 1 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดมุ่งหมายในการวัด (Item Objective Congruence: IOC)อยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 และนำไปทดลองใช้กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1- 3 ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ในเขตเทศบาลจังหวัดยะลา มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .803 และ .720 และสัมประสิทธิ์คูเดอร์ริชาร์ตสันได้เท่ากับ .754

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้ประสานกับโรงเรียนที่ได้รับคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง คือโรงเรียนสตรียะลา เพื่อชี้แจง และขอความร่วมมือพร้อมแสดงความยินยอมจากครูและนักเรียน ในการเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นจึงได้นัดหมายวันเวลากับนักเรียนกลุ่มตัวอย่างเพื่ออธิบายรายละเอียดข้อคำถามและวิธีการตอบแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูล

2. ในการผู้วิจัยครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลแบบออนไลน์สร้างจาก Google Form จากนั้น จึงนำลิงค์แบบสอบถามส่งไปยังครูอนามัยโรงเรียน ครูประจำชั้นในแต่ละชั้นปี เพื่อส่งต่อไปยังกลุ่มตัวอย่างผ่านแอพลิเคชั่นไลน์ และกล่องข้อความเฟสบุ๊ค ทั้งนี้ภายหลังส่งแบบสอบถามออนไลน์แล้วผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบจำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งได้รับข้อมูลการตอบกลับจำนวน 169 ชุด จากนั้นได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และสุ่มอย่างง่ายเหลือ 140 ชุด จึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ และข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของวัยรุ่นตอนต้นในจังหวัดยะลา โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของวัยรุ่นตอนต้น จังหวัดยะลา ซึ่งผู้วิจัยทำการทดสอบความโค้งของข้อมูลด้วย Normal Probability Plot พบว่า ข้อมูลกระจายไม่ปกติ จึงวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient หรือ Spearman's Rho) โดยแปลงตัวแปรตามจากค่าต่อเนื่องเป็น ค่าในมาตรวัดอันดับมาตรา และทดสอบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เกณฑ์การแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์ (Hinkle, 1998) มีดังนี้

ค่าระดับความสัมพันธ์	ระดับความสัมพันธ์
0.81 - 1.00	สูงมาก
0.61-0.80	ค่อนข้างสูง
0.41-0.60	ปานกลาง
0.21 - 0.40	ค่อนข้างต่ำ
0.01 -0.20	ต่ำมาก

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา จังหวัดสงขลา เลขที่ S0017B/2564

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามครบถ้วน จำนวน 140 คน ข้อมูลทั่วไปพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 69.29 อยู่ในช่วงอายุ 12 – 13 ปี ร้อยละ 45.00 (อายุเฉลี่ย 13.78 , SD = 0.95) ส่วนใหญ่เป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ร้อยละ 46.43

2. ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพของวัยรุ่นตอนต้นในจังหวัดยะลา

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพแต่ละด้านในวัยรุ่นตอนต้นในจังหวัดยะลา (n = 140)

ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ	*M*	*SD*	**ระดับ**
ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับทันตสุขภาพ	7.79	2.09	ถูกต้องบ้าง
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	11.61	2.32	พอใช้ได้
ทักษะการสื่อสาร	13.36	2.54	พอใช้ได้
ทักษะการจัดการตนเอง	13.80	2.58	พอใช้ได้
การรู้เท่าทันสื่อการรู้เท่าทันสื่อเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก	7.05	1.43	พอใช้ได้
ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก	9.30	1.87	พอใช้ได้
ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพโดยรวม ทั้ง 6 ด้าน	**62.91**	**9.66**	พอใช้

ตาราง 1 พบว่าความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพในภาพรวมทั้ง 6 ด้าน มีคะแนนเฉลี่ยรวมได้เท่ากับ 62.91 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานรวม เท่ากับ 9.66 อยู่ในระดับ พอใช้ แปลผลได้ว่า เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพที่เพียงพอ และอาจมีการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองได้ถูกต้อง ซึ่งเมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านที่ 3 ทักษะการจัดการตนเอง (M= 13.80, SD = 2.58) รองลงมาด้านที่ 3 ทักษะการสื่อสาร (M= 13.36, SD = 2.54) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านที่ 1 ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับทันตสุขภาพ (M= 7.89, SD= 2.09)

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของวัยรุ่นตอนต้นในจังหวัดยะลา

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของวัยรุ่นตอนต้นในจังหวัดยะลา จำแนกเป็นรายข้อ (n = 140)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	*M*	*SD*	**ผล**
1. การดื่มน้ำหวานหรือน้ำอัดลมระหว่างวันแทนน้ำเปล่า*	1.86	0.544	ถูกต้องแต่ไม่สม่ำเสมอ
2. การดื่มนมรสจืด	2.27	0.573	ถูกต้องแต่ไม่สม่ำเสมอ
3. การรับประทานขนมขบเคี้ยว เช่น มันฝรั่งทอด ขนมกรุบ4. กรอบระหว่างมื้ออาหาร*	2.10	0.624	ถูกต้องแต่ไม่สม่ำเสมอ
4. การรับประทานขนม ดื่มนมหรือน้ำหวานก่อนนอนโดยไม่แปรงฟัน*	2.10	0.671	ถูกต้องแต่ไม่สม่ำเสมอ
5. การรับประทานอาหารเป็นเวลาตามมื้ออาหาร 3 เวลา	2.34	0.632	ถูกต้องสม่ำเสมอ
6. การตรวจดูความผิดปกติของเหงือกและฟันด้วยตนเอง	2.15	0.634	ถูกต้องแต่ไม่สม่ำเสมอ
7. การตรวจสอบความสะอาดช่องปากหลังทำความสะอาดทุกครั้ง	2.34	0.654	ถูกต้องสม่ำเสมอ
8. การแปรงฟันตอนเช้าหลังจากตื่นนอน	2.54	0.616	ถูกต้องสม่ำเสมอ
9. การแปรงฟันหลังรับประทานอาหาร	2.22	0.624	ถูกต้องแต่ไม่สม่ำเสมอ
10. การแปรงฟันก่อนเข้านอน	2.57	0.601	ถูกต้องสม่ำเสมอ
11. การแปรงลิ้นหลังแปรงฟัน	2.38	0.662	ถูกต้องสม่ำเสมอ
12. หลังแปรงฟันจะไม่บ้วนน้ำ หรือบ้วนน้ำไม่เกิน 2 ครั้ง	1.79	0.782	ไม่ถูกต้อง
13. การเลือกใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์	2.40	0.621	ถูกต้องสม่ำเสมอ
14. การแปรงฟันนาน 2 นาทีหรือมากกว่า	2.41	0.634	ถูกต้องสม่ำเสมอ
ภาพรวม	**2.23**	**0.284**	**ถูกต้องแต่ไม่สม่ำเสมอ**

หมายเหตุ *ข้อความเชิงลบ

จากตาราง 2 พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากภาพรวมอยู่ในระดับ ถูกต้องแต่ไม่สม่ำเสมอ (*M* = 2.23, *SD* = 0.284) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ การแปรงฟันก่อนเข้านอน(*M* = 2.57, *SD* = 0.601) รองลงมาคือ การแปรงฟันตอนเช้าหลังจากตื่นนอน (*M* = 2.54, *SD* = 0.606) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ หลังแปรงฟันจะไม่บ้วนน้ำ หรือบ้วนน้ำไม่เกิน 2 ครั้ง (M = 1.79, *SD* = 0.782)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของวัยรุ่นตอนต้น จังหวัดยะลา

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของวัยรุ่นตอนต้น จังหวัดยะลา (n = 140)

ตัวแปรที่ศึกษา	**พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก**	
	r_s	p-value
ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ	0.516	<0.001**

**P-value < 0.01

จากตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของวัยรุ่นตอนต้นในจังหวัดยะลา โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน พบว่า ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของวัยรุ่นตอนต้นในจังหวัดยะลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r_s = 0.516, P-value <0.001**)

อภิปรายผล

1. ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพของวัยรุ่นตอนต้นในจังหวัดยะลา

การศึกษาความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ ในวัยรุ่นตอนต้นในจังหวัดยะลา ในครั้งนี้มีการศึกษาตามแนวคิดองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุขศึกษา (2561) ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ โดยประยุกต์เนื้อความให้เป็นด้านทันตสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับทันตสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อการรู้เท่าทันสื่อเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก และทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งจากผลการศึกษาความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพของวัยรุ่นตอนต้นในจังหวัดยะลา ภาพรวมจัดอยู่ในระดับพอใช้ แปลผลได้ว่า เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพที่เพียงพอ และอาจมีการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองได้ถูกต้อง (*M* = 62.91 *SD* = 9.66) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบข้อสังเกตที่น่าสนใจ คือ ทุกด้านอยู่ในระดับพอใช้ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของภมร ดรุณ และภมร ดรุณ และประกันชัย ไกรรัตน์ (2562) ที่ศึกษาปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ และการศึกษาของ Arthi Veerasamy และคณะ (2016) ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในกลุ่มวัยรุ่นตอนต้นในรัฐทมิฬนาฑู ของประเทศอินเดีย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง น่าจะไม่เพียงพอต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อป้องกันและจัดการตนเองเมื่อมีโรคฟันผุ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพช่องปากระดับต่ำ และผลจากการศึกษาการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ฟันผุ และคุณภาพชีวิตของเด็กอายุ 12 ปี อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า ในภาพรวมเด็กมีความรอบรู้เรื่องโรคฟันผุในระดับปานกลาง ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ ถ้ามีการพัฒนาองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพจะนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านบวก (กฤษณี เอฮงตระกูลเวนิช และคณะ, 2563) (ศิริภา คงศรี และสดใส ศรีสะอาด, 2559) ตามที่องค์การอนามัยโลก (WHO, 1998) ที่นิยามไว้ว่า "ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

เป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมของบุคคล ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและสมรรถนะที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพตนเองให้คงดีอยู่เสมอ" ซึ่งการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเป็นวิธีที่ประหยัดสำหรับประเทศกำลังพัฒนาเพื่อให้บรรลุผลสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น (Arthi Veerasamy et al. 2016)

2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของวัยรุ่นตอนต้นในจังหวัดยะลา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับถูกต้องแต่ไม่สม่ำเสมอ แปลผลได้ว่า มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง เพื่อป้องกันโรคในช่องปากถูกต้องแต่ไม่สม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของธัญญาภรณ์ อุทร และคณะ (2556) พบว่าระดับการปฏิบัติดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นให้ความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากน้อย และจากการศึกษาครั้งนี้ว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ หลังแปรงฟันจะไม่บ้วนน้ำหรือบ้วนน้ำไม่เกิน 2 ครั้ง จัดอยู่ในระดับไม่ถูกต้อง ซึ่งพฤติกรรมการบ้วนยาสีฟันโดยไม่บ้วนน้ำนั้นเป็นเทคนิคการแปรงฟันแห้ง ข้อมูลอาจไม่แพร่หลายไปยังกลุ่มตัวอย่างมากนัก คำแนะนำแปรงแห้งประกาศออกมาอย่างเป็นทางการตั้งแต่หลังปี ค.ศ. 1980 เป็นต้นมา องค์ความรู้เรื่องนี้เริ่มตกผลึกหลังปี ค.ศ. 2010 ที่มีรายงานวิจัยทบทวนวรรณกรรมสรุปเป็นคำแนะนำสำหรับประชาชน และจากการประชุมระหว่างนักวิชาการในสาขาในปี ค.ศ. 2012 เพื่อรวบรวมหลักฐานงานวิจัยทั้งหมดแล้วสร้างบทสรุปร่วมกัน จึงได้คำว่า “Spit don't Rinse" หรือ "ถุยทิ้ง ไม่ต้องบ้วนน้ำ" เป็นข้อสรุปเอกฉันท์ในงานประชุมดังกล่าว สำหรับพฤติกรรมเรื่องการบ้วนน้ำหลังแปรงฟันมีหลายรูปแบบ ทั้งที่วัดปริมาณฟลูออไรด์ที่คงเหลืออยู่ในปาก ติดตามผลระยะยาวแล้วส่องกล้องขยายตรวจดูลักษณะการสูญเสียแร่ธาตุบนผิวฟัน ตลอดจนการตรวจฟันผุที่เกิดขึ้นจริงในปาก ผลสรุปล้วนสอดคล้องกันคือ บ้วนน้ำเยอะฟันผุเยอะ บ้วนน้ำน้อยฟันผุน้อย ไม่บ้วนเลยฟันผุน้อยที่สุด โดยปริมาณน้ำที่ใช้ในการบ้วนปากมีผลกับการเกิดฟันผุ (สุดาดวง กฤษฎาพงษ์, 2559) สอดคล้องกับการศึกษาของสุนีย์ พลภาณุมาศ (2558) พบว่า การรับรู้ความสำคัญของการแปรงฟันก่อนนอนมีความสัมพันธ์กับการแปรงฟันก่อนนอนอย่างสม่ำเสมอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่แปรงฟันก่อนนอนสม่ำเสมอด้วยเหตุผลคือ อยากให้ฟันสะอาด กลัวมีกลิ่นปาก และกลัวเศษอาหารติดตามซอกฟัน รูฟัน นักเรียนร้อยละ 50.2 ที่แปรงฟันก่อนนอนไม่สม่ำเสมอ ให้เหตุผลคือ ลืม ง่วงหรือเผลอหลับไป บ้วนปากก่อนเข้านอนก็เพียงพอแล้ว และไม่ค่อยมีเวลา ส่วนข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบว่าไม่เคยปฏิบัติมากที่สุด คือ พฤติกรรมการบ้วนยาสีฟันโดยไม่บ้วนน้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ KK MAK และ J R DAY (2011) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพฟันของวัยรุ่นตอนต้นในฮ่องกง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 77.8% มีการแปรงฟันเป็นประจำ แต่มีเพียง 22.3% ที่ใช้ไหมขัดฟันทุกสัปดาห์ และ 37.9% ได้รับการตรวจฟันทุกปี และอัตราการแปรงฟันเป็นประจำ การใช้ไหมขัดฟัน และการไปพบทันตแพทย์ประจำปีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพฟันของวัยรุ่นตอนต้นในฮ่องกงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของวัยรุ่นตอนต้นในจังหวัดยะลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r_s = 0.516, P-value <0.001**) สอดคล้องกับการศึกษาของอนุพงษ์ สอดสี (2563) ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากองค์ประกอบการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก และการสื่อสารกับวิชาชีพทันตกรรมของนักเรียนที่เคยมีประสบการณ์ได้รับการรักษากับไม่เคยรับการรักษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ การพัฒนาองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพจะนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านบวก (ศิริภา คงศรี และสดใส ศรีสะอาด, 2561) ดังเช่นโมเดลสร้างเสริมสุขภาพของ Nutbeam (2000) ที่ได้อธิบายไว้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นเป็นผลมาจากการให้การศึกษา และยังเป็นตัวเชื่อมระหว่างการสร้างเสริมสุขภาพกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบกับผลการศึกษาของภมร ดรุณ และภมร ดรุณ และประกันชัย ไกรรัตน์ (2562) พบว่า ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่ม

ตัวอย่างมี 6 องค์ประกอบ เรียงตามลำดับน้ำหนักของสัมประสิทธิ์การถดถอย ได้แก่ การจัดการตนเอง การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การตัดสินใจ และเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ ตัวแปรปัจจัยทั้ง 6 องค์ประกอบสามารถร่วมกันทำนายระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 27.3 (R'=0.273) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของอนุพงษ์ สอดสี (2563) ควรเน้นการพัฒนาทักษะการจัดการตนเองก่อนเป็นลำดับแรกเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน (อนุพงษ์ สอดสี (2563) และยังสอดคล้องกับผลการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ซึ่งอยู่ในช่วงอายุ 11 -12 ปี ในปี 2563 (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2563) พบว่าเด็กนักเรียนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากระดับพื้นฐาน (Basic or Functional Oral Health Literacy) เฉลี่ย 21.6 คะแนน โดยมีความรอบรู้เพียงพอต่อการส่งผลให้เกิดสุขภาพช่องปากที่ดี ร้อยละ 72 แต่อย่างไรก็ตามจากการสำรวจพบว่า เด็กวัยนี้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ด้านการแปรงฟัน เพียงร้อยละ 9.5 แปรงฟันก่อนนอนทุกวัน ร้อยละ 59.7 และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยง ได้แก่ ดื่มน้ำหวาน น้ำอัดลม มากกว่า 2 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 52 กินขนมกรุบกรอบและกินลูกอม มากกว่า 2 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 28.9 และ 21.4 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าเด็กส่วนมากมีความรอบรู้เพียงพอต่อการส่งผลให้เกิดสุขภาพช่องปากที่ดี แต่ยังไม่เชื่อมถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่ดี การพัฒนากระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่ดีจึงมีความสำคัญ

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพโดยภาพรวมนั้นอยู่ในระดับพอใช้ และเมื่อพิจาณารายด้านพบว่าด้านความรู้ ความเข้าใจด้านทันตสุขภาพนั้น มีบางข้อที่กลุ่มตัวอย่างยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้องบ้าง ดังนั้นทันตบุคลากร หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาเป็นระยะๆ รวมถึงส่งเสริมทักษะการเลือกใช้ข้อมูลที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือ เพื่อให้กลุ่มวัยรุ่นสามารถดูแลสุขภาพช่องปากตนเองได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงลึกจิตวิทยา และการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก เพื่อให้ได้ข้อมูลส่วนอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียน เพื่อสามารถนำข้อมูลไปเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีในอนาคต

2.การศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ในกลุ่มวัยรุ่น หรือปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของวัยรุ่นที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อให้ได้รูปแบบและวิธีการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและหลากหลาย

เอกสารอ้างอิง

กฤษณี เฮงตระกูลเวนิช, คนกวรรณ พรหมชาติ และรัศมี ฟุ้งไพศาล. (2563). การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ฟันผุ และคุณภาพชีวิตของเด็กอายุ 12 ปี อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย.* 25(1), 27 – 40.

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ.* นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

ณัฐวุธ แก้วสุทธา อังศินันท์ อินทรกำแหง และพัชรี ดวงจันทร์. (2558). โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปากและสภาวะอนามัยช่องปากของวัยรุ่นตอนต้น. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์.* 20(2), 77 - 95.

ณัฐวุธ แก้วสุทธา อังศินันท์ อินทรกำแหง และพัชรี ดวงจันทร์. (2559). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปากของวัยรุ่นตอนต้น. *วารสารศรีนครินทรวิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*. 8(15): 58 – 75.

เทพไทย โชติชัย และคณะ. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดชอนแก่น. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้.* 7(1), 45 – 56.

ภมร ดรุณ และประกันชัย ไกรรัตน์. (2562). ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ. *วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*. 15 (3): 71 – 82.

นภาพร วาณิชย์กุล และคณะ. (2563). *คู่มือแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของประชาชนวัยทำงาน สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข.* กรุงเทพฯ.

ธัญญาภรณ์ อุทร วันทนี ชวพงค์ และรพีพร เทียมจันทร์. (2556). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่. *พิฆเนศวร์สาร*. 9(2), 111 – 120.

นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ และคณะ. (2562). การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER. *วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์.* 5(1): 500.

ปริญวิทย์ นุราช และคณะ. (2562). ผลของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมการสื่อสารที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา.* 11(1): 71 - 90

ภัทรสุดา รอดอ้น และคณะ. (2562). ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาผ่านสื่อเฟซบุ๊ก ต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการปฏิบัติในการดูแลทันตสุขภาพ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนเทศบาล 1 สังขวิทย์ จังหวัดตรัง. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ.* 2(1): 26 – 38.

มารุต ภู่พะเนียด และสุวิทย์ คุณาวิศรุต. (2562). ปัจจัยทางสังคมและพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน. *วารสารราชพฤกษ์.* 17(3), 75-82

ยศวิมล คูผาสุข. (2561). *โรคปริทันต์อักเสบ.* สืบค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2563 จาก http://www.dt.mahidol.ac.th/th/periodentitis/.

รพิภรณ์ พิพัฒน์ศาสตร์. (2562). *ประสิทธิผลโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง ความรู้ด้านทันตสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา.* วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร.

สำนักทันตสาธารณสุข. (2561). *รายงานผลการสำรวจ สภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย.* นนทบุรี : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ ทหารผ่านศึก.

สำนักทันตสาธารณสุข. (2563). *แนวทางการดำเนินงานทันตสารารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564*. นนทบุรี : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ ทหารผ่านศึก.

สมลักษณ์ แสงสัมฤทธิ์สกุล. (2559). *โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในช่องปากของนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร.* วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา.

สุดาดวง กฤษฎาพงษ์. (2559). แปรงแห้ง กันเถอะ. *วารสารทันตภูธร.* (1): 34-45.

สุนีย์ พลภาณุมาศ. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสม่ำเสมอในการแปรงฟันก่อนนอนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นจังหวัดนครนายก. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข.* 20 (3) : 44 - 55

ศิริภา คงศรี และสดใส ศรีสะอาด. (2561). องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุจังหวัดขอนแก่น. *วารสารทันตาภิบาล.* 29(2): 56 – 68.

ศุภกร ศิริบุรี, (2560). ความสัมพันธ์ของปัจจัยกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ช่องปากด้วยPRECEDE Framework ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย. *วารสารวิจัยระบบสาธาณสุข.* 11(3): 355-368.

อนุพงษ์ สอดสี. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับประสบการณ์รักษาทางทันตกรรมของนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 4 - 6 จังหวัดสุพรรณบุรี. **วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน.** 2(1): 18 - 28.

Alice M Horowitz and Dushanka V Kleinman. (2008). Oral health literacy: the new imperative to better oral health. Dental Clinics North America. 52(2). 33 - 44.

Arthi Veerasamy, Ray Kirk and Jeffrey Gage. (2016). Oral Health Literacy of Adolescents of Tamil Nadu, India. **Scholars Journal of Dental Sciences**. 3(4):112-120.

Hinkle, D.E. (1998). **Applied Statistics for the Behavioral Sciences**. Boston: Houghton Mifflin.

KK MAK and J R DAY. (2011). Dental health behaviours among early adolescents in Hong Kong. **International Journal of Dental Hygiene.** 9(2):122-6.

Nutbeam D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. **Health Promotion International**. 15(3): 259-267.

World Health Organization (WHO). (1998). **Health literacy and health promotion**. Citation by http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf.

World Health Organization. (2009). Health Literacy and Health Promotion.Definitions, Concepts and Examples in theEastern Mediterranean Region Individual Empowerment Conference Working Document. **7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development**. Nairobi, Kenya.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจของประชาชนในการเข้ารับบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: กรณีศึกษาอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

Factors Relating to People's Decision Making to Receive Thai Traditional Medicine Services at Tambon Health Promoting Hospital: A Case Study in Muang Yala District, Yala Province

วารุณี มะรุมดี[1], จีราพัชร์ พลอยนิลเพชร[1*] และ กัลยา ตันสกุล[2]

Warunee Marumdee[1], Jirapatch Ployninpetch[1*] and Kanlaya Tansakul[2]

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา[1*], มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา[1*]มหาวิทยาลัยหาดใหญ่[2]

Master of Public Health Program, Community Health Program, Songkhla Rajabhat University[1*] Hatyai University[2]

(Received: *May 30*, 2021; Revised: *December 20*, 2021; Accepted: *December 30*, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจของประชาชนในการเข้ารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 11 แห่ง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวน 138 ราย เลือกตัวอย่างโดยการสุ่มแบบชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน หาค่าความตรงเชิงเนื้อหาโดยค่าดัชนีความสอดคล้อง ได้ค่าความสอดคล้องตั้งแต่ 0.67-1.00 หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.81 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า

ปัจจัยด้านการรับรู้คุณภาพ และด้านการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยมีความสัมพันธ์ทางบวก มีทิศทางความสัมพันธ์ไปในทางเดียวกัน กับการตัดสินใจรับบริการการแพทย์แผนไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.173 และ 0.522 สำหรับ ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์และการป้องกันโรคไม่มีความสัมพันธ์

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรพัฒนาคุณภาพการให้บริการการแพทย์แผนไทยโดยส่งเสริมและให้ความสำคัญเกี่ยวกับบุคลากร ขั้นตอนการให้บริการ การประชาสัมพันธ์ และการจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพให้เพิ่มขึ้น และหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนและจัดระบบบริการให้สิทธิการรักษาแก่ประชาชนทั่วไป ให้สามารถเข้าถึงระบบบริการแพทย์ทางเลือกเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: การตัดสินใจของประชาชน, บริการด้านการแพทย์แผนไทย, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: jirapatch.pl@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 08-9659-8316)

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed for studying factors relate to decision-making of people in accessing Thai Traditional medicine services at Tambon Health Promoting Hospital. The samples consisted of 138 clients, selected by stratified random sampling, who came to receive Thai traditional medical services from 11 Tambon Health Promoting Hospitals in Muang district, Yala province. The research instrument was a questionnaire validated by 3 experts with IOC = 0.67-1.00 and Cronbach's Alpha Coefficient = 0.81. Data were analyzed by descriptive statistics and Pearson's Correlation Coefficient. The results found that:

Factors related to perceived quality and accessibility of Thai Traditional medicine services had the relationship with positive direction, and also had the same direction and statistically significant association with decision-making on access to Thai traditional medicine services ($p<0.05$) with correlation coefficients about 0.173 and 0.522 respectively. Regarding factors related to perceived benefits and disease prevention, there were no relationship with decision-making on access to Thai traditional medicine services.

It could be suggested that Health Promoting Hospitals should improve quality of Thai traditional medicine services by promoting and concerning the importance of Thai traditional medicine personnel, improving service process, information, public relations and also environmental management conducive to increase access to health care system. The Relevant government agencies should also support and organize health care service system and health insurance for Thai people to be more accessible to alternative medicine.

Keyword: Decision of the people, Thai traditional medicine services, Tambon Health Promoting Hospital

บทนำ

ประชาชนไทยใช้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพมายาวนาน แสดงถึงความพยายามในการพึ่งพาตนเอง อย่างไรก็ตามแม้ว่าการแพทย์แผนปัจจุบันจะมีบทบาทมากขึ้น และส่งผลให้การเลือกใช้ภูมิปัญญาไทยและการแพทย์แผนไทยลดลง แต่การบริการทางการแพทย์แผนปัจจุบันยังมีข้อจำกัดของประชาชนในด้านการเข้าถึงบริการและการตอบสนองความต้องการด้านการดูแลสุขภาพที่ยังไม่ครอบคลุมและไม่ทั่วถึง (เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ, 2558) องค์การอนามัยโลกจึงได้ตระหนักถึงความสำคัญของการแพทย์ดั้งเดิมมากขึ้น ส่งผลให้ประเทศไทยมีนโยบายการสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ จึงทำให้มีการนำบริการการแพทย์แผนไทยเข้าสู่นโยบายสุขภาพระดับชาติมากขึ้นและสนับสนุนให้ขยายบริการในโรงพยาบาลของรัฐอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งมีการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและการบริการการแพทย์แผนไทย เพื่อให้ระบบสาธารณสุขของประเทศสามารถพึ่งพาตนเองโดยใช้การแพทย์แผนไทย ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และลดการนำเข้ายาจากต่างประเทศ (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2556) โดยมีการนำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) เป็นกรอบในการพัฒนาประเทศเพื่อก้าวสู่การเป็นประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืนในระยะยาว ทั้งนี้การดำเนินงานภายใต้นโยบายต้องควบคู่ไปพร้อมกับการพัฒนาปัจจัยพื้นฐานในทุกด้าน ได้แก่ การเพิ่มการลงทุนเพื่อการวิจัยและพัฒนาการพัฒนาวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี และนวัตกรรม รวมถึงการพัฒนาคนในภาพรวมให้เป็นคนที่สมบูรณ์ในทุกช่วงวัยที่สามารถบริหารจัดการ การเปลี่ยนแปลงที่เป็นสภาพแวดล้อมการดำเนินชีวิตได้อย่างดี

โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาทุนมนุษย์จากการยกระดับคุณภาพการศึกษา การเรียนรู้ การพัฒนาทักษะ และรวมถึงยกระดับคุณภาพบริการสาธารณสุขให้ทั่วถึงในทุกพื้นที

ปัจจุบันการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแก่ผู้มารับบริการในคลินิกผู้ป่วยนอกของสถานบริการโดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานบริการในสังกัดของรัฐมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จัดเป็นบริการพื้นฐานที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ที่ได้รับความคุ้มครองจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2564) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือที่เรียกว่า สปสช. ได้เริ่มจัดสรร และสนับสนุนงบประมาณให้แก่การจัดบริการการแพทย์แผนไทยอย่างจริงจังตั้งแต่ปี 2550 จนถึงปัจจุบัน สนับสนุน ส่งเสริมบริการที่ได้มาตรฐาน และกำหนดให้มีโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยต้นแบบที่มีมาตรฐาน (เสาวนีย์ กุลสมบูรณ์, และคณะ อ้างใน มณฑกา ธีรชัยสกุล, 2557) และยังผลักดันให้เกิดการนำการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมาใช้ประโยชน์ในระบบสาธารณสุขของประเทศเพื่อยกระดับสุขภาพของประชาชน ช่วยให้ประเทศไทยมีความมั่นคงทางยา สามารถลดทอนการพึ่งพิงยาแผนปัจจุบันลง จากการศึกษา เรื่อง การตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชนผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดราชบุรี พบว่า ประชาชนผู้มาใช้บริการในโรงพยาบาลโดยมีอาการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยจะให้ความสนใจในการรักษาด้วยการแพทย์ทางเลือก เนื่องจากมีความเชื่อมั่นว่าอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยสามารถรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็นต้องใช้ยาหรือหัตถการทางการแพทย์แผนปัจจุบันที่มักมีความซ้ำซ้อนและมีมูลค่าที่สูงกว่า (ขวัญชนก เทพปัน, นพพร โหวธีระกุล และมธุรส ทิพยมงคลกุล, 2560) จะเห็นได้ว่าปัจจุบันประชาชนให้ความสนใจในการเข้ารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยเพิ่มมากขึ้น สถานบริการสุขภาพมีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยแบ่งเป็นโรงพยาบาลที่จัดบริการแพทย์แผนไทยเพียงอย่างเดียว จำนวน 186 แห่ง (ร้อยละ 80.52) และโรงพยาบาลอีก 45 แห่ง (ร้อยละ 19.48) จัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกควบคู่กัน ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกคิดเป็น ร้อยละ 16.69 (มณฑกา ธีรชัยสกุล, วรรณศิริ นิลเนตร และอานนท์ วรยิ่งยง, 2557)

จังหวัดยะลา เป็นจังหวัดหนึ่งที่สถานบริการด้านสุขภาพของรัฐในจังหวัดมีการเปิดให้บริการการแพทย์แผนไทย มีจำนวนสถานพยาบาลแผนปัจจุบันของรัฐที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนทั้งสิ้น 8 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 81 ในจำนวน สถานพยาบาลแผนปัจจุบันทั้งหมดนี้มีการเปิดให้บริการการแพทย์แผนไทย จำนวน 29 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลาก็เป็นพื้นที่หนึ่งที่ประชาชนให้ความสนใจในการเข้ารับบริการการแพทย์แผนไทย โดยเปิดให้บริการทั้งสิ้น 11 แห่ง จากจำนวนทั้งหมด 18 แห่ง (เอกสารประกอบการตรวจราชการจังหวัดยะลา รอบที่ 2/2563, 2563) จากฐานข้อมูลสุขภาพการให้บริการการแพทย์แผนไทย (HDC TTM Service) ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในปีงบประมาณ 2563 พบว่า สัดส่วนของผู้มารับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในเขตสุขภาพที่ 12 ทั้ง 7 จังหวัด คิดจากจำนวนผู้มารับบริการทั้งหมดของแต่ละจังหวัด ซึ่งจังหวัดยะลาจัดอยู่ในลำดับที่ 6 จำนวนผู้มารับบริการการแพทย์แผนไทย คิดเป็นร้อยละ 19.34 เป็นที่น่าสังเกตว่า สถานพยาบาลของรัฐในจังหวัดยะลา มีการเปิดให้บริการการแพทย์แผนไทย จำนวนมากถึง 29 แห่ง แต่ผู้มารับบริการการแพทย์แผนไทยยังอยู่ในลำดับที่ 6 และมีจำนวนน้อยกว่าจังหวัดอื่น ๆ อีก 5 จังหวัด

อำเภอเมือง จังหวัดยะลา มีผลการดำเนินงานแพทย์แผนไทยในตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 มีผู้มารับบริการด้านการแพทย์แผนไทย เฉลี่ยร้อยละ 19.92 ปี 2563 ผู้มารับบริการด้านการแพทย์แผนไทย เฉลี่ยร้อยละ 19.29 และปีงบประมาณ 2564 ไตรมาสที่ 2 ที่ผ่านมา มีผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทย เฉลี่ยร้อยละ 21.63 ซึ่งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด จากการเปิดให้บริการที่เพิ่มมากขึ้น จึงทำให้ประชาชนมีทางเลือกในการที่จะดูแลสุขภาพมากขึ้นด้วย จากคลังข้อมูลสุขภาพจังหวัดยะลา (HDC) เมื่อปีงบประมาณ 2563 พบว่า สัดส่วนการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยของอำเภอเมืองยะลา เมื่อเทียบกับการให้บริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 13.41 อยู่ในลำดับที่ 6 ในทั้งหมด 8 อำเภอ และถ้าคิดเฉพาะสัดส่วนการให้บริการด้านการแพทย์แผน

ไทย ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 18 แห่ง โดยเทียบกับจำนวนผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการทั้งหมดอยู่ที่ร้อยละ 22.7 ซึ่งเป็นจำนวนที่มากที่สุดเมื่อเทียบกับอำเภออื่น ๆ ในจังหวัดยะลา

จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยต้องการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับบริการการแพทย์แผนไทยของประชาชน โดยที่ศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่มีงานวิจัยชิ้นใดที่เคยศึกษาเรื่องนี้ในจังหวัดยะลามาก่อน เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ปรับปรุงพัฒนาบริการด้านการแพทย์แผนไทย และจะเป็นประโยชน์ด้านข้อมูลรวมถึงแนวทางในการวางแผนการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยของผู้รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทยในจังหวัดยะลาให้สามารถบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้อย่างดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์วิจัย

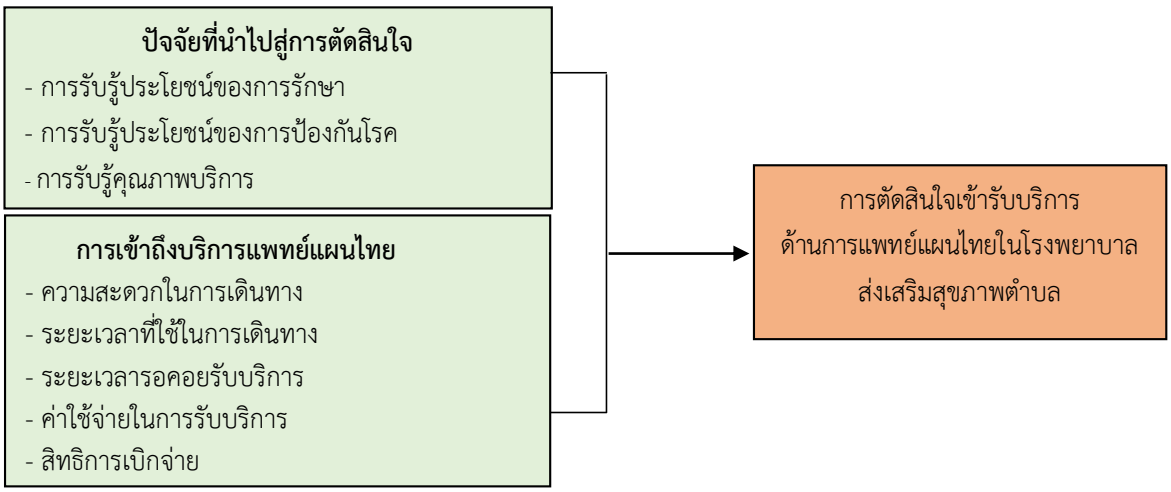
1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่นำไปสู่การตัดสินใจ การเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย และระดับการตัดสินใจของประชาชนในการเข้ารับบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่นำไปสู่การตัดสินใจ การเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย กับการตัดสินใจของประชาชนในการเข้ารับบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

สมมติฐานวิจัย

ปัจจัยที่นำไปสู่การตัดสินใจ และการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจของประชาชนในการเข้ารับบริการการแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Believe Model) ทางด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) คือ บุคคลนั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายจากการป่วย และการรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) ของการปฏิบัติ ดังนั้น การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค รวมถึงการรับรู้คุณภาพของการให้บริการ การรับรู้ถึงอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการเข้ารับบริการด้านการแพทย์แผนไทย จะส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบตัดขวาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนที่เข้ารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 11 แห่ง โดยมีเปิดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยแบบเต็มรูปแบบ มีแพทย์แผนไทยปฏิบัติงานประจำ ในอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่ไม่แน่นอน เมื่อศึกษาข้อมูลผู้มารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยย้อนหลังจากคลังข้อมูลสุขภาพ จังหวัดยะลา (Health Data Center – HDC) ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2564 ช่วงเดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือนธันวาคม 2563 โดยดูจากการวินิจฉัยโรคด้านการแพทย์แผนไทย เขตสุขภาพที่ 12 จังหวัดยะลา ปีงบประมาณ 2564 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 11 แห่ง พบว่ามีจำนวนผู้มารับบริการทางการแพทย์แผนไทย ทั้งสิ้น 2,559 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ประชาชนที่เข้ารับบริการการแพทย์แผนไทย ซึ่งการรับบริการ ประกอบด้วย การนวดประคบ อบสมุนไพร ฟื้นฟูมารดาหลังคลอด การรับยาสมุนไพร การรับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์และอื่น ๆ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 11 แห่ง ในช่วงเดือนเมษายน ถึงเดือนพฤษภาคม 2564 จำนวน 138 คน กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) สำหรับการใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดขนาดอิทธิพลเป็นขนาดกลาง (Correlation p H1) เท่ากับ .30 ค่าความคลาดเคลื่อน (α err prob) .05 และอำนาจทดสอบ Power (1-β err prob) .95 (รัตน์ศิริ ทาโต, 2561) ทำการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.2 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 115 ราย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการได้รับแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ 138 ราย และใช้การสุ่มตัวอย่างโดยใช้ความน่าจะเป็น (Probability Sampling) ประชากรที่เข้ารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการทั้ง 11 แห่ง โดยการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Sampling) ตามสัดส่วนของขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการในสถานบริการทั้ง 11 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และสร้างเครื่องมือโดยใช้ตัวแปรของความเชื่อด้านสุขภาพ พร้อมทั้งศึกษาจากคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.) ปี 2556 และการให้บริการการแพทย์แผนไทยตามประกาศกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เรื่อง การให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 หรือ โควิด-19 พ.ศ.2563 และประยุกต์ขึ้นมาจากแบบสอบถามของนันธิยะ ศรีแก้ว (2557) ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล โดยแบบสอบถามมีลักษณะแบบเลือกตอบ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคด้วยวิธีทางการแพทย์แผนไทย จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน 1) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และการป้องกันโรคด้วยวิธีทางการแพทย์แผนไทย ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบว่า ใช่หรือไม่ใช่ มีทั้งหมด 7 ข้อ ถ้าเลือกตอบว่าใช่ จะได้ 1 คะแนน และถ้าเลือกตอบว่า ไม่ใช่ จะได้ 0 คะแนน เมื่อรวมคะแนนแล้วจัดระดับการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค โดยกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ ซึ่งประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom’s Taxonomy (1971) ดังนี้ คะแนนการรับรู้ต่ำกว่าร้อยละ 60 (1-3 คะแนน) อยู่ในระดับต่ำ คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60–79 (4–5 คะแนน) อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80-100 (6-7 คะแนน) อยู่ในระดับที่ดีมาก 2) การรับรู้คุณภาพของการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย จำนวน 13 ข้อ โดยให้เลือกตอบว่า

ดีหรือควรปรับปรุง ถ้าตอบว่าดี จะได้ 1 คะแนน ถ้าตอบควรปรับปรุงจะได้ 0 คะแนน เมื่อรวมคะแนนแล้วจัดระดับการรับรู้คุณภาพบริการ โดยกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ ตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.) โดยคะแนนการรับรู้ต่ำกว่าร้อยละ 79 (1-9 คะแนน) อยู่ในระดับต่ำ คะแนนการรับรู้ร้อยละ 80-89 (10-11 คะแนน) อยู่ในระดับดี คะแนนการรับรู้ร้อยละ 90-100 (12-13 คะแนน) อยู่ในระดับที่ดีมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 10 ข้อ ซึ่งแบ่งออกเป็น ความสะดวกในการเดินทาง ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทาง จำนวน 3 ข้อ ระยะเวลารอคอยรับบริการ จำนวน 3 ข้อ สิทธิการเข้ารับบริการและค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการ จำนวน 4 ข้อ การให้คะแนนระดับการวัดการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Rating Scale) ให้ผู้ตอบเลือกช่องที่ตรงกับความรู้สึกของตนเองมากที่สุด 5 ระดับ ดังนี้ 5 หมายถึง มากที่สุด 4 หมายถึง มาก 3 หมายถึง ปานกลาง 2 หมายถึง น้อย 1 หมายถึง น้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทย วัตถุประสงค์เพื่อสรุปความคิดรวบยอดเกี่ยวกับการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยสอดคล้องกับตัวแปรปัจจัยที่นำไปสู่การตัดสินใจเข้ารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยตามกรอบแนวคิดการวิจัยและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามใส่เครื่องหมายลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามแบบปลายปิดมีทั้งหมด 6 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้ 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 หมายถึง เห็นด้วย 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ในส่วนที่ 3 และ 4 ใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนนเป็นการใช้ช่วงคะแนนจากพิสัย (Intervals from the Range) 3 ระดับ โดยการหาค่าพิสัย คือ ค่าสูงสุดลบด้วยค่าต่ำสุด แล้วหารด้วยจำนวนช่วงที่ต้องการ คือ หาค่าพิสัยเท่ากับ 5-1 = 4 และช่วงห่างเท่ากับ 4/3 = 1.33 จัดช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับได้ดังนี้ ช่วงคะแนน 1.00-2.33 อยู่ในระดับต่ำ ช่วงคะแนน 2.34-3.66 อยู่ในระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 3.67-5.00 อยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถามทั้ง 4 ส่วน โดยผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความตรงของเนื้อหา และความชัดเจนของภาษา ประกอบด้วย เภสัชกรชำนาญการพิเศษหัวหน้ากลุ่มงานแพทย์แผนไทย อาจารย์ชำนาญการสอนด้านการแพทย์แผนไทย และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย ได้ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ที่มีค่าตั้งแต่ 0.67-1.00

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามส่วนที่ 3 และ 4 ปรับปรุงแก้ไข และนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบว่า คำถามในแต่ละข้อของแบบสอบถามสามารถสื่อความหมายตรงตามที่ผู้วิจัยต้องการ และคำถามมีความเหมะสมหรือไม่ หลังจากนั้นนำมาทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Method) มีค่าเท่ากับ .81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา เพื่อขอความอนุเคราะห์เข้าเก็บข้อมูลผ่านผู้รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 11 แห่ง โดยผู้วิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดโครงการวิจัยแก่ผู้รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทย และขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทยในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำแบบสอบถาม จำนวนทั้งสิ้น 140 ชุด ให้ผู้เข้ารับบริการในแต่ละแห่งเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ได้รับมาทั้งสิ้น 138 ชุด คิดเป็นร้อยละ 98.57 ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยการวิจัยนี้จะทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนพฤษภาคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยที่นำไปสู่การตัดสินใจเข้ารับบริการด้านการแพทย์แผนไทย การเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย การตัดสินใจเลือกรับบริการแพทย์แผนไทย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบสมมติฐาน

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยที่นำไปสู่การตัดสินใจ การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การป้องกันโรค การรับรู้คุณภาพบริการ และการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทย กับการตัดสินใจเข้ารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pesrson's Product Moment Correlation Coefficient) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 โดยกำหนดค่าความสัมพันธ์ (Wiersma & Jurs, 2009) ดังนี้

ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.01-0.20 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก
ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.21-0.40 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.41 -0.60 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.61 -0.80 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูง
ค่าสหสัมพันธ์ (r) มากกว่า 0.80 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก

ทั้งนี้ ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) เพื่อหาลักษณะการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normality) ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linearity) โดยพิจารณาจากกราฟ Normal Probability Plot พบว่า ข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในแนวเส้นตรง แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติและมีความสัมพันธ์เชิงเส้น

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยด้านการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา เลขที่ใบรับรอง S0018B/64 เมื่อวันที่ 17 พฤษภาคม 2564

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยที่นำไปสู่การตัดสินใจ การเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย และการเลือกรับบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประชาชนที่เข้ารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 11 แห่ง ในอำเภอเมือง จังหวัดยะลา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.1 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 66.7 มีอายุระหว่าง 31 - 40 ปี ร้อยละ 30.4 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 79.7 ซึ่งส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 42.0 มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 22.5 และโดยส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่ต่ำกว่า 10,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.1 ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคลที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยจำแนกตามเพศ สถานภาพอายุ ศาสนา ระดับการศึกษาอาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่า ปัจจัยที่แตกต่างกันมีการตัดสินใจเข้ารับบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.2 ปัจจัยที่นำไปสู่การตัดสินใจเข้ารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: กรณีศึกษาอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ผลการวิจัยได้ดังนี้

1.2.1 ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละของการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคด้วยวิธีทางการแพทย์แผนไทย (n = 138)

การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคด้วยวิธีทางการแพทย์แผนไทย	ผลคำตอบ			
	ใช่		ไม่ใช่	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. การรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายกว่าการรักษาด้วยวิธีอื่น	135	97.80	3	2.20
2. สมุนไพรต่างๆ ที่มีอยู่แต่ละท้องถิ่นสามารถนำมาทำเป็นยาเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ	136	98.60	2	1.40
3. สารสกัดกัญชาช่วยให้เจริญอาหารในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด	120	87.00	18	13.00
4. การนวดแผนไทยสามารถลดอาการปวดกล้ามเนื้อ	136	98.60	2	1.40
5. การอบไอน้ำสมุนไพรทำให้ระบบไหลเวียนเลือดดีขึ้น	137	99.30	1	0.70
6. การบริหารร่างกายแบบท่าฤษีดัดตนเป็นวิธีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ช่วยบรรเทาอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย	135	97.80	3	2.20
7. การอยู่ไฟหลังคลอดจะทำให้มดลูกเข้าอู่ได้เร็วขึ้น	134	97.10	4	2.90

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างประชาชนที่เข้ารับบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 11 แห่ง ในอำเภอเมือง จังหวัดยะลา มีการรับรู้ประโยชน์ของการอบไอน้ำสมุนไพรทำให้ระบบไหลเวียนเลือดมากที่สุด ร้อยละ 99.3 รองลงมาคือ การรับรู้ประโยชน์ว่าสมุนไพรต่าง ๆ ที่มีอยู่แต่ละท้องถิ่นสามารถนำมาทำเป็นยารักษาเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ และรับรู้ว่าการนวดแผนไทยสามารถลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ที่ร้อยละ 98.6 และรับรู้ว่าสารสกัดกัญชาช่วยให้เจริญอาหารในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดน้อยที่สุด ที่ร้อยละ 87.0

1.2.2 ด้านการรับรู้คุณภาพบริการ

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของการรับรู้คุณภาพของการบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (n = 138)

การรับรู้คุณภาพของการบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	ควรปรับปรุง		ดี	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. บุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยใน รพ.สต. ที่มารับบริการมีความรู้ความสามารถในการให้บริการ	0	0.00	138	100.00
2. บุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยใน รพ.สต.ที่มารับบริการมีความเป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใส และใส่ใจในการให้บริการ	0	0.00	138	100.00
3. บุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยใน รพ.สต.ที่มารับบริการให้ความเสมอภาคแก่ผู้มารับบริการ	1	0.70	137	99.30
4. สถานบริการด้านการแพทย์แผนไทยใน รพ.สต.ที่มารับบริการมีแพทย์แผนไทยปฏิบัติงานอยู่ประจำและทำการตรวจ รักษาผู้มารับบริการเพียงพอ	8	5.80	130	94.20
5. สถานที่ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยใน รพ.สต. มีความสะอาดเป็นระเบียบ และมีมาตรการในการป้องกันโรคโควิด-19	1	0.70	137	99.30

การรับรู้คุณภาพของการบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	ควรปรับปรุง		ดี	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
6. สถานบริการด้านการแพทย์แผนไทย ในรพ.สต.มีขั้นตอนการรับบริการชัดเจน เพื่อป้องกันการอยู่ร่วมกันจำนวนมากในช่วงการระบาดของโรคโควิด -19	5	3.60	133	96.40
7. สถานบริการด้านการแพทย์แผนไทยใน รพ.สต.ที่มารับบริการมีมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อย่างเข้มแข็ง	7	5.10	131	94.90
8. สถานที่ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยใน รพ.สต. ที่มารับบริการเป็นสถานที่ที่ได้มาตรฐานผ่านการรับรองจากสถาบันการแพทย์แผนไทย	0	0.00	138	100.00
9. รพ.สต.ที่ติดต่อขอรับบริการด้านการแพทย์แผนไทยมีพื้นที่ให้นั่งรอเพียงพอต่อการมารับบริการ	11	8.00	127	92.00
10. ความละเอียดของการตรวจ และซักถามอาการของแพทย์แผนไทย	0	0.00	138	100.00
11. ความรวดเร็วของการตรวจ ซักถามอาการของแพทย์แผนไทย	0	0.00	138	100.00
12. ขั้นตอนของการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย	0	0.00	138	100.00
13. ระยะเวลาในการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย	0	0.00	138	100.00

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างประชาชนที่เข้ารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 11 แห่ง ในอำเภอเมือง จังหวัดยะลา มากกว่าร้อยละ 90 มีความคิดเห็นการรับรู้คุณภาพของการบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ของตน อยู่ในระดับที่ดีมาก

1.3 การเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย (*M*) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน *(SD)* ของการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ข้อที่	การเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย	n = 138		ระดับการเข้าถึง
		M	*SD*	
ด้านความสะดวกในการเดินทางมารับบริการ				
1	มีความสะดวกในการเดินทาง เพื่อมาใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในรพ.สต.อำเภอเมืองยะลา	4.12	0.58	สูง
2	สถานบริการด้านการแพทย์แผนไทยใน รพ.สต.อยู่ในแหล่งชุมชนทำให้ง่ายต่อการเข้ารับบริการ	4.29	0.56	สูง
3	รพ.สต.ที่เข้ารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยมีระบบนัดหมายล่วงหน้าและรับคิวล่วงหน้าก่อนมารับบริการเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19	4.39	0.58	สูง
	ภาพรวมด้านความสะดวกในการเดินทางมารับบริการ	**4.27**	**0.44**	**สูง**
ด้านระยะเวลารอคอย/ระยะเวลาในการรับบริการ				
4	ระยะเวลาในการรอรับบริการด้านมีความเหมาะสม	4.29	0.54	สูง
5	ระยะเวลาในการเข้ารับบริการมีความเหมาะสม	4.35	0.50	สูง
6	ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการของท่าน	4.28	0.58	สูง
	ภาพรวมด้านระยะเวลารอคอย/ระยะเวลาในการรับบริการ	**4.30**	**0.46**	**สูง**

ข้อที่	การเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย	n = 138		ระดับการเข้าถึง
		M	*SD*	
ด้านค่าใช้จ่ายในการมารับบริการและสิทธิการรักษา				
7	ความสะดวกรวดเร็วในการชำระค่าบริการ	4.36	0.57	สูง
8	ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการในแต่ละครั้ง	3.99	1.06	สูง
9	อัตราค่าบริการด้านการแพทย์แผนไทยมีความเหมาะสม	4.32	0.60	สูง
10	ทราบสิทธิที่ใช้ในการรักษาของตัวท่านเอง	4.38	0.65	สูง
ภาพรวมด้านค่าใช้จ่ายในการมารับบริการและสิทธิการรักษา		**4.26**	**0.54**	**สูง**
สรุปการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยในภาพรวม		**4.28**	**0.37**	**สูง**

จากตาราง 3 พบว่า ภาพรวมของการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทย อยู่ในระดับสูง (*M*=4.28, SD=0.37) เมื่อพิจารณาระดับการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยแต่ละด้าน ซึ่งได้แก่ ความสะดวกในการเดินทางมารับบริการ ระยะเวลารอคอยรับบริการ/ระยะเวลาในการรับบริการ และด้านค่าใช้จ่ายในการมารับบริการรวมถึงสิทธิการรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อยู่ในระดับสูงทุกด้าน โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ข้อที่ 3 ระบบนัดหมายล่วงหน้าและการรับคิวล่วงหน้าก่อนมารับบริการ (*M*=4.39, *SD*=0.58) รองลงมา คือ ข้อ 10 การทราบสิทธิที่ใช้ในการรักษาของตัวเอง (*M*=4.38, *SD*=0.65) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ข้อ 8 ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการแต่ละครั้ง (*M*=3.99, *SD*=1.06)

1.4 การตัดสินใจเข้ารับบริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย (*M*) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) **ของก**ารตัดสินใจเข้ารับบริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ข้อที่	การตัดสินใจเข้ารับบริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	n = 138		ระดับความคิดเห็น
		M	SD	
1	การรักษาและการบริการด้านการแพทย์แผนไทยส่งผลให้ตัดสินใจเลือกรับบริการใน รพ.สต.	4.36	0.54	สูง
2	การบริการจากบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยมีผลต่อการตัดสินใจเลือกรับบริการใน รพ.สต.	4.39	0.54	สูง
3	การให้ความเชื่อมั่นต่อผู้มารับบริการมีผลต่อการตัดสินใจเลือกรับบริการใน รพ.สต.	4.43	0.51	สูง
4	ความเชื่อถือไว้วางใจมีผลต่อการการตัดสินใจเลือกรับบริการใน รพ.สต.	4.46	0.50	สูง
5	การบริการที่สะดวกรวดเร็วมีผลต่อการการตัดสินใจเลือกรับบริการใน รพ.สต.	4.44	0.51	สูง
6	ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้มารับบริการมีผลต่อการตัดสินใจเลือกรับบริการใน รพ.สต.	4.45	0.50	สูง
การตัดสินใจเลือกรับบริการแพทย์แผนไทยในภาพรวม		**4.42**	**0.37**	**สูง**

จากตาราง 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างประชาชนที่เข้ารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 11 แห่ง ในอำเภอเมือง จังหวัดยะลา โดยภาพรวม มีระดับความคิดเห็นในการตัดสินใจเข้ารับบริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อยู่ในระดับสูง ที่คะแนนเฉลี่ย 4.42 เมื่อพิจารณา

ระดับรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดเห็นในการตัดสินใจเข้ารับบริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อยู่ในระดับสูงทุกข้อเช่นกัน

2. ความทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่นำไปสู่การตัดสินใจกับการตัดสินใจของประชาชนในการเข้ารับบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ตาราง 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่าง ปัจจัยนำไปสู่การตัดสินใจ การเข้าถึงบริการ การแพทย์แผนไทย กับการตัดสินใจของประชาชนในการเข้ารับบริการการแพทย์แผนไทยใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (n = 138)

ตัวแปร	Pearson's Correlation	Sig. (2-tailed)	ทิศทาง	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยที่นำไปสู่การตัดสินใจ	**.009**	**.920**	**เดียวกัน**	**ต่ำมาก**
- การรับรู้ประโยชน์/การป้องกันโรค	-.098	.253	ตรงข้าม	ต่ำมาก
- การรับรู้คุณภาพ	.173	.042*	เดียวกัน	ต่ำมาก
การเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทย	**.522**	**.000***	**เดียวกัน**	**ปานกลาง**
- ความสะดวกในการเดินทางมารับบริการ	.466	.000*	เดียวกัน	ปานกลาง
- ระยะเวลารอคอย/บริการ	.372	.000*	เดียวกัน	ต่ำ
- ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการและสิทธิการรักษา	.393	.000*	เดียวกัน	ต่ำ

* $p \leq 0.05$

จากตาราง 5 จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยที่นำไปสู่การตัดสินใจ กับการตัดสินใจเข้ารับบริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ปัจจัยที่นำไปสู่การตัดสินใจด้านการรับรู้คุณภาพ มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับบริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.173 และมีทิศทางความสัมพันธ์ไปในทางเดียวกัน สำหรับการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยในทุก ๆ ด้าน มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับบริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.522 มีระดับความสัมพันธ์ปานกลางกับปัจจัยที่นำไปสู่การตัดสินใจ และมีทิศทางความสัมพันธ์ไปในทางเดียวกัน และจากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่นำไปสู่การตัดสินใจด้านการรับรู้ประโยชน์และการป้องกันโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับบริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

อภิปรายผล

ปัจจัยที่นำไปสู่การตัดสินใจต่อการเข้ารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคด้วยวิธีทางการแพทย์แผนไทยและด้านการรับรู้คุณภาพของการบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า กลุ่มตัวอย่างประชาชนที่เข้ารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 11 แห่ง ในอำเภอเมืองจังหวัดยะลา มากกว่าร้อยละ 90 มีการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค และรับรู้คุณภาพของการบริการด้านการแพทย์แผนไทย ในระดับที่ดีมาก ซึ่งเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นว่าประชาชนผู้ที่เข้ามาใช้บริการส่วนใหญ่ให้ความสำคัญและคาดหวังต่อการได้รับบริการแพทย์แผนไทยที่มีชื่อเสียงดี มีบริการที่มีมาตรฐาน และปลอดภัย ทั้งนี้อาจเนื่องจากการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้จัดบริการแพทย์แผนไทย ร่วมกับบริการทางการแพทย์แผนปัจจุบัน เป็นผลให้ประชาชนเกิดความเชื่อถือและมั่นใจ แม้ในขณะที่เก็บข้อมูลการวิจัยและปัจจุบันยังมีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 หรือที่เรียกกันว่า Covid -19 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการให้บริการที่มีมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อและต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัด จึง

ทำให้ประชาชนเกิดความเชื่อมั่นในการที่จะเข้ารับบริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ อีกทั้งนโยบายสนับสนุนและส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยจากกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถจัดสถานที่ให้บริการที่เหมาะสม และมีอุปกรณ์ครบถ้วน เพียงพอ สอดคล้องกับงานวิจัยของพรชัย ดีไพศาลสกุล และวิโรจน์ เจษฎาลักษณ์ (2557) ที่ศึกษาเรื่องความคาดหวัง และการรับรู้ของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการโรงพยาบาล พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่ตัดสินใจเข้ารับบริการในโรงพยาบาลโดยเลือกโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยคุ้นเคย รู้จักชื่อเสียงโรงพยาบาล อาจรู้จักแพทย์ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ซึ่งสามารถวินิจฉัยโรคได้ตรงกับความรับรู้อาการของผู้ป่วย จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นในแนวทางการรักษา รวมทั้งการได้รับคำแนะนำ การเอาใจใส่ การดูแลที่ดี รวมทั้งผลการรักษาที่ดีหรือการมีแนวโน้มอาการที่ดีขึ้น ทำให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกคุ้มค่า อันเป็นวัตถุประสงค์หลักของผู้ป่วยในการรับการรักษา

ด้านการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า กลุ่มตัวอย่างประชาชนที่เข้ารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 11 แห่ง ในอำเภอเมือง จังหวัดยะลา โดยภาพรวม มีระดับการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อยู่ในระดับสูง และเมื่อพิจารณาระดับการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในแต่ด้าน ได้แก่ ด้านความสะดวกในการเดินทางมารับบริการ ด้านระยะเวลารอคอยรับบริการ/ระยะเวลาในการรับบริการและด้านค่าใช้จ่ายในการมารับบริการและสิทธิการรักษา พบว่า มีระดับสูงทุกด้านเช่นกัน สืบเนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 11 แห่ง ในอำเภอเมือง จังหวัดยะลา อยู่ในพื้นที่ที่ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว มีระยะเวลารอคอยและการรักษาที่รวดเร็วเนื่องจากมีหลายสถานที่ให้บริการในบริเวณใกล้ผู้ป่วย และบริการทางการแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่เป็นบริการที่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้และยังรวมอยู่ในชุดสิทธิการให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสำรวย โยธาวิจิตร และคณะ (2556) ที่ศึกษาการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยของบุคลากรในสถานบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งหนึ่ง พบว่าการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยของบุคลากรในภาพรวมมีการเข้าถึงบริการในระดับสูง

การตัดสินใจเข้ารับบริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่ากลุ่มตัวอย่างประชาชนที่เข้ารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 11 แห่ง ในอำเภอเมือง จังหวัดยะลา โดยภาพรวม มีระดับความคิดเห็นในการตัดสินใจเข้ารับบริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาระดับรายข้อ พบว่า อยู่ในระดับสูงทุกข้อเช่นกัน สอดคล้องกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2557) ที่ได้จัดทำการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลรักษาตนเองด้วยแพทย์แผนไทยและสมุนไพรของครัวเรือน พ.ศ. 2556 พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ตัดสินใจดูแลรักษาตนเองด้วยการเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยด้านการนวดไทยในสัดส่วนที่สูงสุด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการนวดไทยเป็นบริการสุขภาพที่เปิดให้บริการจำนวนมาก ทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนและในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีทั้งการนวดเพื่อการรักษาและการผ่อนคลายอาการเหนื่อยล้าจากการใช้ชีวิตประจำวัน ส่งผลให้การนวดเป็นที่รู้จักและคุ้นเคยมากกว่าบริการอื่น ๆ

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลกับการตัดสินใจเข้ารับบริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยจำแนกตามเพศ สถานภาพ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่า ปัจจัยที่แตกต่างกันมีการตัดสินใจเข้ารับบริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ผู้เข้ามาใช้บริการได้รับรู้รายละเอียดข้อมูลแพทย์แผนไทยอยู่แล้ว เป็นกลุ่มที่ให้ความสนใจและเล็งเห็นประโยชน์ของการรักษาสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยอยู่แล้ว อีกทั้งระบบสื่อสารและโทรคมนาคมในปัจจุบันมีความทันสมัย ส่งผลให้การกระจายข่าวสารสามารถทำได้หลายช่องทาง มีความสะดวกรวดเร็ว ทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ ดังนั้น เมื่อบุคคลเกิดอาการเจ็บป่วยกลุ่มที่ให้ความสนใจในการรักษาสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ไม่ว่าจะเป็นเพศ วัย หรือการศึกษาระดับใดที่เปิดรับข่าวสารหรือสนใจในการรักษาเมื่อเจ็บป่วย ย่อมตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยมากกว่า สอดคล้องกับงานวิจัยของมนชนก ชู

วรรธนะปกรณ์ และเกษแก้ว เสียงเพราะ (2563) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการนวดแผนไทยของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา อธิบายว่าผู้สูงอายุจะเลือกใช้บริการนวดไทย จากคำแนะนำจากบุคคลที่รู้จัก หรือบุคคลในครอบครัว และได้รับข้อมูลข่าวสารจากอาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้สูงอายุด้วยกันเอง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของขวัญชนก เทพปัน, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, นพพร โหวธีระกุล และมธุรส ทิพยมงคลกุล (2560) ที่อธิบายว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลในเรื่อง เพศ อายุการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและยังอธิบายว่าประชาชนผู้มาใช้บริการส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดราชบุรี มีอาการเจ็บป่วยในระดับน้อย แต่ได้รับข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนและการกระตุ้นเตือนจากบุคคลอื่นให้มาใช้บริการอยู่ในระดับสูง

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยที่นำไปสู่การตัดสินใจ กับการตัดสินใจเข้ารับบริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ทดสอบด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า ด้านการรับรู้ประโยชน์/การป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ที่ระดับต่ำมากกับการตัดสินใจเลือกรับบริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีทิศทางความสัมพันธ์ไปในทางตรงข้ามกัน ซึ่งอาจหมายถึงประชาชนมีการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันมาก แต่อาจไม่ส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการให้มีมากขึ้นตามไปด้วยก็ได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นันธิยะ ศรีแก้ว (2557) ที่พบว่าประชาชนมีการรับรู้ประโยชน์ของการนวดแผนไทยมาก แต่ก็ไม่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการนวดแผนไทย ด้านการรับรู้คุณภาพ มีความสัมพันธ์ที่ระดับต่ำมากกับการตัดสินใจเลือกรับบริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีทิศทางความสัมพันธ์ไปในทางเดียวกัน สืบเนื่องจากการรับรู้คุณภาพบริการแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่อยู่ในรูปแบบของความมั่นใจในมาตรฐานบริการ โดยเฉพาะด้านการมีชื่อเสียงและเป็นที่รู้จัก เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ประชาชนผู้ใช้บริการส่วนมากจึงเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยจากสถานบริการแพทย์แผนไทยที่มีชื่อเสียงดีและสะดวกต่อตัวผู้ป่วย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พชรมน พรหมสวร และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ (2554) ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้านเหตุผลการเลือกใช้คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ คุณภาพบริการ และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของขวัญชนก เทพปัน, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, นพพร โหวธีระกุล และมธุรส ทิพยมงคลกุล (2560) ที่พบว่าประชาชนผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดราชบุรีส่วนใหญ่มีการรับรู้คุณภาพบริการแพทย์แผนไทยในระดับปานกลาง แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าประชาชนผู้มาใช้บริการส่วนใหญ่ให้ความสำคัญและคาดหวังในคุณภาพบริการแพทย์แผนไทย ด้านการให้ความมั่นใจในมาตรฐานบริการในระดับสูง

ผลการทดสอบความสัมพันธ์การเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย ได้แก่ ด้านความสะดวกในการเดินทางมารับบริการ ด้านระยะเวลารอคอย/บริการ และด้านค่าใช้จ่ายในการมารับบริการและสิทธิการรักษามีความสัมพันธ์ที่ระดับปานกลางกับการตัดสินใจเข้ารับบริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีทิศทางความสัมพันธ์ไปในทางเดียวกัน เนื่องจากวิถีชีวิตของประชาชนในปัจจุบันที่ต้องแข่งขันกับเวลาและต้องคำนึงถึงสภาวะเศรษฐกิจร่วมด้วย ส่งผลให้ความสะดวกทั้งในเรื่องของการมาใช้บริการ การรอคอยบริการ และการเบิกจ่าย มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการแพทย์แผนไทยทั้งหมด สอดคล้องกับงานวิจัยของมนชนก ชูวรรธนะปกรณ์ และเกษแก้ว เสียงเพราะ (2563) ที่ศึกษาเกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการนวดแผนไทย ซึ่งส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากกว่าสิทธิการรักษาชนิดอื่นเนื่องจากสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถนำมาใช้ในการเบิกจ่ายได้หลังจากการรับบริการ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของสำรวย โยธาวิจิตร, สมชาย ชินวานิชย์เจริญ, วิริยา เมษสุวรรณ, และอัจฉรา จินวงษ์ (2556) ที่ศึกษาการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยของบุคลากรในสถานบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งหนึ่ง พบว่าการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยของบุคลากรในภาพรวมมีการเข้าถึงบริการในระดับปานกลาง

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการให้บริการด้านแพทย์แผนไทย อย่างต่อเนื่องในทุกๆ ด้าน โดยเฉพาะการประชาสัมพันธ์ด้านการรักษาและบริการที่เกี่ยวกับแพทย์แผนไทยจากบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถด้านการแพทย์แผนไทย จะทำให้ประชาชนมีความเชื่อมั่น และเลือกเข้ามารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากยิ่งขึ้น

2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยให้มากขึ้น เพื่อความสะดวก รวดเร็วในการเข้ารับบริการ ลดระยะเวลาการรอคอยเพื่อจะรับบริการ เช่น มีระบบนัดหมายล่วงหน้าผ่านทางโซเชียลมีเดีย โทรศัพท์ หรืออื่นๆ และถึงแม้ว่าการเข้าถึงบริการด้านค่าใช้จ่ายในการมารับบริการรวมถึงสิทธิการรักษาจะมีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการด้านการแพทย์ไทยในระดับที่ต่ำ แต่เป็นหน้าที่ของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ต้องให้ข้อมูลให้ครบถ้วนต่อผู้เข้ารับบริการเพื่อประกอบการตัดสินใจเข้ารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยใน รพ.สต.

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจเข้ารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยในกลุ่มประชากรที่ไม่เข้ารับบริการด้านการแพทย์แผนไทย เพื่อสามารถนำมาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เข้ารับบริการกับกลุ่มที่ไม่เข้ารับบริการ ทั้งนี้เพื่อจำได้นำผลการวิจัยของทั้ง 2 กลุ่มประชากรมาปรับปรุงคุณภาพบริการให้ดียิ่งขึ้น

2. ควรทำวิจัยในโรงพยาบาลทุกระดับที่มีบริการแพทย์แผนไทย เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ได้อย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับเหตุผลการเลือกใช้บริการ ความต้องการ และความคิดเห็นรวมถึงข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดบริการแพทย์แผนไทย อันจะเป็นแนวทางในการพัฒนาบริการให้ตรงกับความต้องการและเป็นประโยชน์ต่อประชาชนในแต่ละพื้นที่มากที่สุด

รายการอ้างอิง

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2556). *รายงานการสาธารณสุขไทย ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก 2554-2556.* นนทบุรี: กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผน ไทย.

ขวัญชนก เทพปัน, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, นพพร โหวธีระกุล และมธุรส ทิพยมงคลกุล. (2560). การตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชนผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดราชบุรี (รายงานการวิจัย). *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี,* 28(2), 80-92.

นันธิยะ ศรีแก้ว. (2557). *ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้สถานบริการนวดไทยของประชาชนตำบลคลองสอง จังหวัดปทุมธานี.* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์).

พชรมน พรหมศวร และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. (2554). สัดส่วนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการแสวงหาบริการด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามเป็นลำดับแรก. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, *26*(พิเศษ), 236-239.

พรชัย ดีไพศาลสกุล และวิโรจน์ เจษฎาลักษณ์. (2557). การสร้างคุณภาพบริการที่มีผลต่อการตอบรับของผู้รับบริการและผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลเอกชน. *วารสารธรรมศาสตร์*, *33*(1), 33-45.

เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ. (2558). การศึกษาการให้บริการการแพทย์แผนไทยของสถานบริการภาครัฐ ในจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสังคมศาสตร์วิชาการ*, *8*(2), 70-82.

มณฑกา ธีรชัยสกุล, วรรณศิริ นิลเนตร และอานนท์ วรยิ่งยง. (2557). *การสำรวจการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2557.*

มณฑกา ธีรชัยสกุล. (2557). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดบริการเขตบริการสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์).* สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

มนชนก ชูวรรธนะปกรณ์ และเกษแก้ว เสียงเพราะ. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการนวดแผนไทยของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา. *วารสารสุขศึกษา*, *43*(1), 87-99.

รัตน์ศิริ ทาโต. (2561). *การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้*. (ฉบับปรับปรุง). (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักงานสถิติจังหวัดยะลา สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2562). *รายงานสถิติจังหวัดยะลา พ.ศ. 2562.*กรุงเทพฯ: โอเค คอมพิวเตอร์ แอนด์ พริ๊นติ้ง.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2564). *คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564.* นนทบุรี: สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสชิ่ง จำกัด.

สำรวย โยธาวิจิตร, สมชาย ชินวานิชย์เจริญ, วิริยา เมษสุวรรณ และอัจฉรา จินวงษ์. (2556). การจัดการด้านการแพทย์แผนไทยของบุคลากรในสถานบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 28(2), 90.*

Bloom, B. S., Hastings, J. H., & Madaus, G. F. (1971). *Handbook on Formative Evoluation of Student Learning.* New York: McGraw-Hill.

Wiersma, W., & G. Jurs, S. (2009). *Research Method in Education an Introduction.* (9th ed). Massachusetts: Pearson.

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ประยุกต์ทฤษฎีทรานส์ทิโอเรทิคอลในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ในจังหวัดชลบุรี

Effects of Food Consumption Behavior Change Program Applied with Transtheoretical Model among Patients with Type 2 Uncontrolled Diabetes Mellitus in Chonburi Province

จุฑาทิพย์ โพธิ์สุวรรณ์[1*], สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์[2], ศรีทอง เนียมสุคนธ์สกุล[1], กมลชนก ชูเชิด[1], ธัญชนก ฉลาดเลิศ[1], อทิตยา ผดุงเวียง[1], อนัญญา ฮวบประเสริฐ[1], นันทวัฒน์ บุญภิรมย์อัญชัน[1] และ กนกพร สมพร[3]

Juthathip Posuwan[1*], Sutthisak Surirak[2], Srithong Neamsukonsakoon[1], Kamonchanok Choocherd[1], Thanchanok Chalatloed[1], Atitaya Phadungwiang[1], Ananya Huabprasoet[1], Nantawat Boonpiromanchan[1] and Kanokporn Somporn[3]

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี[1*], วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี[2], วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา[3]

Sirindhorn College of Public Health Chonburi, Chonburi Province[1*], Sirindhorn College of Public Health Suphanburi, Suphanburi Province[2], College of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University[3]

(Received: *March 28*, 2021; Revised: *December 18*, 2021; Accepted: *December 30*, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบเปรียบเทียบสองกลุ่มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีทรานส์ทิโอเรทิคอลในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 35 คน ได้จากการสุ่มอย่างอย่างง่ายในพื้นที่จังหวัดชลบุรี โดยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) ขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stages of Change) 2) กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Process of Change) 3) สมดุลการตัดสินใจ (Decisional Balance) และ 4 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) เก็บรวบรวมข้อมูลและวัดระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเบาหวานที่มีค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์คูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .64 และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ .72 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ Paired t- test และสถิติ Independent t- test ผลการวิจัยพบว่า

หลังจากได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) โดยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมฯ ดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ นอกจากนี้ ยังพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M=132.46$, $SD=35.46$ และ $M=172.60$, $SD=62.12$, ตามลำดับ, $p<.05$)

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีทรานส์ทิโอเรทิคอลสามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการบริโภคอาหาร ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ดีขึ้น และยังช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยได้ เป็นประโยชน์ต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้, โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร, ทฤษฎีทรานส์ทิโอเรทิคอล

[*]ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: juthathip@scphc.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 08-5094-2259)

Abstract

This quasi-experimental study was to investigate the effects of food consumption behavior change program applied with transtheoretical model among patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus (T2DM). Participants were 70 patients recruited by simple random sampling from Chonburi Province and divided equally into the experimental group and the control group. The program consisted of four activities: 1) Stage of change; 2) Process of change 3) Decisional balance; and 4) Self-efficacy. Data, employed by questionnaires, and fasting blood sugar were collected at baseline and the end of the study period in week four. Questionnaires included three parts, general characteristic information of the participants, knowledge of diabetes mellitus with its Kuder–Richardson 20 = .64, and food consumption behavior with its Cronbach's alpha coefficient = .72. Data were statistically analyzed using paired t-test for within group and using independent t-test for between groups.

The results presented that knowledge about diabetes mellitus of the experimental group was significantly higher than baseline and the control group after 4 weeks period ($p<.05$). Food consumption behavior of the experimental group was also higher than the control group. Moreover, FBS levels in T2DM patients significantly reduced after intervention when compared to the control group ($M=132.46$, $SD=35.46$ and $M=172.60$, $SD=62.12$ respectively) ($p<.05$).

This study indicates that food consumption behavior change program applied with transtheoretical model can improve knowledge and behavior of food consumption, and also reduce blood glucose level. These results yield benefits to health promotion and control among patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus.

Keyword: Uncontrolled type 2 diabetes mellitus, Food consumption behavior change program, Transtheoretical model

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก โดยมีความชุกของโรคเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation) รายงานว่าในปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงถึง 425 ล้านคนทั่วโลก และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2588 จะมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 629 ล้านคน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสาเหตุการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานตามมาได้ (N.H. Cho, et al, 2018) จากรายงานขององค์การอนามัยโรคกล่าวถึงสาเหตุการตาย 10 อันดับแรกทั่วโลกพบว่า โรคเบาหวาน เป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 6 โดยมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานถึง 1.6 ล้านคน (World Health Organization, 2017) และในประเทศไทย ได้มีการคาดการณ์อุบัติการณ์ของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในปีพ.ศ.2583 อาจมีจำนวนสูงถึง 5.3 ล้านคน และกระจายไปทุกพื้นที่ จากรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัดระหว่างปี 2556 - 2560 จังหวัดชลบุรี มีอัตราตายด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เฉลี่ย 33.5 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยรายใหม่ด้วยโรคเบาหวาน 121.92 ต่อแสนประชากร และอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานรวมสูงถึง 4413.54 ต่อแสนประชากร โดยมีผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้เพียงร้อยละ 30.01 จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด นอกจากนี้ข้อมูลการคัดกรองโรคเบาหวานของ จังหวัดชลบุรี ในปี 2560 พบว่ามีประชากรกลุ่มเสี่ยงด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 0.66 และมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้กระจายอยู่ทุกพื้นที่ โดยพบมากที่สุดในเขตอำเภอเมืองชลบุรี ร้อยละ 69.54

รองลงมาคืออำเภอบ้านบึงพบร้อยละ 66.33 และอำเภอพนัสนิคมพบร้อยละ 65.20 ตามลำดับ (กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี, 2561)

การมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน โดยจะก่อให้เกิดพยาธิสภาพของหลอดเลือดทั่วร่างกาย ได้แก่ หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลาย หลอดเลือดจอประสาทตา หลอดเลือดฝอยที่ไต หลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะทุพพลภาพหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมหาศาล (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560) ซึ่งการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมีสาเหตุหลักมาจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานมันเค็ม อาหารที่มีน้ำตาลและพลังงานสูง ร่วมกับการไม่ออกกำลังกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (สุวรรณี สร้อยสงค์, อังคณา เรือนก้อน, ขวัญสุวีย์อภิจัทรเมธากุล, นิลุมล นันตา, 2560) ดังนั้น การป้องกันปัญหาดังกล่าวสามารถทำได้โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่นลดหรือควบคุมการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลสูง อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันคนไทยยังคงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสมในทั้งเรื่องของประเภทและปริมาณอาหาร โดยคนไทยส่วนใหญ่มีค่านิยมการบริโภคอาหารนอกบ้าน การบริโภคอาหารที่มีพลังงานสูง อาหารจานด่วน อาหารสำเร็จรูป ขนมกรุบกรอบ เครื่องดื่มที่มีรสหวานและน้ำอัดลมเพิ่มมากขึ้น จากการสำรวจพบว่า คนไทยบริโภคน้ำตาลโดยเฉลี่ยเพิ่มจาก 12.7 กิโลกรัมต่อคนต่อปี ในพ.ศ. 2526 เป็น 29.6 กิโลกรัมต่อคนต่อปี ในพ.ศ. 2556 และคนไทยบริโภคเกลือหรือโซเดียม เฉลี่ยสูงเกินเกณฑ์ที่ควรบริโภคถึงสองเท่า ส่วนหนึ่งเกิดจากการไม่ทราบว่า อาหารที่รับประทานมีส่วนผสมของโซเดียม เช่น ขนมกรุบกรอบและอาหารกึ่งสำเร็จรูป นอกจากนี้ ยังพบว่า ประชากรไทยบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายในแต่ละวันอีกด้วย (จุรีพร คงประเสริฐ, 2558)

จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับน้ำตาลในเลือด (สุวัฒน์ ศิริแก่นทราย, 2559) ดังนั้น การส่งเสริมความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารจึงควรนำมาพิจารณาเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยจากการทบทวนวรรณกรรม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้มีการใช้ทฤษฎีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไว้อย่างหลากหลาย โดยผู้วิจัยสนใจการนำทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เรียกว่า ทรานส์ทิโอเรทิคอล (Transtheoretical Model) ซึ่งเป็นศาสตร์ทางจิตวิทยาสุขภาพ (Health psychology) ที่อธิบายหรือทำนายความสำเร็จและความล้มเหลวในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อช่วยให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องและบรรลุเป้าหมายในการควบคุม แม้บุคคลนั้นยังไม่พร้อม ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก็ตาม รูปแบบการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลตามทฤษฎีทรานส์ทิโอเรทิคอล ประกอบด้วย 1.) ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages Of Change) 2) กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Processes of Change) 3) ความสมดุลของการตัดสินใจ (Decision Balance) และ 4) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) (ประกาย จิโรจน์กุล, 2556) ซึ่งครอบคลุมกระบวนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล จึงอาจสามารถแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีทรานส์ทิโอเรทิคอล และศึกษาผลของโปรแกรมฯ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในจังหวัดชลบุรี

วัตถุประสงค์วิจัย

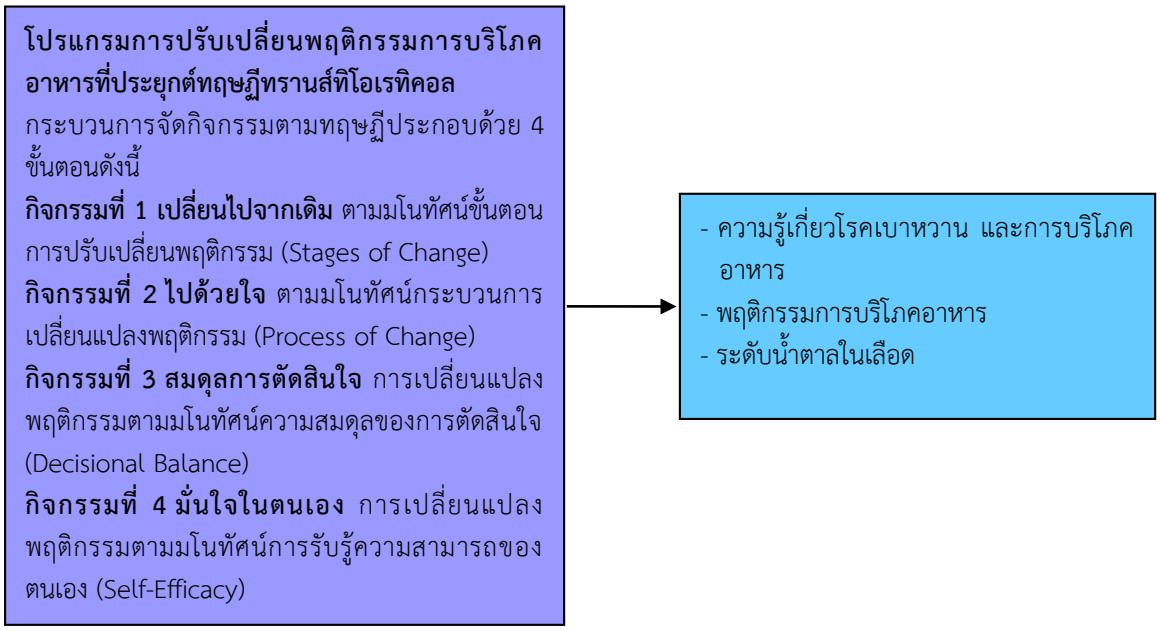
1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ภายหลังการทดลอง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ภายหลังการทดลอง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลอง

3. เพื่อเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ภายหลังการทดลอง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดตามหลักทฤษฎีทรานส์ทิโอเรทิคอล โดยเน้นการให้สุขศึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 4 กิจกรรม และประเมินผลตามหลักการของทฤษฎี ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ รายละเอียดดังภาพที่ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีทรานส์ทิโอเรทิคอล ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในจังหวัดชลบุรี เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยคือ ประชากรผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

เกณฑ์การพิจารณาคัดเข้าการวิจัย (Inclusion Criteria)

1. อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป
2. ผู้ที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ คือ HbA1C>7% หรือระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร Fasting Blood Sugar (FBS)>126 mg/dl
3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่มีผลต่อการวิจัย เช่น โรคหัวใจ โรคไต และไม่อยู่ในภาวะตั้งครรภ์
4. เป็นผู้มีสติสัมปชัญญะดี อ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร
5. มีความสมัครใจ และยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การพิจารณาคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

1. ผู้เข้าร่วมการวิจัยขอยุติหรือถอนตัวออกจากการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย จำนวนทั้งสิ้น 70 คน โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Lwanga & Lemeshow (1991) และประมาณค่าความแปรปรวนจากงานวิจัยที่ของจุฑามาส จันทร์ฉาย และคณะ (2557) ได้ค่าความแปรปรวนเฉลี่ยของข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 10.73 กำหนดให้ α=0.05 Power=0.9 จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 27 คน ผู้วิจัยทำการปรับขนาดตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่างระหว่างการศึกษา ดังนั้น จะได้กลุ่มตัวอยางในการวิจัยกลุ่มละ 35 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี โดยทำการได้จากการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยพิจารณาดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีทรานส์ทิโอเรทิคอล ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของทฤษฎีทรานส์ทิโอเรทิคอลในการดำเนินการจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามขั้นตอน ประกอบด้วย 4 กิจกรรม เป็นเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยจัดกิจกรรมแบบกลุ่ม ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยกะปิ จังหวัดชลบุรี ครั้งละ 60 นาที ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 เปลี่ยนไปจากเดิม ตามมโนทัศน์ขั้นตอน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stages of Change) เป็นการอธิบายให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านทัศนคติ (Attitude) และความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง โดยการสร้างแรงจูงใจ และร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

กิจกรรมที่ 2 ไปด้วยใจ ตามมโนทัศน์กระบวนการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Process of Change) เป็นการปลุกจิตสำนึก เพิ่มการรับรู้ สาเหตุ และสิ่งที่เป็นผลของพฤติกรรมที่กำลังจะเปลี่ยนแปลง โดยใช้การบรรยายแบบมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการบริโภคอาหารให้แก่กลุ่มตัวอย่าง

กิจกรรมที่ 3 สมดุลการตัดสินใจ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามมโนทัศน์ความสมดุลของการตัดสินใจ (Decisional Balance) เป็นกิจกรรมกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเห็นผลดี และผลเสียของพฤติกรรม โดยใช้บุคคลต้นแบบ และเทคนิคการกระตุ้นเสริมแรง รวมถึงแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์จริง

กิจกรรมที่ 4 มั่นใจในตนเอง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามมโนทัศน์การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) เป็นการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ร่วมกับใช้คำพูดชักจูงและสร้างเสริมแรงจูงใจ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ ค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบวงเอว จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการบริโภคอาหาร ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินโครงการค่ายเบาหวานสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบบเลือกตอบ ใช่ และ ไม่ใช่ จำนวน 20 ข้อ โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยการตรวจให้คะแนนแบบสอบถามเป็น 3 ระดับ ระดับตามทฤษฎีของ Bloom (1956) ดังนี้

0 – 6.67	คะแนน	หมายถึง มีความรู้ระดับน้อย
6.68 – 13.34	คะแนน	หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง
13.35 – 20	คะแนน	หมายถึง มีความรู้ระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เป็นแบบเลือกตอบประมาณค่า 4 ระดับตามความถี่การปฏิบัติ (Likert Scale) จำนวน 15 ข้อ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ (มีพฤติกรรมนั้น ๆ ประมาณ 5 -7 วัน ใน 1 สัปดาห์) ให้ 1 คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (มีพฤติกรรมนั้น ๆ ประมาณ 3 -4 วัน ใน 1 สัปดาห์) ให้ 2 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (มีพฤติกรรมนั้น ๆ ประมาณ 1 -2 วัน ใน 1 สัปดาห์) ให้ 3 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ (ไม่เคยปฏิบัติ หรือไม่ปฏิบัติเป็นเวลามากกว่า 1 สัปดาห์) ให้ 4 คะแนน

แปลผลจากค่าเฉลี่ย โดยกำหนดช่วงคะแนนตามเกณฑ์ของ Best (1977) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 15 – 26.25 หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอยู่ในระดับต้องปรับปรุง
คะแนนเฉลี่ย 26.26 – 37.50 หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอยู่ในระดับพอใช้
คะแนนเฉลี่ย 37.51 – 48.75 หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอยู่ในระดับดี
คะแนนเฉลี่ย 48.76 – 60 หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอยู่ในระดับดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ โดยกิจกรรมการเรียนรู้ในโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีทรานส์ทิโอเรทิคอล จำนวนทั้งสิ้น 4 กิจกรรม ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ และปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ อาจารย์ด้านสุขศึกษา และอาจารย์ด้านโภชนาการ จำนวน 3 ท่าน และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพและผู้เชี่ยวชาญด้านอาหารและโภชนาการ จำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence Index, IOC) โดยพิจารณาข้อคำถามที่มีค่ามากกว่า .70 ขึ้นไป หลักจากปรับแก้ข้อคำถามตามข้อเสนอแนะแล้ว จึงนำแบบสอบถามไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปึก จังหวัดชลบุรี ซึ่งมีลักษณะทางประชากรใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเบาหวานได้ค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์คูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson method) เท่ากับ .64 และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับจากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Coefficient Alpha) เท่ากับ .72

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

ขั้นก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการประสานพื้นที่ และผู้เกี่ยวข้องก่อนดำเนินการวิจัย และได้ทำการประชุมเตรียมความพร้อมในการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อลดอคติที่อาจเกิดขึ้นจากผู้วิจัย

ขั้นทดลอง

1. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย จัดกิจกรรมโปรแกรมฯ และขอการยินยอมเข้าร่วมวิจัย กับผู้เข้าร่วมวิจัยในการเก็บข้อมูล

2. ดำเนินการวิจัยตามกิจกรรมในโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีทรานส์ทิโอเรทิคอล

3. เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ จำนวน 70 คน ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 45 นาที สำหรับค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ได้จากข้อมูลประวัติผู้ป่วยที่ถูกวัดตามปกติ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ในสัปดาห์ที่ 2 หรือ 4 ของทุกเดือน (Secondary Data) ซึ่งเป็นระยะก่อนเริ่มการทดลองและหลังการทดลองของงานวิจัย เพื่อลดการบาดเจ็บและลดการรบกวนผู้เข้าร่วมการวิจัยตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ขั้นหลังการทดลอง

ภายหลังเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยทำการบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมด้วยวิธี Double Entry โดยบันทึกข้อมูลตามคู่มือลงรหัสที่กำหนดไว้ และตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลก่อนวิเคราะห์ผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าจำนวน และร้อยละ ภายหลังการทดสอบการแจกจงแบบปกติของข้อมูล (Normality) จึงทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง โดยวิเคราะห์ความแตกต่างภายในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Paired t- test และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมุนษย์ จากคณะกรรมการตรวจสอบจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี เอกสารรับรองเลขที่ 2020/S3 ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยดำเนินการชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย วัตถุประสงค์วิธีการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูลและประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยอย่างละเอียด เพื่อให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนมีโอกาสตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจและลงนามยินยอมเป็นผู้ให้ข้อมูล (Informed consent) โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ทันทีโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลต่อผู้วิจัย โดยไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อกระบวนการรักษาของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ปิดบังข้อมูลชื่อนามสกุลของผู้เข้าร่วมการวิจัยและใช้รหัสแทนบุคคล ข้อมูลที่ได้ถูกเก็บเป็นความลับและผลการศึกษาทั้งหมดถูกนำเสนอในภาพรวมเชิงวิชาการ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 71.4 และร้อยละ 77.1 มีอายุเฉลี่ย 64.74 แล 61.80 ปี ตามลำดับ สถานภาพของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 71.4 และร้อยละ 45.7 ตามลำดับ ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา และไม่ได้ประกอบอาชีพ โดยค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 24.80 กก./ม^2 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 26.34 กก./ม^2 และมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 88.17 เซนติเมตรในกลุ่มทดลองและ 92.19 เซนติเมตรในกลุ่มควบคุม ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่แตกต่างกันคือเฉลี่ยเท่ากับ 8 ปี และ 9 ปีตามลำดับ

2. ผลของโปรแกรมฯ ต่อระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ตาราง 1 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มควบคุม (n=35)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้				
ก่อนการทดลอง				
- ระดับน้อย (0 – 6.67 คะแนน)	0	0.0	0	0.0
- ระดับปานกลาง (6.68 – 13.34 คะแนน)	20	57.1	17	48.6
- ระดับมาก (13.35 – 20 คะแนน)	15	42.9	18	51.4

ตาราง 1 (ต่อ)

	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มควบคุม (n=35)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
หลังการทดลอง				
- ระดับน้อย (0 – 6.67 คะแนน)	0	0.0	0	0.0
- ระดับปานกลาง (6.68 – 13.34 คะแนน)	7	20.0	20	57.1
- ระดับมาก (13.35 – 20 คะแนน)	28	80.0	15	42.9
ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร				
ก่อนการทดลอง				
- ปรับปรุง (15 -26.25คะแนน)	0	0.0	0	0.0
- พอใช้ (26.26 -37.50คะแนน)	3	8.6	5	14.2
- ดี (37.51 -48.75คะแนน)	19	54.3	15	42.9
- ดีมาก (48.76 -60 คะแนน)	13	37.1	15	42.9
หลังการทดลอง				
- ปรับปรุง (15 -26.25คะแนน)	0	0.0	0	0.0
- พอใช้ (26.26 -37.50คะแนน)	0	0.0	3	8.6
- ดี (37.51 -48.75คะแนน)	2	5.7	18	51.4
- ดีมาก (48.76 -60 คะแนน)	33	94.3	14	40.0

ตาราง 1 เมื่อวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นภายหลังได้รับโปรแกรมฯ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยร้อยละ 80 ของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมฯ มีระดับความรู้อยู่ในระดับมาก ในขณะที่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 57.1

นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมฯ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง โดยร้อยละ 94.3 ของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมฯ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดีมาก ในขณะที่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดีคิดเป็นร้อยละ 51.4

3. ผลของโปรแกรมฯ ต่อความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 2 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ภายในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Paired t- test และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test

	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มควบคุม (n=35)		*P-value*
	M	*SD*	*M*	*SD*	
คะแนนความรู้					
ก่อนการทดลอง	13.71	2.46	13.43	2.33	<.001*
หลังการทดลอง	15.97	2.93	13.23	2.45	

ตาราง 2 (ต่อ)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มควบคุม (n=35)		*P-value*
	M	*SD*	*M*	*SD*	
ก่อนการทดลอง	45.91	5.56	45.97	6.42	<.001*
หลังการทดลอง	54.17	3.05	46.83	5.92	
ระดับน้ำตาลในเลือด					
ก่อนการทดลอง	173.51	40.38	170.94	51.41	0.002*
หลังการทดลอง	132.46	35.46	172.60	62.16	

*แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<.05$

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ในขณะที่ ความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์ระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานกบุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองมีค่าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ประยุกต์ทฤษฎีทรานส์ทิโอเรทิคอลในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่า การประยุกต์ใช้ทฤษฎีทรานส์ทิโอเรทิคอลสามารถเพิ่มระดับความรู้ของผู้ป่วยเบาหวานได้ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$, ดังแสดงในตารางที่ 1) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของโชติกา สัตนาโค และจุฬาภรณ์ โสตะ (2560) ที่ได้ศึกษาวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง พบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอยางมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.001$ โดยการวิจัยครั้งนี้ ได้จัดกิจกรรมที่เน้นให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการบริโภคอาหารผ่านสื่อสุขศึกษา การใช้บุคคลต้นแบบ และการแลกเปลี่ยนรู้ประสบการณ์ รวมถึงการกระตุ้นการรับรู้และการนำไปปฏิบัติ ตามแนวทางการรับรู้กระบวนการ (Process of change) ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีระดับความรู้ที่เพิ่มสูงขึ้นได้ นอกจากนี้ การวิจัยครั้งนี้ ยังพบว่า การเข้าร่วมโปรแกรมฯ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานให้ดีขึ้นได้ โดยร้อยละ 94.3 ของจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีพฤติกรรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดีมาก และมีพฤติกรรมดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$, ดังแสดงในตารางที่ 2) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเบาหวานเรียนรู้แนวทางการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการกระตุ้นให้เกิดการตัดสินใจ และการเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสม ตามหลักการสมดุลการตัดสินใจ (Decisional Balance) รวมไปถึงกระบวนการส่งเสริมการรับรู้ความของตนเอง (Self-Efficacy) ซึ่งเป็นส่วนของกิจกรรมตามทฤษฎีทรานส์ทิโอเรทิคอล โดยทุกกิจกรรมได้มีการติดตามและประเมินผลจากการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของตนเองและมีกำลังใจในการดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้

และเมื่อทำการวัดผลระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์มีค่าลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง และมีค่าน้ำตาลในเลือดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถติ ($p<0.05$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของปราณี สาวงศ์นาม (2553) ที่ได้ศึกษาผลของการใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้นหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และยังสนับสนุนการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเป็นผลมาจากการมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เปลี่ยนแปลงไปอีกด้วย (สุวัฒน์ ศิริแก่นทราย, 2559)

ผลจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าผลของผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ประยุกต์ทฤษฎีทรานส์ทิโอเรทิคอล สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ จากการมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการบริโภคอาหารเพิ่มมากขึ้น ทั้งยังช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ซึ่งอาจเป็นผลดีในการช่วยป้องกันและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและชะลอความรุนแรงของโรคเบาหวานได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยสามารถนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ประยุกต์ทฤษฎีทรานส์ทิโอเรทิคอลไปเผยแพร่ให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยวางแผนการดำเนินงานที่เน้นกิจกรรมกระตุ้นเสริมแรง และพัฒนาทักษะการตัดสินใจ (Decisional Balance) และกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy) ให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและลดระดับน้ำตาลในเลือดต่อไป

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. เพิ่มระยะเวลาในการติดตามวัดผลการศึกษา 3 - 6 เดือน เพื่อให้เห็นผลชัดเจนในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

2. การศึกษาพัฒนารูปแบบของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ประยุกต์ทฤษฎีทรานส์ทิโอเรทิคอล ให้สอดคล้องกับยุคดิจิตอล และเน้นการเข้าถึงผู้ป่วยเพื่อลดภาระหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน และศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฯ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อไป

รายการอ้างอิง

จุฑามาส จันทร์ฉาย และคณะ. (2555). โปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเบาหวานและการจัดการตนเองของผู้ ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 7*(2), 77.

จุรีพร คงประเสริฐ. (2558). *คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใน NCD คุณภาพ.* นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมชน สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด

โชติกา สัตนาโค และจุฬาภรณ์ โสตะ. (2560). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดของผู้ป่ วยโรคเบาหวานชนิดที่2ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง. *วารสารการ พยาบาลและการศึกษา, 10*(4), 32.

ประกาย จิโรจน์กุล. (2556). *แนวคิด ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ และการนำมาใช้.* นนทบุรี: โครงการสวัสดิการสถาบันพระบรมราชชนก.

ปราณี สาวงศ์นาม. (2553). *การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิด ที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โดยกระบวนการเรียนรู้ แบบมีส่วนร่วม ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลศรีธาตุ*. (วิทยาปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560*. ปทุมธานี: บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัด.

สุวรรณี สร้อยสงค์, อังคณา เรือนก้อน, ขวัญสุวีย์ อภิจัทรเมธากุล, และนิลุมล นันตา. (2560). พฤติกรรมการดูแลเองตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 28*(2), 100.

สุวัฒน์ แก่นทราย. (2559). *ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางหลวงเหนือ ตำบลกุดจิก อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู*. การประชุมวิชาการและการนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 1 หัวข้อ สร้างเสริมสหวิทยาการผสมผสานวัฒนธรรมไทย ก้าวอย่างมั่นใจเข้าสู่ AC; 29 กรกฎาคม 2559; ณ มหาวิทยาลัยราชธานี จังหวัด อุบลราชธานี.

Best, J. W. (1977). *Research in Education 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey*. Prentice-Hall.

Bloom, B., Engelhart, M., Furst, E., Hill, W. & Krathwohl, D. (1956). *Taxonomy of Educational Objectives: The Classification of Educational Goals.* Handbook I: Cognitive domain. New York and Toronto: Longmans, Green.

Lwanga, S. K. & Lemeshow, S. (1991). *Sample Size Determination in Health Studies: a Practical Manual.* Macmillan: World Health Organization.

World Health Organization. (2017). *The Top 10 Causes of Death*. Retrieved March 12, 2017, from http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/

ผลของโปรแกรมการใช้อาหารคลีนร่วมกับการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกายในบุคลากรโรงพยาบาล อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี

The effect of using clean food together with exercise to lose weight and body mass index In the hospital staff group

อัยยา โสภาค[1], อัจฉรา คำมะทิตย์[2*], นภชา สิงห์วีรธรรม[3] และ กิตติพร เนาว์สุวรรณ[4]

Auiya Sopack[1], Adchara Khammathit[2*], Noppcha Singweratham[3] and Kittiporn Nawsuwan[4]

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง[1], วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี[2*],
วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก[3], วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา[4]

Bandung Crown Prince Hospital[1], Boromarajonani College of Nursing, Udonthani[2*],
Kanchanabhisek Institute of Medical and Public Health Technology[3], Boromarajonani College of Nursing, Songkhla[4]

(Received: *September 1*, 2021; Revised: *December 20*, 2021; Accepted: *December 27*, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมอาหารคลีนร่วมกับการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกายในบุคลากรโรงพยาบาลอำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์เกินมาตรฐาน จำนวน 27 คน เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการใช้อาหารคลีนร่วมกับการออกกำลังกาย การให้ความรู้ตามหลัก 2 อ. อาหารและออกกำลังกาย แบบบันทึกน้ำหนักและดัชนีมวลกาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Wilcoxon Sign Ranks Test ผลการวิจัยพบว่า

หลังใช้อาหารคลีนร่วมกับการออกกำลังกายในเจ้าหน้าที่มีน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมอาหารคลีนร่วมกับการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p<.001$)

ควรนำหลักการรับประทานอาหารคลีนร่วมกับการออกกำลังกายไปจัดทำเป็นคู่มือสำหรับกลุ่มเสี่ยงที่มีค่าน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกายไม่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน โดยสามารถจัดเป็นเมนูอาหารหมุนเวียนได้

คำสำคัญ: อาหารคลีน, การออกกำลังกาย, ลดน้ำหนัก, ดัชนีมวลกาย

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: adcharakham@bcnu.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 08-8562-6070)

Abstract

This quasi-experimental study with one-group pretest-posttest design aimed to investigate the effects of clean diet program in conjunction with exercise for weight loss and BMI in hospital personnel in Ban Dung district, UdonThani province. Participants were 27 people who were at risk and sick with BMI exceeded the standard. The clean diet program in conjunction with exercise and also knowledge principle of 2A, food and exercise, was applied as a research tool. Data were collected via the records of weight loss and BMI and analyzed by descriptive statistics and Wilcoxon Sign Ranks Test.

The findings revealed that after implementing the program, the participants had their weight loss and BMI significantly lower than before intervention ($p < .001$).

The principles of clean diet and exercise should be applied for creating a manual for risk groups who have their weight and BMI lower or higher than the standard by arranging revolving food menus for them.

Keywords: Clean diet, Exercise, Weight loss, Body Mass Index

บทนำ

เนื่องด้วยกระแสการดูแลสุขภาพและรูปร่างที่นิยม ในปัจจุบัน ด้วยวิธีออกกำลังกายและการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพียงพอต่อที่ร่างกายต้องการ การทานอาหารคลีนก็เป็นส่วนหนึ่งของการดูและสุขภาพ อาหารคลีน (Clean Food) คืออาหารที่ไม่ผ่านการปรุงแต่งด้วยสารเคมีต่าง ๆ หรือผ่านการแปรรูปน้อยที่สุด อาหารเหล่านี้เป็นอาหารที่สด สะอาดไม่ผ่านกระบวนการหมักดองหรือปรุงรสใด ๆ มากจนเกินไป เช่น เค็มจัด หรือหวานจัด เป็นต้น การปรุงอาหารแบบคลีนไม่ใช่การเน้นทานผักเยอะ ๆ แต่เป็นการทานอาหารทุกหมู่อย่างในสัดส่วนที่ เหมาะสม คือต้องมีทั้งคาร์โบไฮเดรตและโปรตีนในปริมาณที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เนื้อสัตว์ที่ใช้ควรเลือกแบบที่ไม่ใช่สำเร็จหรือผ่านการปรุงรสมาแล้ว

ปัจจุบันการมีสุขภาพที่สมบูรณ์และแข็งแรงยังคงเป็นที่ต้องการของคนทั่วโลก ไม่ว่าจะเป็น การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร รายงานสุขภาพคนไทย ปี 2557 (ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา, 2557) ระบุว่า โรคอ้วนทำให้เป็นสาเหตุเจ็บป่วยได้ง่ายทำให้โรคภัยต่างๆ ตามมา ความอ้วนสามารถทำให้เกิด โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเข้ามาได้หลายโรคพร้อมกัน ได้แก่ ไขมันภายในเลือดมีปริมาณมาก โรคความดัน โลหิตสูง เบาหวาน อัมพาตอัมพฤกษ์ โรคหัวใจ และยังเป็นต้นเหตุของโรคมะเร็ง โดยกองทุนวิจัย มะเร็งโลกโดยคนอ้วนมีโอกาสเป็นโรคเหล่านี้มากกว่าปกติ 2-3 เท่า สาเหตุของโรคมะเร็งร้อยละ 24 เกิดมาจากความอ้วน นอกจากนี้ ความอ้วนยังส่งผลระยะยาวต่อข้อเข่า ทำให้ข้อเข่าเสื่อมเร็ว สมรรถนะร่างกายจะไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุ และจะเป็นผู้สูงอายุที่ขาโก่งเมื่ออายุมากขึ้น เข่ารับน้ำหนักตัวไม่ไหว เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย โดยองค์กรอนามัยโลก (WHO) คาดการณ์ว่า ในปี 2558 ทั่วโลก จะมีคนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานถึง 2,300 ล้านคน ก่อให้เกิดการเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังต่างๆ กว่า 2.8 ล้านคน

ประเทศไทยในยุคปัจจุบันพบแนวโน้มการเกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมากขึ้น โดยมีสาเหตุส่วนมากมาจากการไม่ออกกำลังกายเป็นประจำและการรับประทานอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ เช่น เหล้าเบียร์ อาหารที่ไม่มี ประโยชน์หรืออาหารขยะ น้ำอัดลม และอาหารที่ขาดโภชนาการ การเคลื่อนไหวลดลงเช่นนั่งอยู่กับโต๊ะทำงานเป็นส่วนมากทำให้มีสุขภาพที่ไม่แข็งแรงสมบูรณ์ เพราะพฤติกรรมการบริโภคนั้นเป็นส่วนสำคัญอย่างมาก ดังนั้น การดูแลร่างกายให้แข็งแรงไม่มีโรคภัยไข้เจ็บจึงเป็นสิ่งสำคัญมาก และผู้บริโภคเริ่มมีความตระหนักถึงความสำคัญเพิ่มขึ้นในการดูแลตนเองให้ร่างกายแข็งแรงอยู่เสมอ (สำนักงานกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สสส, 2557) รูปแบบการรับประทานอาหารของคนไทยส่วนมากพบว่าให้ความสำคัญกับเรื่อง

รสชาติมากกว่าคุณค่าทางอาหาร ในปัจจุบันพบว่าแนวคิดเรื่องอาหารคลีนเริ่มเป็นที่นิยมในกลุ่มประชาชนชาวไทย การรับประทานอาหารคลีนฟู้ดเป็นวิธีรับประทานอย่างหนึ่งซึ่งยึดหลักให้คล้ายคลึงกับธรรมชาติ ซึ่งเป็นวิถีที่มาจากฝั่งตะวันตก คลีนฟู้ด คือ วิถีการบริโภคอาหารที่เน้นความสดใหม่อยู่เสมอ โดยที่ไม่ผ่านการ แปรรูปหรือปรุงแต่ง ใส่สี ใส่กลิ่นมากจนเกินไป การกินแบบคลีนฟู้ดจะเน้นการหุงต้มให้น้อยที่สุด เช่น ผักที่รับประทานสดได้ ผลไม้สด เป็นต้น จำพวกเนื้อสัตว์จะเน้นแบบไม่ผ่านความร้อนสูง การนำอาหารมานึ่ง ย่าง อบ หรือการนำวัตถุดิบเหล่านั้นมาผัด ที่จะไม่นิยมการทอดใน น้ำมัน ปรุงสุกใหม่และปรุงแต่งน้อยจะสัมพันธ์กับหลักการโภชนาการเป็นส่วนใหญ่ เป็นอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายและช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ นอกจากนั้นอาหารคลีนยังมีประโยชน์ในการควบคุมน้ำหนัก เนื่องจากลักษณะการปรุงอาหารเน้นความเป็นธรรมชาติและไม่ปรุงแต่งรสชาติอาหาร (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), 2557; สาวิตรี สระทองเทียน, 2558; ทิฆัมพร ราชวงศ์, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริจรรยา เครือวิริยะพันธ์ และ และกุลกัญญา ณ ป้อมเพ็ชร์ (2562) ที่ทำการศึกษาเรื่อง ความพึงพอใจต่อการบริโภคอาหารคลีน ในผู้บริโภคในเขตกรุงเทพมหานคร ในกลุ่มผู้ที่บริโภคอาหารคลีนในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 385 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้บริโภคอาหารคลีน มีความพึงพอใจทางด้านผลิตภัณฑ์ (ค่าเฉลี่ยรวม=2.37) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีความพึงพอใจ ด้าน 1) ใช้วัตถุดิบที่มีคุณภาพ ใหม่ สด สะอาด 2) มีคุณค่าทางโภชนาการและ 3) มีคลอเลสเตอรอลต่ำ ปราศจากไขมัน นอกจากนั้นยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจเนสุขภาพ คือ 1) บริโภคอาหารคลีนแล้วมีสุขภาพแข็งแรง และ 2) บริโภคอาหารคลีนแล้วอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่มีอาการดีขึ้น

จากข้อมูลเบื้องต้นทำให้ผู้วิจัยสนใจนำแนวคิดเรื่องการรับประทานอาหารคลีนและการออกกำลังกายมาวางแผนออกแบบโปรแกรมการลดน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกาย โดยเน้นกระบวนการ 2 อ. คือ อาหารและการออกกำลังกาย อาหารได้แก่ การรับประทานอาหารคลีน และออกกำลังกาย คือรูปแบบการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยโปรแกรมดังกล่าวจะถูกนำมาใช้ในบุคลากรของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง เนื่องจากบุคลากรในกลุ่มดังกล่าวเป็นต้นแบบด้านสุขภาพจึงควรเป็นแบบอย่างที่ดีในการควบคุมน้ำหนักในอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน และยังไม่มีการศึกษาและพัฒนารูปแบบโปรแกรมการควบคุมน้ำหนักที่นำมาใช้ในโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนางานด้านวิชาการ โดยการศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นการสร้างโปรแกรมควบคุมน้ำหนักโดยใช้การรับประทานอาหารคลีนและการออกกำลังกาย และวัดประสิทธิผลของโปรแกรม เพื่อให้ได้โปรแกรมที่มีคุณภาพและนำมาใช้ในกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการใช้อาหารคลีนร่วมกับการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกาย ของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

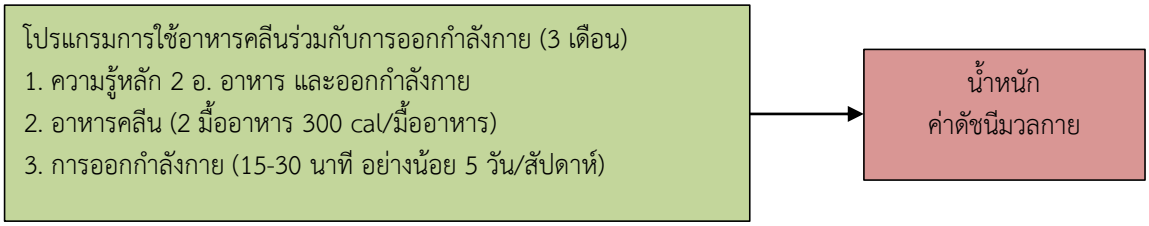
เพื่อเปรียบเทียบน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกายของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ระหว่างก่อนและหลังใช้อาหารคลีนร่วมกับการออกกำลังกาย

สมมติฐานวิจัย

หลังการใช้อาหารคลีนร่วมกับการออกกำลังกาย บุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี มีน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกายลดลง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้หลัก 2 อ. ได้แก่ อาหารและการออกกำลังกาย โดยอาหารในกรอบวิจัยนี้ใช้แนวคิดในการบริโภคอาหารคลีน ซึ่งเป็นการบริโภคตามหลักอาหารคลีน (Clean Food) ที่หมายถึง อาหารที่คงธรรมชาติของอาหารชนิดนั้น ๆ ไว้ให้ได้มากที่สุด เป็นอาหารที่สด สะอาดและผ่านกระบวนการปรุงแต่งน้อยที่สุด และมีการแปรรูปเพียงเล็กน้อย ไม่ใส่สารกันบูด หรือสารปนเปื้อนต่าง ๆ ไม่เค็มหรือหวานจัด ซึ่งอาหารคลีนนั้นอาจจะมีรสชาติที่ไม่ได้จัดจ้านแบบอาหารปกติ แต่ก็ไม่ได้จืดชืดจนไม่สามารถรับประทานได้ การรับประทานอาหารคลีนนั้นไม่จำเป็นต้องบริโภคผักหรือผลไม้เพียงเดียว แต่ต้องรับประทานให้ครบทั้ง 5 หมู่ในปริมาณที่พอเหมาะกับที่ร่างกายต้องการ รับประทานแล้ว มีประโยชน์ ไม่เป็นพิษต่อร่างกาย และถูกหลักโภชนาการ (ศรุติ เจริญ ธรรม, 2559) ส่วนการออกกำลังกาย ใช้หลักการออกกำลังกายแบบต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยกำหนดให้ออกกำลังกายอย่างน้อย 15-30 นาที เป็นเวลา 5 วันต่อสัปดาห์ ติดต่อกัน 3 เดือน ผลจากการเข้าร่วมโปรแกรมการใช้อาหารคลีนร่วมกับการออกกำลังกาย ตามหลัก 2 อ. (อาหาร และออกกำลังกาย) จะทำให้น้ำหนักและค่าดัชนีมวลกายลดลง (วริษา ศิริเวชยันต์, 2560) สรุปกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-Experimental One Group Pre–test Post-test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุงจังหวัดอุดรธานี จำนวน 400 คน ที่มีภาวะน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน

กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็นเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยงที่มีผลภาวะสุขภาพ เช่น ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ระดับ 1 ขึ้นไป จากผลการตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่ประจำปี
2. เป็นกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่รับบริการอาหารจากงานโภชนศาสตร์ในวันทำการ
3. เป็นกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่เป็นกลุ่มป่วยมีโรคประจำตัวด้วยโรคเรื้อรัง
4. สามารถเข้าร่วมโปรแกรมตามระยะเวลาที่กำหนด

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. เป็นกลุ่มเจ้าหน้าที่กลุ่มปกติที่มีผลการตรวจสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. เป็นกลุ่มเจ้าหน้าที่ไม่ได้รับบริการอาหารจากงานโภชนศาสตร์

กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุงจังหวัดอุดรธานีที่ภาวะน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 27 คน คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power ใช้ Test Family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences Between Two Independent Means (Matched Paired)

กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) = 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการใช้อาหารคลีนร่วมกับการออกกำลังกาย ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้กลุ่มเจ้าหน้าที่ตามหลัก 2 อ. อาหารและการออกกำลังกาย 2)การจัดอาหารคลีน โดยกำหนดเมนูอาหารคลีนมื้อละ 2 เมนูคือมื้อกลางวันและมื้อเย็นโดยมีการคำนวณพลังงาน ต่อมื้ออาหารด้วยโปรแกรม Thai Nutrisurvey ไม่เกิน มื้อละ 300 แคลอรี่ จำนวน 10 ครั้ง ต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 3 เดือนติดต่อกัน 3) การออกกำลังกาย โดยมีการออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีติดต่อกันทุกวันเป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยวิธีการออกกำลังกายสามารถเลือกได้ตามความถนัดและความชอบส่วนบุคคล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยมีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการให้ความรู้ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านวิจัย 1 ท่าน นักกำหนดอาหารผู้มีประสบการณ์การทำงานด้านกำหนดอาหาร 1 ท่าน และนักโภชนาการเชี่ยวชาญ 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมและเหมาะสมของเนื้อหา ได้ค่า IOC ของโปรแกรมเท่ากับ 1.00 จากนั้นทดสอบความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมไปใช้กับกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน พบว่ามีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตามโปรแกรมที่กำหนดได้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. หลังจากนำเสนอโครงร่างวิจัยผ่านเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยได้จัดทำโปรแกรมการให้ความรู้กลุ่มเจ้าหน้าที่ตามหลัก 2 อ. อาหาร ออกกำลังกาย

2. ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยเพื่อหากลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และมีความ สนใจรับฟังรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย

3. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินตามโปรแกรม

4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการทำกิจกรรมตามโปรแกรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่าง

5. กิจกรรมวัด น้ำหนัก ส่วนสูงและ ค่าBMI (Pre-test) ก่อนร่วมโครงการเพื่อไว้เป็นข้อมูลเปรียบเทียบ อธิบายขั้นตอน วิธีการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นทดลอง

6. ดำเนินกิจกรรมโดยมีโปรแกรมการให้ความรู้เรื่อง 2 อ. อาหาร และออกกำลังกาย

7. จัดอาหารคลีน โดยกำหนดเมนูอาหารคลีนมื้อละ 2 เมนูคือมื้อกลางวันและมื้อเย็นโดยมีการคำนวณพลังงาน ต่อมื้ออาหารด้วยโปรแกรม Thai Nutrisurvey ไม่เกิน มื้อละ 300 แคลอรี่ จำนวน 10 ครั้ง ต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 3 เดือนติดต่อกัน

8. จัดโปรแกรมการออกกำลังกาย โดยมีการออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีติดต่อกันทุกวันเป็นระยะเวลา 3 เดือนโดยวิธีการออกกำลังกายสามารถเลือกได้ตามความถนัดและความชอบส่วนบุคคล

ขั้นหลังการทดลอง

9. ผู้วิจัยชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และปแลผลค่าดัชนีมวลกาย (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยวิธีแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ คำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกายของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ระหว่างก่อนและหลังใช้อาหารคลีนร่วมกับการออกกำลังกายโดยใช้สถิติ Wilcoxon Sign Ranks Test เนื่องจากข้อมูลไม่ได้มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Shapilo-wilk, *p-value*<.001) (Hair, et al. 2010)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการประเมินจริยธรรมในงานวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี เลขที่ IRB BCNU 411/041/2563 ลงวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2563

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 74.07เพศหญิง ร้อยละ 25.93 มีอายุระหว่าง 25 -60 ปี

2. เปรียบเทียบน้ำหนักของเจ้าหน้าที่และค่าดัชนีมวลกาย ของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จ พระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานีระหว่างก่อนและหลังใช้อาหารคลีนร่วมกับการออกกำลังกาย

ตาราง 1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมการใช้อาหารคลีนร่วมกับการออกกำลังกาย (n=27)

ตัวแปรตาม	*n*	*M*	*SD*	*Z*	p-value (1-tailed)
น้ำหนัก					
ก่อนการทดลอง	27	67.68	11.42	-2.989	.001
หลังการทดลอง	27	65.00	12.55		
ดัชนีมวลกาย					
ก่อนการทดลอง	27	26.01	3.50	-2.672	.004
หลังการทดลอง	27	25.13	3.98		

จากตาราง 1 พบว่า หลังใช้อาหารคลีนร่วมกับการออกกำลังกายของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี มีน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าก่อนใช้อาหารคลีนร่วมกับการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของการโปรแกรมการรับประทานอาหารคลีนร่วมกับการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกายในบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ระยะเวลา 3 เดือน มีน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าก่อนใช้อาหารคลีนร่วมกับการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจาก โปรแกรมการรับประทานอาหารคลีนที่ให้บุคลากรที่เข้าร่วมโครงการนั้น โดยกำหนดเมนูอาหารคลีนมื้อละ 2 เมนู คือ มื้อกลางวันและมื้อเย็น และมีการคำนวณพลังงานมื้อละ 300 แคลอรี่ เป็นระยะเวลา 3 เดือนติดต่อกัน โดยการกินอาหารคลีนรวมทั้งการกำหนดปริมาณพลังงานที่ได้รับต่อวันส่งผลให้ค่า BMI ลดลง ทั้งนี้เนื่องจาก อาหารนั้นคัดเลือกมาจากวัตถุดิบธรรมชาติผ่านกระบวนการปรุงน้อยและไม่เปลี่ยนแปลงรูปร่างดั้งเดิมมาก รักษาเนื้อสัมผัสธรรมชาติของอาหารไว้ให้มากที่สุด (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), 2557; สาวิตรี สระทองเทียน, 2558; ทิฆัมพร ราชวงศ์, 2558) โดยเมื่ออาหารผ่านการแปรรูปจะเสียคุณค่าไปบางส่วน (ณัติพร อรธนาลัย, 2557) มีการเติมวัตถุกันเสีย โซเดียม น้ำตาล การแต่งกลิ่นรส สีสารเจือปนเคมีชนิดต่าง ๆ ซึ่งไม่ดีต่อสุขภาพ และก่อให้เกิดโรคได้แก่ โรคเกี่ยวกับระบบไหลเวียนโลหิต โรคในระบบทางเดินอาหาร โรคเบาหวาน เกิน ฮอร์โมนไม่คงที่ และภาวะน้ำหนัก (Stewart, 2014) รวมทั้งเน้นการประกอบอาหารให้บุคลากรครบทั้ง 5 หมู่ (ณัฐพนธ์ นันทพรพิสุทธิ์, 2559) ในกลุ่มโปรตีนโปรตีนจากพืชมากกว่าสัตว์ เนื้อสัตว์ต้องมี

มันน้อย และคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนจากธัญพืช และรับประทานไขมันที่ดีต่อสุขภาพ เช่นน้ำมันมะกอก (ธิดากานต์ รุจิพัฒนกุล, 2558) ให้เลือกกินเนื้อติดมันน้อย เลือกผักผลไม้จากเกษตรอินทรีย์ (Organic) อีกทั้งยังมีการควบคุมปริมาณพลังงานในแต่ละมื้อให้ไม่เกิน 300 กิโลแคลอรี่ ซึ่งถือได้ว่ายังอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่คนที่อายุ 20-60 ปี ต้องได้รับปริมาณพลังงาน ประมาณ 1,750 – 2,100 กิโลแคลอรี่ (วริษา ศิริเวชยันต์, 2560) การออกกำลังกายเป็นประจำและต่อเนื่องติดต่อกันอย่างน้อย 30 นาทีช่วยลดน้ำหนักและค่า BMI โดยการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอนั้น การออกกำลังกายให้ถูกวิธี ต้องมีความถี่ในการออกกำลังกาย หมายถึง จำนวนวันในการออกกำลังกายสำหรับผู้ไม่เคยออกกำลังกายมาก่อน ควรปฏิบัติสัปดาห์ละ 1-2 วัน แล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้น การออกกำลังกายที่จะเกิดผลดีต้องทำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-4 วัน ควรนานติดต่อครั้งละ15-30 นาที แต่สำหรับผู้ที่ไม่เคยออกกำลังกาย ควรเริ่มทำครั้งละน้อย ๆ เท่าที่ทำได้ อาจเป็น 15-10 นาที แล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้นจนสามารถออกกำลังกายได้นานติดต่อกัน 20-30 นาที

การออกกำลังกายวันละ 30 นาทีอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์มีรูปแบบการออกกำลังกายที่เป็นระบบ มีการตั้งเป้าหมาย จดบันทึกเปรียบเทียบพฤติกรรม แก้ไขและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตลอดจนแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองเช่นเดียวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Khongphianthum et al. (2016) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการออกกำลังกายด้วยห่วงฮูลาฮูป การควบคุมอาหาร และเส้นรอบเอวของอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีภาวะอ้วนลงพุง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนการออกกำลังกายด้วยห่วงฮูลาฮูป การควบคุมอาหารและเส้นรอบเอวมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ .05 และมีความสอดคล้องกับการศึกษาของญาดา แก่นเผือก, สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ, และวรรณิภา อัศวชัยสุวิกรม (2557) ที่ได้ศึกษาผลลัพธ์ของการกำกับตนเองในการรับประทานอาหารและการเดินเร็วเพื่อควบคุมน้ำหนักของหญิงที่มีน้ำหนักเกิน อายุ 35-59 ปี ตำบลบ่อวิน อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง อายุ 35-59 ปี ที่มีน้ำหนักเกิน โดยกลุ่มทดลองได้รับการกำกับตนเองในการรับประทานอาหาร และการเดินเร็วเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมดำเนินชีวิตตามปกติ วัดผลก่อนและหลังการทดลอง รวบรวมข้อมูลโดยใช้การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงวัดเส้นรอบเอว แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายด้วยการเดินเร็ว สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ไคสแควร์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม ผลการวิจัยพบว่าการกำกับตนเองในการรับประทานอาหารและการเดินเร็ว มีผลทำให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p<0.05) และมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ด้วยการเดินเร็วสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนั้นยังมีงานวิจัยที่พบผลการวิจัยในทิศทางเดียวกัน ได้แก่ การศึกษาของคณิตา จันทวาส, ชนัญชิดา ดุษฎีทูลศิริ และ สมสมัย รัตนกรีฑากุล (2564) ซึ่งทำการศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการลดน้ำหนักและน้ำหนักตัวของบุคลากรสาธารณสุขหญิงที่มีภาวะน้ำหนักเกิน กลุ่มตัวอย่างได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขหญิง ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุข จำนวน 60 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการกำกับพฤติกรรมการลดน้ำหนักของตนเอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับความรู้ในการปฏิบัติตนจากพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วยโปรแกรมการกำกับตนเอง คู่มือให้ความรู้เรื่องภาวะน้ำหนักเกิน แบบบันทึกการกำกับตนเอง และเครื่องชั่งน้ำหนักเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกายและแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .70, .71 และ .70 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสถิติพรรณนา และสถิติที ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการควบคุมอารมณ์

และค่าเฉลี่ยผลต่างน้ำหนักตัว มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=10.84, p<.001; t=12.03, p<.001; t=7.99, p<.001 และ t=-11.80, p<.001 ตามลำดับ)

นอกจากนั้นงานวิจัยนี้ยังพบงานวิจัยเรื่อง การพัฒนากิจกรรมการควบคุมน้ำหนักสำหรับนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โรงเรียนราศีไศล อำเภอราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษ โดยพบว่าผลการดำเนินงานพัฒนาการควบคุมและแก้ไขภาวะโภชนาการเกินในเด็กนักเรียนที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 20 คน มีการเปลี่ยนแปลงด้านน้ำหนักทุกคนโดยนักเรียนส่วนใหญ่มีน้ำหนักลดลงประมาณ 1.5-2 กิโลกรัม มีนักเรียน 5 คน มีการเปลี่ยนแปลงในระดับที่ดีมาก คือมีน้ำหนักลดลง 3 กิโลกรัม (ทิพย์สุดา ไกรเกตุ, 2550) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเมื่อนักเรียนได้รับความรู้ด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ทำให้นักเรียนตระหนักถึงผลเสียของการรับประทานอาหารที่เกินพอดี คือทำให้เป็นโรคอ้วนและยังเป็นสาเหตุของโรคร้ายแรงต่าง ๆ ที่จะตามมาและมีพฤติกรรมด้านการบริโภคและด้านออกกำลังกายที่ดีขึ้น (อาณดี นิติธรรมยง, 2558) ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่กินเพื่อสุขภาพของตนเอง การกินอย่างเพียงพอและครบ 5 หมู่จึงต้องทำควบคู่กับการออกกำลังกาย จะนำมาซึ่งสุขภาพที่ดีเพราะการออกกำลังกายเพียงอย่างเดียวโดยไม่คำนึงถึงอาหารการกินนั้นไม่เป็นผลที่เกิดประโยชน์แต่อย่างใด (สง่า ดามาพงษ์, 2557) หลังเข้าร่วมโครงการและยังพบอีกว่าจุดมุ่งหมายส่วนใหญ่ที่รับประทานอาหารคลีนร่วมกับการออกกำลังกายเพื่อการดูแลสุขภาพ เพื่อลดน้ำหนัก นอกจากนี้ประโยชน์ของอาหารคลีนเมื่อรับประทานเข้าไปแล้วจะให้ผลดีต่อสุขภาพในหลาย ๆ ด้าน คือ ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ

ข้อจำกัดในการวิจัย การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาเรื่องผลของการใช้อาหารคลีนมีให้รับประทานเฉพาะวันละสองมื้อเป็นสิบมื้อต่อสัปดาห์ ซึ่งมีอีกหลายมื้อที่เราไม่ได้ลงไปควบคุม ประกอบกับการออกกำลังกายที่ให้เลือกได้ตามความชอบของแต่ละคนดังนั้นจึงอาจจะส่งผลต่อการศึกษาครั้งนี้

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำหลักการรับประทานอาหารคลีนร่วมกับการออกกำลังกายไปจัดทำเป็นคู่มือสำหรับกลุ่มเสี่ยงที่มีค่าน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกายไม่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน โดยสามารถจัดเป็นเมนูอาหารหมุนเวียนได้

2. การนำหลักการรับประทานอาหารคลีนร่วมกับการออกกำลังกาย ไปใช้ควรมีการปรับเมนูอาหารและกิจกรรรมการออกกำลังกายให้เหมาะสมตามบริบท

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ควรขยายผลการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและกลุ่มประชาชนทั่วไป และนำผลการศึกษามาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

รายการอ้างอิง

คณิตา จันทวาส, ชนัญชิดา ดุษฎีทูลศิริ และสมสมัย รัตนกรีฑากุล. (2564). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการลดน้ำหนักและน้ำหนักตัวของบุคลากรสาธารณสุขหญิงที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. *วารสารคณะพยาบาล ศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, *24*(3), 70-82.

ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ. (2557). *สุขภาพคนไทย*. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินติ้งแอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

ญาดา แก่นเผือก, สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ, และวรรณิภา อัศวชัยสุวิกรม. (2557). ผลลัพธ์ของการกำกับตนเองใน การรับประทานอาหารและการเดินเร็วเพื่อควบคุมน้ำหนักของหญิงที่มีน้ำหนักเกิน. *วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัย บูรพา*, *9*(1), 91-103.

ณัฐพนธ์ นันทพรพิสุทธิ์. (2559). *อาหารไทย Clean Food*. กรุงเทพฯ: แม่บ้านจำกัด.

ทิฆัมพร ราชวงศ์. (2558). *อาหารคลีนเพื่อสุขภาพ ฉบับสมบูรณ์.* กรุงเทพฯ: เอ็มไอเอสจำกัด.

ทิพย์สุดา ไกรเกตุ. (2550). *การพัฒนากิจกรรมการควบคุมน้ำหนักสำหรับนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โรงเรียนราษีไศล อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ*. การศึกษาค้นคว้าอิสระ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ธิดากานต์ รุจิพัฒนกุล. (2558). *Clean Food*. กรุงเทพฯ: สายธุรกิจโรงพิมพ์.

วริษา ศิริเวชยันต์. (2560). ผลของอาหารสุขภาพที่มีผลต่อดัชนีมวลกายของบุคลากร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย, 10*(1), 151

ศรุติ เจริญธรรม. (2559). *การศึกษาปัจจัยที่ผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารคลีนทั้งแบบวางแผนและไม่วางแผน.* สารนิพนธ์ปริญญาการจัดการมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล

ศิริจรรยา เครือวิริยะพันธ์ และกุลกัญญา ณ ป้อมเพ็ชร์. (2562). ความพึงพอใจต่อการบริโภคอาหารคลีนของผู้บริโภคในกรุงเทพมหานคร. *วารสารเกษตรพระจอมเกล้า*, *37*(4), 686-692.

สาวิตรี สระทองเทียน. (2558). *Easy Cooking: Clean Food*. กรุงเทพฯ: เดย์โพเอทส์ จำกัด.

สง่า ดามาพงษ์. (2557). *Clean Food (อาหารคลีน).* สืบค้นเมื่อ 24 กันยายน 2560, จาก http://dbcar.car.chula.ac.th/subjectplus/subjects/guide.php?subject=Clean%20Food.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2557*. กระทรวงสาธารณสุข.

อาณดี นิติธรรมยง. (2558). *Thailand Food Innovation Forum.* สถาบันโภชนาการ กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย มหิดล.

Hair, F. J., Black, C. W., Babin, J. B., & Anderson, E. R. (2010*). Multivariate Data Analysis (7th ed).* New Jersey: Pearson Education.

Khongphianthum, O., Rattanagreethakul, S., & Toonsiri, C. (2016). Effects of Selft- Regulation Program on Hulahoop Exercise, Dietary Control and Waist Circumference among Central Obesity Health Volunteers. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, *24*(4), 77-88.

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อลดความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุเพศหญิงโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลเมืองบ้านดุง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี

Effects of Exercising Program for Reducing Severity of Urinary Incontinence in Female Older Persons at the Bandung Municipality Elderly School, Bandung District, Udon Thani Province

ศศิโสม พงษ์เมธา[1], ฐิติมาพร นวลสิงห์[1], นภชา สิงห์วีรธรรม[2*], กิตติพร เนาว์สุวรรณ[3] และ อัจฉรา คำมะทิตย์[4]

Sasisom Pongmeta[1], Thitjmaporn Nuansing[1], Noppcha Singweratham[2*], Kittiporn Nawsuwan[3] and Adchara Khammathit[4]

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง[1], วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก สถาบันพระบรมราชชนก[2*], วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา สถาบันพระบรมราชชนก[3], วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี สถาบันพระบรมราชชนก[4]

Bandung Crown Prince Hospital[1], Boromarajonani College of Nursing, Udonthani Praboromarajchanok Institute[2*], Kanchanabhisek Institute of Medical and Public Health Technology Praboromarajchanok Institute[3], Boromarajonani College of Nursing, Songkhla Praboromarajchanok Institute[4]

(Received: *September 1*, 2021; Revised: *December 18*, 2021; Accepted: *December 30*, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อลดความรุนแรงของการการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุเพศหญิงโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลเมืองบ้านดุง ต.ศรีสุทโธ อ.บ้านดุง จ.อุดรธานี จำนวน 27 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อลดความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ประกอบด้วย 5 ท่า โดยฝึกปฏิบัติ ท่าออกกำลังกายทำท่าละ 10 ครั้ง เช้า เที่ยง เย็น และบันทึกลงในสมุดบันทึกโปรแกรมการออกกำลังกายในระยะเวลา 8 สัปดาห์ และการทดสอบด้วย The 1 Hour Pad test ประเมินปริมาณของปัสสาวะที่เล็ดราด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Wilcoxon Signs Rank test ผลการวิจัยพบว่า

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมจนเสร็จสิ้นโปรแกรมจำนวน 18 คน มีอายุเฉลี่ย 65.27 ปี มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.27 กิโลกรัมต่อตารางเมตร มีสถานะภาพสมรส ร้อยละ 66.67 มีประวัติการคลอดบุตรทางช่องคลอด ร้อยละ 66.67 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 66.67 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักแผ่นรองซับปัสสาวะ (M=135.72, SD=4.94) น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (M=160.33, SD=9.91) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (z=-3.725, p<.001)

ควรนำโปรแกรมการออกกำลังกายนี้มาใช้เพื่อป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ไปใช้ในประชาชนเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป เพื่อเป็นการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่และควรส่งเสริมให้บรรจุท่าการออกกำลังกายเหล่านี้ลงไปในการออกกำลังกายปกติ

คำสำคัญ: การออกกำลังกาย การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ผู้สูงอายุ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail noppcha@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 06-1551-3399)

Abstract

This quasi-experimental research with one group pretest-posttest design aimed to investigate the effects of exercising program for reducing severity of urinary incontinence in female older persons at the Bandung municipality elderly school, Bandung district, Udon Thani province. Participants were 27 female older persons. A research tool was the exercising program for reducing severity of urinary incontinence, covering five positions with practicing 10 times in each position and three times a day, in the morning, at noon and in the evening. The participants recorded their exercises for eight weeks and were examined their leakage of urine by using "The 1hour pad test". Data were analyzed by descriptive statistics and Wilcoxon Signs Rank test. The results revealed that:

There were 18 participants remaining in the experiment. The participants had the average age about 65.27 years old, the average of BMI=25.27, married status 66.67%, normal delivery history 66.67% and chronic disease 66.67%. After implementing the intervention, the participants had their diapers weight (M= 135.72, SD= 4.94) significantly lower than before intervention (M= 160.33, SD= 9.91) (z=-3.725, p<.001)

It could be suggested that this program should be employed for preventing urinary incontinence in older female aged 50 years and over, and also include these exercising positions in the normal exercises.

Keywords: Exercise, Urinary incontinence, Older persons

บทนำ

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ของกระเพาะปัสสาวะและทางเดินปัสสาวะ เช่น การบีบตัวอย่างผิดปกติของกระเพาะปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะสูญเสียความสามารถในการยืดตัวออก หรือกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อนตัว ขาดความแข็งแรง โดยพบว่าความชุกของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2 เท่า (WHO, 2017) เช่นเดียวกับอุบัติการณ์ที่พบในประเทศไทย จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 ในปี พ.ศ.2557 พบว่าผู้สูงอายุไทยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีปัญหากลั้นปัสสาวะไม่ได้ โดยพบในเพศหญิง ร้อยละ 20.2 และพบในเพศชาย ร้อยละ 13.1 (วิชัย เอกพลากร, 2559) ส่วนการศึกษานำร่องในพื้นที่เทศบาลอำเภอบ้านดุง ซึ่งเป็นพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง พบว่ามีการสำรวจผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลเมืองบ้านดุงในปี พ.ศ. 2562 จำนวน 100 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 87 และเพศชาย จำนวน 13 คน ได้ทำแบบคัดกรองภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่พบว่ามีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในเพศหญิง จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 42.53 และในเพศชาย จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 23.07 (กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง, 2562)

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เป็นการไหลออกของน้ำปัสสาวะโดยไม่ตั้งใจ ซึ่งเกิดได้กับประชากรทุกกลุ่มอายุ สาเหตุของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุเพศหญิง เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ของกระเพาะปัสสาวะและทางเดินปัสสาวะส่วนล่างร่วมกับกระบวนการสูงอายุ ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกพบว่า 2 ใน 3 ของสตรีที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มีสาเหตุจากกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อนตัว ขาดความแข็งแรง และหูรูดท่อปัสสาวะเสื่อมสมรรถภาพ (WHO, 2017) การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในหลาย ๆ ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ทำให้แสบคัน เกิดแผล ถ้ามีอาการหมักสะสมจำนวนมากก่อให้เกิดแผลกดทับและเพิ่มอุบัติการณ์หกล้ม สำหรับด้านจิตใจ กลิ่นที่เหม็นและน้ำปัสสาวะที่เปื้อนจะรบกวนต่อสุขภาพจิตใจผู้สูงอายุ ทำให้รู้สึกอับอาย กังวลและไม่มั่นใจ ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่พบบ่อยเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุและพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะหลีกเลี่ยงที่จะเข้ารับการรักษา แม้ว่าภาวะดังกล่าวไม่ได้เป็นการเจ็บป่วยแบบฉุกเฉินที่อันตรายโดยตรง แต่เป็นอาการเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งในด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวในด้านสัมพันธภาพ เนื่องจากมีการทำกิจกรรมในครอบครัวลดลง รวมทั้งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว เนื่องจากต้องมีค่าใช้จ่ายในการซื้อกางเกงในซึมซับเพิ่มมากขึ้น (โชติกา สุจารี, กนกพร สุคำวัง, และวณิชา พึ่งชมภู, 2559; ปนิฏฐา นาคช่วย, 2559; วันทิน ศรีเบญจลักษณ์, ปณิตา ลิมปะวัฒน์,2562)

การจัดการการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มี 3 วิธี ได้แก่ การจัดการด้วยยา การผ่าตัด และการจัดการด้านพฤติกรรม การจัดการด้านพฤติกรรมเป็นวิธีการจัดการหนึ่งที่บุคลากรทางการแพทย์แนะนำและให้การดูแลเบื้องต้น เนื่องจากทำได้ง่าย ค่าใช้จ่ายน้อยและผลข้างเคียงน้อย (จิรวรรณ อินคุ้ม, 2558; ปนิฏฐา นาคช่วย, 2559) การจัดการด้านพฤติกรรมมีหลายวิธี เช่น การฝึกกระเพาะปัสสาวะ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และการฟื้นฟูกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ซึ่งวิธีการเหล่านี้เป็นวิธีการจัดการด้านพฤติกรรมวิธีหนึ่งที่นิยมและนำมาใช้กับผู้สูงอายุได้ (โชติกา สุจารี, กนกพร สุคำวัง, และวณิชา พึ่งชมภู, 2559; จิรวรรณ อินคุ้ม, 2558; วันทิน ศรีเบญจลักษณ์, ปณิตา ลิมปะวัฒน์, 2562)

การฝึกบริหารขมิบกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานเป็นวิธีที่นิยมใช้ โดยวิธีการขมิบและการคลายตัวของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ส่งผลให้กล้ามเนื้อรอบท่อปัสสาวะแข็งแรงขึ้นทำให้แรงดันในท่อปัสสาวะสูงขึ้น ทำให้ท่อปัสสาวะอยู่ในตำแหน่งเดิมเมื่อแรงดันในช่องท้องเพิ่มขึ้นและเพิ่มความสามารถในการเปิดปิดท่อปัสสาวะ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาการฝึกขมิบกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานทำให้สามารถช่วยลดความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้ (จิรวรรณ อินคุ้ม, 2558; ปนิฏฐา นาคช่วย, 2559) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเปรียบเทียบการบริหารโดยการขมิบกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานกับการออกกำลังกายด้วยวิธีหมุนขาและสะโพกพบว่ากลุ่มที่ออกกำลังกายแบบหมุนขาและสะโพกสามารถกลั้นปัสสาวะได้ร้อยละ 61 ในขณะที่กลุ่มที่ฝึกบริหารแบบขมิบกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานกลั้นปัสสาวะได้ร้อยละ 48 เนื่องจากในผู้สูงอายุเพศหญิงเป็นกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง มีความเสื่อมของร่างกายอาจทำให้กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานและกล้ามเนื้อหูรูดท่อปัสสาวะแข็งแรงน้อยกว่าวัยอื่น ดังนั้น การออก

กำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานโดยการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนที่ช่วยในการขับปัสสาวะจึงมีความจำเป็นในการช่วยเหลือเพื่อเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (โชติกา สุจารี, กนกพร สุคำวัง, และวณิชา พึ่งชมภู, 2559)

ทั้งนี้จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องรวมทั้งข้อมูลการศึกษานำร่องในพื้นที่เทศบาลอำเภอบ้านดุง พบว่า จากการคัดกรองภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ อำเภอบ้านดุง มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จำนวน 40 คน จากผู้สูงอายุ 100 คน คิดเป็นร้อยละ 40 จ่ากสภาพการณ์ดังกล่าวทำให้เห็นอุบัติการณ์แนวโน้มการเกิดปัญหาที่ซับซ้อนตามมา และจากข้อมูลพบว่า โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง ยังพบข้อจำกัดเกี่ยวกับแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจรูปแบบการแก้ปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ โดยตระหนักถึงความสำคัญการออกกำลังกายเพื่อลดความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ จึงได้ออกแบบโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อลดความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ และศึกษาผลของโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสร้างเสริมสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุและให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักถึงผลประโยชน์ของการออกกำลังกายเพื่อป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์วิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อลดความรุนแรงของการการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุเพศหญิง โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลเมืองบ้านดุง ต.ศรีสุทโธ อ.บ้านดุง จ.อุดรธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อเปรียบเทียบปริมาณปัสสาวะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อลดความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุเพศหญิง โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลเมืองบ้านดุง ต.ศรีสุทโธ อ.บ้านดุง จ.อุดรธานี

สมมติฐานวิจัย

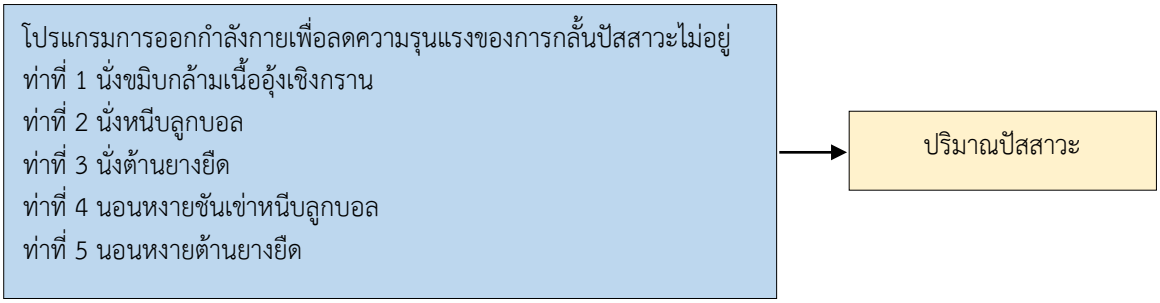
ปริมาณปัสสาวะของผู้สูงอายุเพศหญิงในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลเมืองบ้านดุง ต.ศรีสุทโธ อ.บ้านดุง จ.อุดรธานี หลังเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อลดความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มีปริมาณน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกาย

กรอบแนวคิดงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานกับกล้ามเนื้อต้นขา กล้ามเนื้อสะโพก กล้ามเนื้อที่มีความสัมพันธ์กับกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานทำงานร่วมกัน คล้ายกับการทำงานของรอกโดยมีหลักการคือ เมื่อมีแรงมากระทำที่ต้นขา ทำให้เส้นใยกล้ามเนื้อหดตัว เมื่อกล้ามเนื้อมีการหดตัวทำให้กล้ามเนื้อที่เชื่อมต่อเกิดการหดตัวไปด้วย จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุเพศหญิงเกิดจาก พยาธิสรีรวิทยาของระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่างและมีความเสื่อมของร่างกาย ทำให้กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานและกล้ามเนื้อหูรูดท่อปัสสาวะแข็งแรงน้อยกว่าวัยอื่น การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน โดยการขมิบกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานร่วมกับการออกกำลังกายเพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อออฟทูเรเตอร์อินเตอร์นัส (Obturator Internus Muscle) และกล้ามเนื้อแอดดักเตอร์ (Adductor Muscle) โดยการหมุนขาและสะโพกด้วยลูกบอลจะช่วยทำให้การกลั้นปัสสาวะได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เมื่อกล้ามเนื้อเกิดการหดรัดทำให้ใยกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานเกิดการหดตัว ส่งผลให้ท่อปัสสาวะปิดได้อย่างสมบูรณ์ปัสสาวะจึงไม่ไหลเล็ดราดออกมา ผลของการหดตัวของกล้ามเนื้อรอบ ๆ หูรูดท่อปัสสาวะสามารถช่วยยับยั้งการหดตัวของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะดีทรูเซอร์ ช่วยเลื่อนระยะเวลาการถ่ายปัสสาวะ

ออกไปได้ ลดปัญหาของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ทำให้ลดความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้ (โชติกา สุจารี, กนกพร สุคำวัง, และวณิชา พึ่งชมภู, 2559; ปนิฏฐา นาคช่วย, 2559; กรกฎ เห็นแสงวิไล และคณะ, 2559)

การวัดปริมาณปัสสาวะก่อนและหลังจากทำกิจกรรม 1 ชั่วโมงด้วยวิธี 1 hour pad test ซึ่งเป็นวิธีการศึกษาเพื่อประเมินปริมาณปัสสาวะเล็ดในขณะทำกิจกรรมโดยการวัดปริมาณปัสสาวะก่อนและหลัง ใช้ในการวินิจฉัยความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่และติดตามผล (Kobwittay and Bunyavejchevin, 2015) ดังนั้นการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อลดความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ประกอบด้วย 5 ท่า ได้แก่ ท่าที่ 1 นั่งขมิบกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ท่าที่ 2 นั่งหนีบลูกบอล ท่าที่ 3 นั่งต้านยางยืด ท่าที่ 4 นอนหงายชันเข่าหนีบลูกบอล และท่าที่ 5 นอนหงายต้านยางยืด จะช่วยลดปัสสาวะเล็ดราดได้ โดยการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานทุกวัน วันละ 3 ครั้ง ครั้งละ 10 นาที ใช้เวลา 8 สัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาของจิตติมาและอภิชาต ใช้เวลาประมาณ 6-12 สัปดาห์ อาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จะดีขึ้น (กรกฎ เห็นแสงวิไล และคณะ, 2559) ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Quasi–Experimental One Group Pre–test Post–test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในตำบลหรือในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลเมืองบ้านดุง ควรระบุด้วยว่าเป็นอันไหน) ต.ศรีสุทโธ อ.บ้านดุง จ.อุดรธานี จำนวน 100 คน

กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า

1. กลุ่มประชากรถูกคัดกรองภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ โดยใช้แบบประเมินของ Association of Women s Health, Obstetric and Neonatal Nurse (AWHONN) (Sampselle et al., 2000) และปรับปรุงเป็นภาษาไทย (ธรกนก พุฒศรี, 2549) ประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อ ดังนี้ 1) คุณเคยมีปัสสาวะเล็ดรั่วไหลขณะที่ยังไม่ต้องการถ่ายปัสสาวะหรือไม่ 2) คุณเคยมีปัสสาวะเล็ดรั่วไหลขณะไอ หัวเราะ หรือออกกำลังกายหรือไม่ 3) คุณเคยมีปัสสาวะเล็ดรั่วไหลขณะที่ยังไปไม่ถึงห้องน้ำหรือไม่ และ 4) คุณเคยใช้ผ้าอนามัย กระดาษทิชชู่หรือเปลี่ยนกางเกงชั้นในเพราะเปียกปัสสาวะหรือไม่ทำแบบคัดกรองผู้ที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ หากพบอาการใดอาการหนึ่งถือว่าเป็นผู้ที่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

2. เพศหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป

3. ไม่มีภาวะเข่าเสื่อม

4. ยินยอมสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกาย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ต.ศรีสุทโธ อ.บ้านดุง จ.อุดรธานี ที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ คัดเลือกจากผู้สูงอายุที่อยู่ในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลเมืองบ้านดุง ที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเข้า คำนวณกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power ใช้ Test Family เลือก t-tests, Statistical test เลือก

Means: Differences Between Two Independent Means (Matched Paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) = 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha)= .05 และค่า Power = 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ โปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อลดความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากโปรแกรมการออกกำลังกายของ จิตติมา มโนนัย และอภิชาติ จิตต์เจริญ (2547) ประกอบด้วย 5 ท่า ได้แก่ ท่าที่ 1 นั่งขมิบกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ท่าที่ 2 นั่งหนีบลูกบอล ท่าที่ 3 นั่งต้านยางยืด ท่าที่ 4 นอนหงายชันเข่าหนีบลูกบอล และท่าที่ 5 นอนหงายต้านยางยืด โดยฝึกปฏิบัติ ท่าออกกำลังกายทำท่าละ 10 ครั้ง เช้า เที่ยง เย็น และบันทึกลงในสมุดบันทึกโปรแกรมการออกกำลังกาย ในระยะเวลา 8 สัปดาห์ และชุดฝึกบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ได้แก่ลูกบอล ยางยืด พร้อมคู่มือการปฏิบัติ สัปดาห์ (จิตติมา มโนนัย และอภิชาติ จิตต์เจริญ, 2547)

2. เครื่องมือที่ใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การทดสอบด้วย 1) The 1 Hour Pad test ประเมินปริมาณของปัสสาวะที่เล็ดราด โดยให้ผู้สูงอายุใส่แผ่นรองซับ ก่อนใส่ให้ชั่งน้ำหนักแผ่นรองซับและจดบันทึกน้ำหนักไว้ ให้ดื่มน้ำ 500 ซีซี ภายในเวลา 15 นาที จากนั้นให้ทำการทดสอบความสามารถในการกลั้นปัสสาวะโดยกำหนดให้เดินขึ้นและลงบันได 30 นาที ลุกนั่งจากเก้าอี้ 10 ครั้ง ไอแรง ๆ 10 ครั้ง วิ่งย่ำเท้าอยู่กับที่ 1 นาที ก้มหยิบของบนพื้น 5 ครั้ง ล้างมือที่ก๊อกน้ำ 1 นาที ขณะทำการทดสอบแนะนำให้ผู้สูงอายุกลั้นปัสสาวะไว้ เมื่อครบ 1 ชั่วโมง ให้ถอดแผ่นรองซับออก นำมาชั่งน้ำหนัก การแปลผล ถ้าแผ่นรองซับน้ำหนักมากกว่าเดิม 2 กรัม แสดงว่าเป็นผลบวก มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (จิรวรรณ อินคุ้ม, 2558) และ 2) แบบคัดกรองภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ โดยใช้แบบประเมินของ Association of Women s Health, Obstetric and Neonatal Nurse (AWHONN) (Samselle et al.,1997) และปรับปรุงเป็นภาษาไทย (ธรกนก พุฒศรี, 2549)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง

2. ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ช่วยวิจัยทราบเกี่ยวกับลักษณะงานวิจัย ลักษณะโปรแกรมการออกกำลังกาย อธิบายขั้นตอน วิธีการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลเมืองบ้านดุง เพื่อหากลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และมีความสนใจรับฟังรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย

4. ทดสอบก่อนเข้าร่วมโปรแกรมด้วยวิธี The 1 hour pad test เพื่อประเมินปริมาณของปัสสาวะที่เล็ดราด โดยให้ผู้สูงอายุใส่แผ่นรองซับ ก่อนใส่ให้ชั่งน้ำหนักแผ่นรองซับและจดบันทึกน้ำหนักไว้ ให้ดื่มน้ำ 500 ซีซี ภายในเวลา 15 นาที เมื่อครบกำหนดให้เดินขึ้นและลงบันได 30 นาที ลุกนั่งจากเก้าอี้ 10 ครั้ง ไอแรง ๆ 10 ครั้ง วิ่งย่ำเท้าอยู่กับที่ 1 นาที ก้มหยิบของบนพื้น 5 ครั้ง ล้างมือที่ก๊อกน้ำ 1 นาที ขณะทำการทดสอบแนะนำให้ผู้สูงอายุกลั้นปัสสาวะไว้ เมื่อครบ 1 ชั่วโมง ให้ถอดแผ่นรองซับออกแล้วนำมาชั่งน้ำหนัก

ขั้นทดลอง

5. ผู้สูงอายุเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ เน้นการบริหารกล้ามเนื้อต้นขาด้านใน และสะโพก ท่าออกกำลังกายทำท่าละ 10 ครั้ง เช้า เที่ยง เย็น และบันทึกลงในสมุดบันทึกโปรแกรมการออกกำลังกาย ใช้เวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ นัดพบกลุ่มตัวอย่างสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 6 เพื่อติดตามการบริหารของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีรายละเอียดโปรแกรมดังนี้

ตาราง 1 รายละเอียดกิจกรรมโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อลดความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

ท่า	กิจกรรม	ผลต่อกล้ามเนื้อ
1	ท่านั่งบริหารขมิบกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน หลักการขมิบให้ขมิบกล้ามเนื้อรอบท่อปัสสาวะ ช่องคลอด และทวารหนัก ทำเหมือนตอนกลั้นไม่ให้มีการผายลม หรือกลั้นปัสสาวะ ไปพร้อมกับการวางมือทั้งสองข้างบริเวณใต้แก้มก้นโดยการขมิบกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานขึ้น มีความรู้สึกว่ากล้ามเนื้อยกห่างจากพื้นหรือเก้าอี้นาน 5 วินาที (นับ 1-5) จากนั้นคลายกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานจนรู้สึกผ่อนคลายประมาณ 5 วินาที (นับ 1-5) นับเป็น 1 ครั้ง ทำซ้ำ 10 ครั้ง เช้า เที่ยง เย็น	กล้ามเนื้อลีเวเตอร์ แอนิ
2	ท่านั่งหนีบลูกบอล นั่งเกร็งกล้ามเนื้อขา เข่าหนีบลูกบอล นั่งบนเก้าอี้ เท้าวางบนพื้น นั่งลำตัวตรง หลังไม่พิงพนักเก้าอี้ ขาสองข้างหนีบลูกบอลไว้ แล้วออกแรงหนีบลูกบอลทั้งสองข้างดันต้นขาให้ชิดกันมากที่สุด ทำซ้ำ 10 ครั้ง เช้า เที่ยง เย็น	กล้ามเนื้อออฟทูเรเตอร์อินเตอร์นัสและกล้ามเนื้อแอดดักเตอร์
3	ท่านั่งต้านยางยืด นั่งเกร็งกล้ามเนื้อขา หลักการให้หุบขาชิดเข้าหากันใช้ยางยืดรัดรอบต้นขาเหนือเข่าทั้งสองข้าง ค่อยๆหมุนเข่าออกด้านนอกพยายามออกแรงต้านยางยืดขนาดวงกว้างไม่เกินไหล่กว้างประมาณ 30 เซนติเมตร ปลายนิ้วเท้าชี้ออกไปด้านนอกเป็นรูปตัววี ค้างไว้ 5 วินาที (นับ1-5) จากนั้นหมุนเข่าเข้าด้านใน ค้างไว้ 5 วินาที (นับ 1-5) นับเป็น 1 ครั้ง ทำซ้ำ 10 ครั้ง เช้า เที่ยง เย็น	กล้ามเนื้อออฟทูเรเตอร์อินเตอร์นัสและกล้ามเนื้อแอดดักเตอร์
4	ท่านอนหงายชันเข่าหนีบลูกบอล หลักการให้นอนหงายชันเข่าขาสองข้างหนีบลูกบอลไว้ แล้วออกแรงหนีบลูกบอลทั้งสองข้างดันต้นขาให้ชิดกันมากที่สุด ทำซ้ำ 10 ครั้ง เช้า เที่ยง เย็น	กล้ามเนื้อออฟทูเรเตอร์อินเตอร์นัสและกล้ามเนื้อแอดดักเตอร์
5	ท่านอนหงายชันเข่าต้านยางยืด หลักการให้นอนหงายชันเข่าหุบขาชิดเข้าหากันใช้ยางยืดรัดรอบต้นขาเหนือเข่าทั้งสองข้าง ค่อยๆหมุนเข่าออกด้านนอกพยายามออกแรงต้านยางยืดขนาดวงกว้างไม่เกินไหล่กว้างประมาณ 30 เซนติเมตร ปลายนิ้วเท้าชี้ออกไปด้านนอกเป็นรูปตัววี ค้างไว้ 5 วินาที (นับ1-5) จากนั้นหมุนเข่าเข้าด้านใน ค้างไว้ 5 วินาที (นับ1-5) นับเป็น 1 ครั้ง ทำซ้ำ 10 ครั้ง เช้า เที่ยง เย็น	กล้ามเนื้อออฟทูเรเตอร์อินเตอร์นัสและกล้ามเนื้อแอดดักเตอร์

ขั้นหลังการทดลอง

6. ทดสอบหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยวิธี The 1 Hour Pad test ประเมินปริมาณของปัสสาวะที่เล็ดราดในสัปดาห์ที่ 9

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบปริมาณปัสสาวะของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อลดความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้สถิติ Wilcoxon Sign Rank Test (Shapiro-Wilk) เนื่องจากข้อมูลข้อมูลไม่มีการกระจายเป็นโค้งปกติ (Hair, et al. 2010)

จริยธรรมวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการงานวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี โดยผ่านการเห็นชอบของคณะกรรมการเอกสารรับรองเลขที่ IRB BCNU 411/040/2563 ลงวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2563

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 27 คน มีการถอนตัวออกจากการวิจัยจำนวน 9 คน คงเหลือกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 โดยกลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 65.27 ปี

มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.27 กิโลกรัมต่อตารางเมตร มีสถานะภาพสมรส ร้อยละ 66.67 มีประวัติการคลอดบุตรทางช่องคลอด ร้อยละ 66.67 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 66.67

2. เปรียบเทียบปริมาณปัสสาวะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อลดความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุเพศหญิงเทศบาลเมืองบ้านดุง อ.บ้านดุง จ.อุดรธานี

ตาราง 2 เปรียบเทียบปริมาณปัสสาวะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อลดความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุเพศหญิงเทศบาลเมืองบ้านดุง อ.บ้านดุง จ.อุดรธานี

	N	น้ำหนักแผ่นรองซับปัสสาวะ		*Z*	*p-value*
		M	*SD*		*(1- tailed)*
ก่อนการทดลอง	18	160.33	9.91	-3.725	<.001
หลังการทดลอง	18	135.72	4.94		

จากตาราง 1 พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักแผ่นรองซับปัสสาวะ ระหว่าง 117-138 กรัม ซึ่งสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งมีคะแนนระหว่าง 151-173 โดยมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักแผ่นรองซับปัสสาวะ (M=135.72, SD=4.94) น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (M=160.33, SD=9.91) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (z=-3.725, p<.001)

อภิปรายผล

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อลดความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักของปัสสาวะบนแผ่นรองซับปัสสาวะลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ *p-value*<.001 ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตามตารางกิจกรรมของโปรแกรม ซึ่งเน้นในเรื่องการบริหารอุ้งเชิงกราน ทำให้มีการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานและส่งผลให้ความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ลดน้อยลง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กรกฎ เห็นแสงวิไล และคณะ (2559) ที่ทำการวิจัยเรื่อง ผลการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานต่อคุณภาพชีวิตสตรีปัสสาวะเล็ด ศึกษาการฝึกบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานแบบผสมผสานต่อความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุหญิง โดยทำการศึกษาในกลุ่มสตรีในชุมชน อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 50 คน เป็นการศึกษาเชิงทดลอง 2 กลุ่ม กลุ่มละ 25 คน แบ่งเข้ากลุ่มบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (PFx) และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้บริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความรุนแรงของภาวะปัสสาวะเล็ดลดลงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.05) ทั้งนี้เนื่องจาก โปรแกรมการออกกำลังกายมีส่วนช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานและกล้ามเนื้อที่ช่วยในการขับถ่ายปัสสาวะ ซึ่งกล้ามเนื้อส่วนนี้มีผลต่อกระเพาะปัสสาวะ ถ้าได้รับการบริหารหรือกระตุ้นให้ฝึกความแข็งแรงส่งผลให้ผู้ที่มีปัญหาปัสสาวะเล็ดสามารถกลั้นปัสสาวะได้ เนื่องจากมีการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานและกล้ามเนื้อที่ช่วยในการขับถ่ายปัสสาวะทำให้การขับปัสสาวะเป็นไปตามปกติ อธิบายได้ว่าการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานด้วยการขมิบช่วยให้กล้ามเนื้อรอบท่อปัสสาวะแข็งแรงขึ้นและทำให้แรงดันในท่อปัสสาวะสูงขึ้น ท่อปัสสาวะอยู่ในตำแหน่งเดิม เมื่อแรงดันในช่องท้องสูงขึ้นจะช่วยเพิ่มความสามารถในการเปิดปิดท่อปัสสาวะให้เป็นไปตามปกติ การออกกำลังกายต้นขาและสะโพกจะทำให้กล้ามเนื้อออฟทูเรเตอร์อินเตอร์นัส (Obturator Internus Muscle) และกล้ามเนื้อแอดดักเตอร์ (Adductor Muscle) หดตัว จะทำให้เส้นใยกล้ามเนื้อหดสั้นทำให้พื้นที่ของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานด้านหน้ามีการหดตัว กระชับแน่น ช่วยให้มีการปิดของกล้ามเนื้อพยุงท่อปัสสาวะและช่องคลอดทำให้ปัสสาวะไม่เล็ด ดังนั้นเมื่อมีการบริหารกล้ามเนื้อพร้อมกันโดยการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานจะช่วยฟื้นฟูให้กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน กลับมาแข็งแรงและช่วยลดความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้ (กรกฎ เห็นแสงวิไล และคณะ, 2559) โปรแกรม PFx ประกอบด้วยการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานแบบหดตัวช้า (Slow Twitch) และแบบหด

ตัวเร็ว (Fast Twitch) แบบหดตัวช้า ได้แก่การขมิบอุ้งเชิงกรานเต็มที่ค้างไว้ 5 วินาที พัก 5 วินาที ทำซ้ำอีกรวม 5 ครั้ง ร่วมกับแบบหดตัวเร็วได้แก่การขมิบเร็ว และแรงเต็มที่ แล้วคลายทันที พัก 5 วินาที แล้วทำซ้ำอีก 5 ครั้ง รวม 10 ครั้ง เป็น 1 ชุด วันละ 30 ครั้ง (3 ชุด) อย่างน้อย 4 วันต่อสัปดาห์ ต่อเนื่องกันเป็นเวลา 8 สัปดาห์ (กรกฎ เห็นแสงวิไล และคณะ, 2559) จะเห็นได้ว่าท่าบริหารอุ้งเชิงกรานมีความใกล้เคียงกับการศึกษาในครั้งนี้ซึ่งส่วนมากเน้นไปที่กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานส่งผลให้กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานได้รับการฟื้นฟูกลับมาแข็งแรงและช่วยลดความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้ อย่างไรก็ตามในการควบคุมปัสสาวะยังขึ้นอยู่กับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขาด้านใน ที่ส่งผลต่อการควบคุมปัสสาวะ ดังนั้นในโปรแกรมครั้งนี้จึงได้เพิ่มท่านั่งหนีบลูกบอล ท่านั่งต้านยางยืด ท่านอนหงายชันเข่าหนีบลูกบอล และท่านอนหงายต้านยางยืด เข้าไปด้วยเพื่อความความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ควบคุมการปัสสาวะ ดังนั้นเพื่อให้เกิดการบริหารที่ครอบคลุมและมีประสิทธิผลต่อการควบคุมปัสสาวะควรพิจารณาองค์ประกอบของกล้ามเนื้อทุกส่วนที่มีผลต่อการควบคุมปัสสาวะ

นอกจากนั้นยังพบงานวิจัยที่มีผลการศึกษาเกี่ยวกับผลการบริหารอุ้งเชิงกรานที่ทำให้สามารถลดความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ใกล้เคียงกับการศึกษาในครั้งนี้ที่มีการฝึกกายบริหารอุ้งเชิงกราน โดยใช้ระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมเป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยการศึกษาของพวงทอง รัตน์วิสัย และคณะ (2560) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกควบคุมการขับถ่าย ของกระเพาะปัสสาวะและบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานต่อการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ เพศ หญิง ตำบลนาตาล อำเภอท่าคันโท จังหวัด กาฬสินธุ์ โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็น ผู้สูงอายุเพศหญิง ที่มีปัญหาในการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จำนวน 32 คน เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกควบคุมการขับถ่ายของกระเพาะปัสสาวะและการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของคีเกล โดยมีระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์ โดยผลการเปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ลดลงเฉลี่ย 0.50 คะแนน (95% CI: 0.28-0.72) ซึ่งความแตกต่างดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value*<0.001)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ไปใช้ในประชาชนเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป เนื่องจากประชากรกลุ่มดังกล่าวมีแนวโน้มในการเกิดปัญหานี้ หากมีการป้องกันการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในระยะเริ่มต้น จะช่วยให้ลดความรุนแรงของปัญหาดังกล่าว

2. ควรมีการเผยแพร่และส่งเสริมให้บรรจุท่าการออกกำลังกายกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานลงไปในการออกกำลังกายปกติ

3. ควรมีการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงต่อการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป เพื่อป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นและสถานที่อื่นเพื่อสามารถสรุปผลการวิจัยและอ้างอิงกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีปัญหาเดียวกันต่อไป

2. ควรมีการศึกษาผลของการบริหารกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุเปรียบเทียบกลุ่มที่มีโรคเรื้อรังและไม่มีโรค

3. ควรออกแบบโปรแกรมการออกกำลังกาย และท่ากายบริหารพร้อมทั้งศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมในกลุ่มผู้สูงอายุเพศชาย เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับบริบทและเกิดการแก้ปัญหาที่ครอบคลุมในทุกเพศ

รายการอ้างอิง

กรกฎ เห็นแสงวิไล, อุบล พิรุณสาร, วิไลวรรณ มณีจักร สโนว์. (2559). ผลการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานต่อคุณภาพ ชีวิตสตรีปัสสาวะเล็ด. *Journal of Associated Medical Sciences*, *50*(2), 209-216.

กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง. (2562). *รายงานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองบ้านดุง.* ประจำปี 2562, 10-11.

จิตติมา มโนมัย และอภิชาต จิตต์เจริญ (บรรณาธิการ). (2547). *ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในสตรี*, กรุงเทพฯ: ข้าวฟ่าง

จิรวรรณ อินคุ้ม. (2558). การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ. *Journal of Medicine and Health Sciences, 22*(1), 58-68.

โชติกา สุจารี, กนกพร สุคำวัง และวณิชา พึ่งชมภู. (2559). ผลของการฝึกบริหารกล้ามเนื้อเชิงกรานแบบผสมผสานต่อความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุหญิง. *วารสารการแพทย์ราชนาวี*, *43*(3), 1-16.

ธรกนก พุฒศรี. (2549). *ผลของโปรแกรมการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน เพื่อป้อนกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในสตรีสูงอายุ*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ

ปนิฏฐา นาคช่วย. (2559). ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุ. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, *1*(69), 39-44.

พวงทอง รัตน์วิสัย, บัววรุณ ศรีชัยกุล และชาญชัยณรงค์ ทรงคาศรี. (2560). ผลของโปรแกรมการฝึกควบคุมการขับถ่าย ของกระเพาะปัสสาวะและบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานต่อการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ เพศ หญิง ตำบลนาตาล อำเภอท่าคันโท จังหวัด กาฬสินธุ์. *วารสารสำนักงานควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, *24*(1), 47-57.

วันทิน ศรีเบญจลักษณ์ และปณิตา ลิมปะวัฒน์. (2562). ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุ. *วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ,* 8(2), 82-92.

วิชัย เอกพลากร. (บรรณาธิการ) (2559). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557.* นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

Hair, F. J., Black, C. W., Babin, J. B., & Anderson, E. R. (2010). *Multivariate Data Analysis (7th ed).* New Jersey: Pearson Education.

Kobwitaya, K., Bunyavejchevin, S. (2015). 24-Hour Pad Test in Thai Continent Women. *Journal of medication Association of Thailand, 98*(2), 123-128.

Mayne C. J. & Hilton, P. (1988). Short Pad Test: Standardisation of Method and Comparison with 1-Hour test. *Neurology Urodynamics, 7*(5), 443-445.

Sampslle, C. M. Wyman, J. F., Thomas, K. K., Newman, D. K., Gray, M., Dougherty, M., & Burns, P. A. (2000). Continence for Woman: A test of A WHONN's Evidence-Based Protocol in Clinical Practice. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 29*, 18-26.

World Health Organization. (2017). *Integrated Care for Older People Guidelines (ICOPE) about Evidence Profile: Urinary Incontinence.* Geneva: Switzerland.

การศึกษาการขึ้นทะเบียน การต่อบัตรประกันสุขภาพ กลุ่มโรค และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าวในโรงพยาบาลตาพระยา อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว

Study of Registration and Renewal of Health Insurance, Groups of Diseases, and Health Treatment Cost of Migrant Workers at Ta Phraya Hospital, Ta Phraya District, Sa Kaeo Province

กรณมณีธนา ปุณณศิริมั่งมี[1*], นันทนา โควัน[1], สาวิตรี จันทะกุล[1], สมพร แก้วแหยม[1] และ เอกชัย ยอดขาว[1]

Kornmaneethana Punnasirimangmee[1*], Nantana Khowan[1], Sawitree Jantakul[1], Somporn Keawyam[1] and Eakachai Yodkalw[1]

โรงพยาบาลตาพระยา จังหวัดสระแก้ว[1*]

Ta Phraya Hospital, Sa Kaeo Province[1*]

(Received: *Decemberr 24*, 2020; Revised: *August 21*, 2021; Accepted: *December 31*, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาจำนวนแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียน และต่อบัตรประกันสุขภาพ สถานการณ์โรค ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการใช้บริการด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพ และกลุ่มที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าว ในกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพ กับรายได้ที่ได้รับจากบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว โดยใช้ข้อมูลย้อนหลังในแรงงานต่างด้าวที่มารับบริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ประจำปีงบประมาณ 2559-2562 จากฐานข้อมูล HOSxP ของโรงพยาบาลตาพระยา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า

1. จำนวนการขึ้นทะเบียน และต่อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ประจำปีงบประมาณ 2559-2562 มี 521, 1,136, 2,474, และ 1,692 ราย ตามลำดับ

2. สถานการณ์โรคในแรงงานต่างด้าวที่มารับการรักษาพยาบาล ในปี 2559-2560 และ 2562 พบว่าโรคอันดับหนึ่งในแผนกผู้ป่วยนอกคือการดูแลการตั้งครรภ์ ปี 2561 คือวัณโรค ส่วนแผนกผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2559-2562 คือ การคลอดปกติ

3. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลปี 2559-2562 ในกลุ่มมีบัตรประกันสุขภาพเป็นจำนวนเงิน 1,008,186.00 บาท คิดเป็นร้อยละ 10.69 ในกลุ่มที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (ชำระเงินเอง) เป็นจำนวนเงิน 7,438,552.00 บาท คิดเป็นร้อยละ 78.90 และในกลุ่มผู้ป่วยอนุเคราะห์เป็นจำนวนเงิน 980,943.29 บาท คิดเป็นร้อยละ 10.40 จากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งหมด (กลุ่มผู้ป่วยอนุเคราะห์ คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีเงินชำระ/ค้างชำระ โรงพยาบาลรับภาระค่าใช้จ่ายแทน)

4. เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลในกลุ่มมีบัตรประกันสุขภาพกับรายได้ที่ได้รับจากบัตรประกันสุขภาพ พบว่า ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาพยาบาลกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพ ถูกใช้เพียง ร้อยละ 22.20 ยังมีรายได้คงเหลือในกองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวอีก ร้อยละ 77.80 จากรายได้ที่ได้รับจากบัตรประกันสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ ประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องสิทธิประโยชน์จากบัตรประกันสุขภาพและการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของภาครัฐเพื่อขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวที่ถูกต้อง และนำข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยไปวางแผนด้านงบประมาณ ด้านบุคลากรและครุภัณฑ์ทางการแพทย์ รวมถึงการวางแผนการดูแลรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค

คำสำคัญ: แรงงานต่างด้าว, ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล, ผู้ป่วยนอก, ผู้ป่วยใน

[*]ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail:mol_mt@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 06-5359-5935)

Abstract

This descriptive research aimed (1) to investigate the number of migrant workers who registered and renewed the health insurance, situations of disease, and medical treatment cost (2) to compare medical treatment cost between the migrant workers holding a health insurance and those having no health insurance and (3) to compare medical treatment cost with total medical security fund for migrant workers. This study collected secondary data from HOSxP database of Ta Phraya hospital in the fiscal year 2016-2019. The data were analyzed by using descriptive statistics presenting as percentage, average and standard deviation. This study found that:

1. The number of registration and renewal of health insurance of the migrant workers in the fiscal year 2016 – 2019 were 521, 1,136, 2,474 and 1,692 cases respectively.

2. In the fiscal year 2016-2017 and 2019, most of outpatient migrant workers were in antenatal care services. In the fiscal year 2018, tuberculosis was the most common disease among migrant workers in outpatient department. In inpatient department during the fiscal year 2016 – 2019, the most common healthcare service providing for migrant workers was normal birth delivery.

3. Medical treatment cost of migrant workers holding a health insurance during the fiscal year 2016 to 2019 was 1,008,186 Baht (10.69%); whereas, that of migrant workers having no health insurance (self-payment) was 7,438,552 Baht (78.90%). For those having no health insurance and money to pay, medical treatment cost of 980,943.29 Baht (10.40%) was subsidized by the hospital.

4. To compare medical treatment cost with total medical security fund for migrant workers, only 22.20% of total health security fund for migrant workers were spent for migrant workers who held a health insurance, while 77.80% of total medical security fund for migrant workers were still remained.

This study suggested that public relations regarding benefits of health insurance and accessibility to healthcare services should be advocated in order to increase registration and renewal of health insurances. The results of this study would benefit for budget planning regarding workforce, medical equipment, and health campaigns including health care services, health promotion and disease prevention.

Keywords:

บทนำ

ปัจจุบันแรงงานต่างด้าวมีการย้ายถิ่นฐานเข้าสู่ประเทศไทยเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ ตามมา โดยเฉพาะปัญหาทางด้านสาธารณสุข เช่น การแพร่ระบาด หรือการกระจายของโรคติดต่อที่สำคัญ และปัญหาภาวะสุขภาพอนามัย ทั้งนี้เนื่องจากแรงงานต่างด้าวมีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและการรับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ (กลุ่มปัญหาแรงงานต่างด้าว, 2558) ทำให้ประเทศไทยต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในการรักษาแรงงานต่างด้าวกลุ่มนี้เป็นเงินจำนวนมาก ในปัจจุบันรัฐบาลไทยมีนโยบายให้แรงงานต่างด้าวทุกคนต้องขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้อง และต้องมีการจัดทำหลักประกันสุขภาพ เพื่อให้แรงงานต่างด้าว มี

หลักประกันสุขภาพเมื่อมาอาศัยอยู่ในประเทศไทย (สถานการณ์แรงงานอพยพข้ามชาติในประเทศไทย, 2558) และแรงงานต่างด้าวกลุ่มนี้จะได้รับความคุ้มครองในการตรวจการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพทั่วไป ได้แก่ การตรวจ วินิจฉัย บำบัดรักษา การคลอดบุตรปกติ การฟื้นฟูสภาพทางการแพทย์จนสิ้นสุดการรักษา ตลอดจนการแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองของคณะกรรมการประกอบโรคศิลปะ, การบริการทันตกรรมทั่วไป, บริการอาหารและเตียงผู้ป่วยสามัญ, ยาและเวชภัณฑ์ในบัญชียาหลักแห่งชาติ, การส่งเสริมสุขภาพ, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ, การได้รับวัคซีนป้องกันโรคที่อยู่ในแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข, การเฝ้าระวังโรค (กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

ส่วนสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ที่ไม่ได้รับความคุ้มครองนั้น ประกอบด้วย โรคจิตเวช, การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด, ผู้ประสบภัยจากรถตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ต้องได้รับชดเชยค่าเสียหายเบื้องต้นในอัตราที่กฎหมายกำหนดก่อน, ผู้ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยจากการทำงานตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทนและโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมตามที่กรมควบคุมโรคกำหนด, การรักษาใด ๆ ที่เกินความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เป็นต้น ในกรณีที่มีปัญหาเรื่องสิทธิประโยชน์ และความครอบคลุมบริการทางการแพทย์ให้คณะอนุกรรมการสิทธิประโยชน์พิจารณา และเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาให้ความเห็นชอบต่อไป (กระทรวงสาธารณสุข, 2558) และส่วนที่ไม่ได้รับความคุ้มครองแรงงานต่างด้าวต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง กรณีแรงงานต่างด้าวมีเงินชำระไม่เพียงพอทางโรงพยาบาลต้องทำเป็นค้างชำระ ซึ่งส่วนนี้มีผลกระทบต่อรายจ่ายของทางโรงพยาบาลนั้น ๆ ทำให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บไม่ได้กับโรงพยาบาล ซึ่งภาครัฐต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเหล่านี้

สาเหตุของการที่แรงงานต่างด้าวเข้ามาในประเทศไทยมากขึ้นเนื่องจากการพัฒนาด้านอุตสาหกรรมของประเทศไทยโดยมุ่งเน้นการเป็นประเทศฐานการผลิตของภาคอุตสาหกรรมและเปิดโอกาสให้นักลงทุนเข้ามาลงทุนในประเทศเพิ่มมากขึ้น ประเทศไทยจึงเป็นประเทศหลักที่มีการเพิ่มขึ้นของอัตราเข้ามาของแรงงานต่างด้าวอย่างต่อเนื่องทุกปี เป็นผลให้รัฐบาลไทยจำเป็นจะต้องสร้างระบบการจัดการกับแรงงานจากต่างด้าวให้อยู่ในระบบการจัดการของรัฐเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการตรวจสอบและสร้างความปลอดภัยความมั่นคงให้กับรัฐ ประกอบกับการที่ประเทศไทยต้องให้ความสำคัญต่อการเข้าสู่ประชาคมการเมืองและความมั่นคงอาเซียนทั้งในด้านการบริหารจัดการชายแดน และการสร้างความไว้วางใจกับประเทศเพื่อนบ้าน (บุษยรัตน์ กาญจนดิษฐ์, 2560)

ในปี พ.ศ. 2557 มีการจัดตั้งศูนย์บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) ขึ้นทั่วประเทศไทยพบว่ามีแรงงานต่างด้าวขึ้นทะเบียนเพิ่มขึ้นจาก ปี พ.ศ. 2557 ถึง ปี พ.ศ.2562 จำนวน 1,783,734 คน, 1,443,474 คน, 1,476,841 คน, 2,062,807 คน, 2,120,546 คน, 3,005,376 คน ตามลำดับ (สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว, 2562) และมอบหมายให้การตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพดำเนินการโดยหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสถานพยาบาลอื่นที่เข้าร่วมโครงการ สำหรับพื้นที่ดำเนินการโดยอ้างอิงพื้นที่รับรับผิดชอบ (Catchment Area) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ทั้งนี้สถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการจะต้องได้รับการรับรองมาตรฐานอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ISO HA (Hospital Accreditation) ไม่ต่ำกว่าบันไดขั้นที่ 2 และแรงงานต่างด้าวจะต้องซื้อบัตรประกันสุขภาพที่มีระยะเวลาการคุ้มครองหนึ่งปีในราคา 2,100 บาทต่อคนต่อปี ประกอบด้วยค่าตรวจสุขภาพ 500 บาท ค่าประกันสุขภาพ 1,600 บาท และกรณีคุ้มครอง 3 เดือน ราคา 1,000 บาท บัตรหมดอายุเสียค่าต่ออายุ 500 บาท ต่อได้ไม่เกิน 4 ครั้งต่อคนต่อปี (กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพและความร่วมมือระหว่างประเทศ กองบริหารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า แรงงานต่างด้าวของภาคธุรกิจอุตสาหกรรมการผลิตและการบริการมาจากประเทศกัมพูชา และแรงงานเพศชายมากกว่าเพศหญิงมาทำงานเป็นกรรมกรก่อสร้างเป็นรายวัน โดยไม่มีโอกาสเลือกงาน และส่วนใหญ่เข้ามาด้วยตนเอง ปัจจัยค่าจ้าง หรือแรงงานปัจจัยภายในประเทศต้นทางที่สำคัญ (สุรัชนี เคนสุโพธิ์, 2560) การจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวสามารถดำเนินการได้ที่ศูนย์บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) รองลงมา คือ การประชาสัมพันธ์ให้แรงงานต่างด้าวมาจด

ทะเบียนหรือการคุ้มครองแรงงานต่างด้าว เป็นการดำเนินงานของภาครัฐในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแรงงานต่างด้าวและการค้ามนุษย์ แรงงานต่างด้าวในไทยสามารถประกอบอาชีพได้บางอาชีพเท่านั้น การที่แรงงานต่างด้าวเปลี่ยนงานโดยไม่บอกนายจ้างหรือทำงานข้ามเขตพื้นที่จดทะเบียน ถือเป็นปัญหาแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมาย ปัญหาการแย่งอาชีพ การขโมยทรัพย์สินที่เกี่ยวข้องกับแรงงานต่างด้าว อาจส่งผลต่อความมั่นคงของประเทศได้ หากแรงงานต่างด้าวหยุดงานหรือประท้วง อาจส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศไทย และการมีขบวนการขอทานข้ามชาติเข้ามาขอทานในประเทศไทย ผู้หญิงค้าประเวณี การใช้แรงงานเด็ก ถือเป็นปัญหาการค้ามนุษย์ (โมไนยพล รณเวช, 2561) และที่ผ่านมาแรงงานต่างด้าวที่รับบริการสุขภาพในหน่วยงานของรัฐที่ไม่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ ทำให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บไม่ได้กับโรงพยาบาล พบว่า ค่าใช้จ่ายบริการรักษาพยาบาลที่เรียกเก็บไม่ได้ ในปี พ.ศ.2555 – 2558 มีจำนวน 308,007,226.52, 414,721,969.74, 404,084,299.00, และ 1,528,964,530 บาท ตามลำดับ ค่าใช้จ่ายเกิดจากแรงงานต่างด้าวไม่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ ซึ่งภาครัฐต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเหล่านี้ เห็นได้ว่าแนวโน้มค่าใช้จ่ายบริการรักษาพยาบาลที่เรียกเก็บไม่ได้มากขึ้น (ธีรดา สุธีรวุฒิ, 2559) การศึกษาปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นของแรงงานต่างด้าวเห็นได้ว่าแรงงานต่างด้าวจำเป็นต้องมีหลักประกันสุขภาพเพื่อคุ้มครองตนเองเมื่อเจ็บป่วย ข้อมูลความต้องการและความเข้าใจในการมีสิทธิหลักประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติจึงเป็นข้อมูลสำคัญที่ทำให้กระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถวางแผนรองรับกับสถานการณ์การใช้บริการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐได้ที่เกิดได้ การเตรียมพร้อมทางด้านบุคลากรและครุภัณฑ์ทางการแพทย์จึงเป็นแนวทางสำคัญที่จะรองรับ (ประนอม คำเที่ยง, 2560)

อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว มีพื้นที่ติดชายแดนกัมพูชา มีแรงงานต่างด้าวที่เดินทางเข้าออกชายแดนทั้งไปและกลับ พบว่าแรงงานต่างด้าวในอำเภอตาพระยานั้นมีทั้งที่ได้ขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวอย่างถูกต้อง และอยู่อาศัยอย่างไม่ถูกต้อง แรงงานต่างด้าวส่วนใหญ่มีฐานะยากจนและมีภาวะสุขภาพค่อนข้างต่ำ จึงส่งผลกระทบต่อสาธารณสุขของประเทศไทยโดยตรง (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักสารนิเทศ, 2562) โรงพยาบาลตาพระยา จังหวัดสระแก้ว เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้บริการสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าวที่เข้ามาใช้แรงงานทั้งที่ถูกต้องตามกฎหมายและลักลอบเข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย ในจำนวนนี้มีแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนทำบัตรประกันสุขภาพ ปี 2559-2562 จำนวน 521, 1,136, 2,474, 1,692 คน ตามลำดับ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมไปถึงอัตรากำลังคนและทรัพยากรอื่นที่ต้องใช้เพื่อการดูแลสุขภาพของแรงงานกลุ่มนี้ รวมถึงการแพร่ระบาด หรือการกระจายของโรคติดต่ออีกด้วย

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการขึ้นทะเบียน การต่อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าว ในกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพ และกลุ่มที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าว ในกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพ กับรายได้ที่ได้รับจากบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว และศึกษาสถานการณ์โรคในแรงงานต่างด้าวที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลตาพระยา อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว เพื่อควบคุมป้องกันโรคของแรงงานต่างด้าว และสามารถนำไปใช้ประกอบการวางแผนกำหนดนโยบายมาตรการหรือแนวทางในการดูแลสุขภาพของคนไทยและแรงงานต่างด้าวทั้งสองกลุ่ม อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาการขึ้นทะเบียน และต่อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวของโรงพยาบาลตาพระยา อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว

เพื่อศึกษาสถานการณ์โรคในแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาใช้บริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลตาพระยา อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว

3. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการใช้บริการด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าว ในกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพ และกลุ่มที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพของโรงพยาบาลตาพระยา อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว

4. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าว ในกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพ กับรายได้ที่ได้รับจากบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวของโรงพยาบาลตาพระยา อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังในแรงงานต่างด้าวที่บัตรประกันสุขภาพ และมีบันทึกประวัติการรักษาแรงงานต่างด้าวที่มารับการรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตาพระยา จังหวัดสระแก้ว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ทะเบียนประวัติแรงงานต่างด้าวที่มีบัตรประกันสุขภาพ บันทึกประวัติการรักษาแรงงานต่างด้าวที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตาพระยา จังหวัดสระแก้ว โดยใช้ข้อมูลย้อนหลังระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558 ถึง 30 กันยายน 2562 จากกลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลตาพระยา จังหวัดสระแก้ว

กลุ่มตัวอย่างคือ 1) ทะเบียนประวัติแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพ 2) บันทึกประวัติการรักษาแรงงานต่างด้าวที่มีบัตรประกันสุขภาพ และไม่มีบัตรประกันสุขภาพ ที่มาทำการรักษาพยาบาล 3) ข้อมูลเงินกองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว 4) ข้อมูลโรคของแรงงานต่างด้าวแยกรายโรค ในโรงพยาบาลตาพระยา อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว จากฐานข้อมูล HOSxP ของโรงพยาบาลตาพระยา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558 ถึง 30 กันยายน 2562

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูล HOSxP ของโรงพยาบาลตาพระยา โดยแบ่งแบบบันทึกข้อมูลออกเป็น

1. แบบบันทึกข้อมูลเงินกองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ประกอบด้วย ชื่อ-สกุล อายุ เพศ เชื้อชาติ ของผู้ขึ้นทะเบียน, วัน/เดือน/ปี ที่ขึ้นทะเบียน, รหัสกองทุน, ประเภทบัตรประกันสุขภาพที่ซื้อ

2. แบบบันทึกข้อมูลการขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ประกอบด้วย วัน/เดือน/ปี ที่ขึ้นทะเบียน, รหัสสถานพยาบาล, เลข 13 หลักของผู้ที่ขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าว, HN ของสถานพยาบาลที่ออกให้, ชื่อ-สกุล, วัน/เดือน/ปี เกิด, เพศ, เชื้อชาติ, ประเภทแรงงาน, ที่อยู่, ชื่อนายจ้าง, เบอร์โทรศัพท์นายจ้าง, วัน/เดือน/ปี บัตรหมดอายุ

3. แบบบันทึกข้อมูลการมารับบริการรักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าว โดยดึงรายงานข้อมูลจากฐานข้อมูล HOSxP ของโรงพยาบาลตาพระยาประเภทการบริการรักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าว ประกอบด้วย ช่วงข้อมูลปีงบประมาณที่ต้องการ, ประเภทผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก, มีบัตรประกันสุขภาพ และไม่มีบัตรประกันสุขภาพ

4. แบบบันทึกข้อมูลค่ารักษาพยาบาลที่มารับบริการของแรงงานต่างด้าว โดยดึงรายงานข้อมูลจากฐานข้อมูล HOSxP ของโรงพยาบาลตาพระยาประเภทค่าใช้จ่าย ประกอบด้วย ช่วงข้อมูลปีงบประมาณที่ต้องการ, ประเภทผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก, มีบัตรประกันสุขภาพ และไม่มีบัตรประกันสุขภาพ

5. แบบบันทึกข้อมูลค่ารักษาพยาบาลที่ให้การอนุเคราะห์แก่แรงงานต่างด้าว โดยดึงรายงานข้อมูลจากฐานข้อมูล HOSxP ของโรงพยาบาลตาพระยาประเภทค่าใช้จ่าย ประกอบด้วย ช่วงข้อมูลปีงบประมาณที่ต้องการ, ประเภทผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก, มีบัตรประกันสุขภาพ และไม่มีบัตรประกันสุขภาพ

6. แบบบันทึกข้อมูลโรคของแรงงานต่างด้าวแยกรายโรค โดยดึงรายงานข้อมูลจากฐานข้อมูล HOSxP ของโรงพยาบาลตาพระยา ประเภท ICD-10 ชื่อโรค, จำนวนครั้ง, จำนวนคน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการศึกษามาจาก 2 แหล่งข้อมูล คือ

1. ข้อมูลบัญชีและการเงินซึ่งเป็นบัญชีเกณฑ์เงินสด (Cash Basis) ที่ได้รับจากการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าว จากงานการเงินและบัญชีโรงพยาบาลตาพระยา

2. ข้อมูลผู้ป่วยที่บันทึกประวัติการรักษาแรงงานต่างด้าวที่มีบัตรประกันสุขภาพ และไม่มีบัตรประกันสุขภาพที่มาทำการรักษาพยาบาล และข้อมูลโรคของแรงงานต่างด้าวแยกรายโรคในโรงพยาบาลตาพระยา อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว จากฐานข้อมูล HOSxP ของโรงพยาบาล โดยใช้ข้อมูลย้อนหลัง 4 ปี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558 ถึง 30 กันยายน 2562 จากกลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลตาพระยา รวบรวมและตรวจสอบความครอบคลุม ครบถ้วนเพื่อเตรียมการวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้วนำมาประมวลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ดังนี้

1. นำข้อมูลที่ได้มาจำแนกค่าใช้จ่ายแต่ละประเภท แต่ละโรค ซึ่งประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลจำนวนการขึ้นทะเบียน และจำนวนผู้มารับบริการของแรงงานต่างด้าว

1.2 ข้อมูลค่าใช้จ่ายในรักษาพยาบาล

1.3 ข้อมูลโรคที่มารับบริการแยกเป็นหมวดหมู่ตามเกณฑ์ของบัญชีรายโรค ICD-10 (2010 CM) โรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงสุด 10 ลำดับแรก โรคที่มีจำนวนครั้งในการรับบริการสูงสุด 10 ลำดับแรก โรคที่มีจำนวนคนมารับบริการสูงสุด 10 ลำดับแรก

2. เปรียบเทียบระหว่างค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงของแรงงานต่างด้าวกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพ กลุ่มที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ และรายได้ที่ได้รับจากบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ประกอบด้วย

2.1 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพกับกลุ่มที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว

2.2 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพกับรายได้ที่ได้รับจากบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ตามเลขที่โครงการ 10/2563 เมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม 2563 หมดอายุ วันที่ 30 กรกฎาคม 2564 ประเภทการรับรอง การวิจัยประยุกต์ (Expedited review)

ผลการวิจัย

1.การขึ้นทะเบียน และต่อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวของโรงพยาบาลตาพระยา อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว

ตาราง 1 การขึ้นทะเบียนและต่อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวของโรงพยาบาลตาพระยา อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ประจำปีงบประมาณ 2559-2562

ปีงบประมาณ	สัญชาติพม่า	สัญชาติลาว	สัญชาติกัมพูชา	รวม (คน)
2559	5	1	515	521
2560	0	0	1,136	1,136
2561	1	1	2,472	2,474
2562	0	0	1,692	1,692

จากตาราง 1 พบว่า การขึ้นทะเบียน และต่อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ปีงบประมาณ 2559 มีสัญชาติพม่า จำนวน 5 คน สัญชาติลาว จำนวน 1 คน สัญชาติกัมพูชา จำนวน 515 คน รวม 521 คน ปีงบประมาณ 2560 สัญชาติกัมพูชา 1,136 คน ปีงบประมาณ 2561 สัญชาติพม่า จำนวน 1 คน สัญชาติลาว จำนวน 1 คน สัญชาติกัมพูชา จำนวน 2,472 คน รวม 2,474 คน และในปีงบประมาณ 2562 สัญชาติกัมพูชา จำนวน 1,692 คน

2. สถานการณ์โรคในแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาใช้บริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลตาพระยา อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว พบว่าสถานการณ์โรค จำนวน 10 อันดับแรกในแรงงานต่างด้าวที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ในปีงบประมาณ 2559 โรคที่แรงงานต่างด้าวเป็นมากที่สุด พบมากเป็นอันดับหนึ่ง คือ การดูแลการตั้งครรภ์ อันดับสอง คือ โรคเบาหวานชนิดที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลินที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ส่วนโรคในอันดับที่สาม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2560 พบมากเป็นอันดับหนึ่ง คือ การดูแลการตั้งครรภ์ อันดับสอง คือ โรคเบาหวานชนิดที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลินที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ส่วนโรคในอันดับที่สาม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2561 พบมากเป็นอันดับหนึ่ง คือ โรควัณโรค อันดับสอง คือ การดูแลการตั้งครรภ์ ส่วนโรคในอันดับที่สาม คือ โรคเบาหวานชนิดที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลินที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ปีงบประมาณ 2562 พบมากเป็นอันดับหนึ่ง คือ การดูแลการตั้งครรภ์ อันดับสอง คือ โรคเบาหวานชนิดที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลินที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ส่วนโรคในอันดับที่สาม คือ โรคเยื่อบุจมูกและลำคออักเสบ

ผู้ป่วยในโรคที่แรงงานต่างด้าวเป็นมากที่สุด ในปีงบประมาณ 2559 อันดับหนึ่ง คือ การคลอดปกติ อันดับสอง คือ โรคกระเพาะอาหาร ลำไส้อักเสบ ส่วนโรคในอันดับที่สาม คือ การรับหรือสัมผัสพิษงู ปีงบประมาณ 2560 อันดับหนึ่ง คือ การคลอดปกติ อันดับสอง คือ การรับหรือสัมผัสพิษงู ส่วนโรคในอันดับที่สาม คือ โรคกระเพาะอาหาร ลำไส้อักเสบ ปีงบประมาณ 2561 อันดับหนึ่ง คือ การคลอดปกติ อันดับสอง คือ โรคกระเพาะอาหาร ลำไส้อักเสบ ส่วนโรคในอันดับที่สาม คือ การรับหรือสัมผัสพิษงู ปีงบประมาณ 2562 อันดับหนึ่ง คือ การคลอดปกติ อันดับสอง คือ โรคกระเพาะอาหาร ลำไส้อักเสบ ส่วนโรคในอันดับที่สาม คือ ไข้เลือดออกเด็งกี่

3. ศึกษาและเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการใช้บริการด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าว ในกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพ และกลุ่มที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพของโรงพยาบาลตาพระยา อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าว ในกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพกับ กลุ่มที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพโดยเฉลี่ยข้อมูลย้อนหลัง 4 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559-2562

ปีงบ	รายการ	กลุ่มมีบัตรประกันสุขภาพ ผู้ป่วยนอก	กลุ่มมีบัตรประกันสุขภาพ ผู้ป่วยใน	กลุ่มไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (ชำระเงินเอง) ผู้ป่วยนอก	กลุ่มไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (ชำระเงินเอง) ผู้ป่วยใน	กลุ่มผู้ป่วยอนุเคราะห์มีบัตรประกันสุขภาพ ผู้ป่วยนอก	กลุ่มผู้ป่วยอนุเคราะห์มีบัตรประกันสุขภาพ ผู้ป่วยใน	กลุ่มผู้ป่วยอนุเคราะห์ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (ชำระเงินเอง) ผู้ป่วยนอก	กลุ่มผู้ป่วยอนุเคราะห์ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (ชำระเงินเอง) ผู้ป่วยใน
2559	ค่าใช้จ่ายรวม	145,449.00	6,604.00	1,076,083.00	856,101.00	51,752.00	6,504.00	87,992.00	12,356.00
	จำนวนครั้ง (คน)	168 (111)	2 (2)	2296 (1154)	178 (197)	101 (98)	3 (3)	213 (65)	2 (2)
	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย (บาทต่อครั้ง)	865.77 ±763.43	3,302.00 ±2,498.09	468.68 ±546.64	4,809.56 ±3,234.23	512.40 ±312.00	2,168.00 ±1,798.00	413.11 ±543.12	6,178.00 ±6,178.00
	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย (บาทต่อคน)	1,310.35 ±987.11	3,302.00 ±2,430.12	932.48 ±889.33	4,345.69 ±3,248.00	528.08 ±399.45	2,168.00 ±1,998.44	1,353.72 ±1,234.55	6,178.00 ±6,178.00
2560	ค่าใช้จ่ายรวม	92,863.00	46,290.00	934,099.00	873,250.00	70,509.00	45,850	15,663.00	6,123.00
	จำนวนครั้ง (คน)	271 (111)	12 (12)	2235 (1106)	161 (178)	98 (57)	5 (5)	56 (34)	1 (1)
	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย (บาทต่อครั้ง)	342.67 ±299.23	3,857.50 ±3,987,44	417.94 ±345.66	5,423.91 ±4,123.55	719.48 ±666.56	9,170.00 ±9,987.23	279.70 ±98.23	6,123.00 ±6,123.00
	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย (บาทต่อคน)	836.60 ±789.44	3,857.50 ±2,987.23	844.57 ±788.12	4,905.90 ±3,456.77	1,237.00 ±998.12	9,170.00 ±8,978.22	460.68 ±399,09	6,123.00 ±6,123.00
2561	ค่าใช้จ่ายรวม	228,532.00	107,955.00	1,050,556.00	627,656.00	205,902.29	107,115.00	1,170.00	5,698.00
	จำนวนครั้ง (คน)	615 (230)	30 (30)	2326 (1061)	109 (120)	214 (112)	29 (22)	6 (4)	2 (2)
	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย (บาทต่อครั้ง)	371.60 ±229.12	3,598.50 ±2,365.22	451.66 ±324.08	5,758.31 ±3,987.12	962.16 ±876.44	3,693.62 ±3.234.66	195.00 ±33.12	2,849.00 ±1,987.03
	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย (บาทต่อคน)	993.62 ±889.44	3,598.50 ±1,990.67	990.16 ±888.90	5,230.47 ±4,890.12	1,838.41 ±980.99	4,868.86 ±3,234.77	292.50 ±109.88	2,849.00 ±1,890.00
2562	ค่าใช้จ่ายรวม	247,966.00	132,527.00	1,515,078.00	505,729.00	220,033.00	131,837.00	2,205.00	10,234.00
	จำนวนครั้ง (คน)	566 (213)	24 (24)	2190 (971)	80 (85)	112 (87)	115 (76)	2 (2)	3 (3)
	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย (บาทต่อครั้ง)	438.10 ±334.56	5,521.96 ±4,889.00	691.82 ±458.99	6,321.61 ±5,675.88	1,964.58 ±778.11	1,146.41 ±890.33	1,102.50 ±678.99	3,411.33 ±2,980.11
	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย (บาทต่อคน)	1,164.16 ±998.00	5,521.96 ±4,567.44	1,560.33 ±1,098.00	5,949.75 ±4,678.11	2,529.11 ±1,986.99	1,734.70 ±990.00	1,102.50 ±879.00	3,411.33 ±2,890.66

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าว ในกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพกับ กลุ่มที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพโดยเฉลี่ยข้อมูลย้อนหลัง 4 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559-2562

รายการ	ค่าเฉลี่ย 4 ปี	สัดส่วน (ร้อยละ)
กลุ่มมีบัตรประกันสุขภาพ	1,008,186.00	10.69
กลุ่มไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (ชำระเงินเอง)	7,438,552.00	78.90
กลุ่มผู้ป่วยอนุเคราะห์ (กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีเงินชำระ/ค้างชำระ โรงพยาบาลรับภาระค่าใช้จ่ายแทน)	980,943.29	10.40
ทั้งหมด	**9,427,681.29**	**100**

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มมีบัตรประกันสุขภาพผู้ป่วยนอก มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย (บาทต่อครั้ง) 865.77±763.43, 342.67±299.23, 371.60±229.12, 438.10±334.56 กลุ่มมีบัตรประกันสุขภาพผู้ป่วยในมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย (บาทต่อครั้ง) 3,302.00±2,498.09, 3,857.50±3,987.44, 3,598.50±2,365.22, 5,521.96±4,889.00 กลุ่มไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (ชำระเงินเอง) ผู้ป่วยนอกมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย (บาทต่อครั้ง) 468.68±546.64, 417.94±345.66, 451.66±324.08, 691.82±458.99, กลุ่มไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (ชำระเงินเอง) ผู้ป่วยในมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย (บาทต่อครั้ง) 4,809.56±3,234.23, 5,423.91±4,123.55, 5,758.31±3,987.12, 6,321.61±5,675.88, กลุ่มผู้ป่วยอนุเคราะห์มีบัตรประกันสุขภาพผู้ป่วยนอกมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย (บาทต่อครั้ง)

512.40±312.00, 719.48±666.56, 962.16±876.44, 1,964.58±778.11, กลุ่มผู้ป่วยอนุเคราะห์มีบัตรประกันสุขภาพผู้ป่วยในมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย (บาทต่อครั้ง) 2,168.00±1,798.00, 9,170.00±9,987.23, 3,693.62±3.234.66, 1,146.41±890.33, กลุ่มผู้ป่วยอนุเคราะห์ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (ชำระเงินเอง) ผู้ป่วยนอกมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย (บาทต่อครั้ง) 413.11±543.12, 279.70±98.23, 195.00±33.12, 1,102.50±678.99, กลุ่มผู้ป่วยอนุเคราะห์ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (ชำระเงินเอง) ผู้ป่วยในมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย (บาทต่อครั้ง) 6,178.00±6,178.00, 6,123.00±6,123.00, 2,849.00±1,987.03, 3,411.33±2,980.11 และในกลุ่มมีบัตรประกันสุขภาพเป็นจำนวนเงิน 1,008,186.00 บาท คิดเป็นร้อยละ 10.69 ในกลุ่มที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (ชำระเงินเอง) เป็นจำนวนเงิน 7,438,552.00 บาท คิดเป็นร้อยละ 78.90 และในกลุ่มผู้ป่วยอนุเคราะห์เป็นจำนวนเงิน 980,943.29 บาท คิดเป็นร้อยละ 10.40 จากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งหมด (กลุ่มผู้ป่วยอนุเคราะห์ คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีเงินชำระ/ค้างชำระ โรงพยาบาลรับภาระค่าใช้จ่ายแทน) ดังตาราง 3

4. ศึกษาและเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าว ในกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพ กับรายได้ที่ได้รับจากบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวของโรงพยาบาลตาพระยา อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว

ตาราง 4 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าว ในกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพกับรายได้ที่ได้รับจากบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวโดยเฉลี่ยข้อมูลย้อนหลัง 4 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559-2562

รายการ	ค่าเฉลี่ย 4 ปี	สัดส่วน (%)
งบประมาณ	4,541,680.00	100.00
ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	1,008,186.00	22.20
คงเหลือ	3,533,494.00	77.80

จากตาราง 4 พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าว ในกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพกับรายได้ที่ได้รับจากบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ในกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพ กับรายได้ที่ได้รับจากบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวโดยเฉลี่ย ข้อมูลย้อนหลัง 4 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559-2562 พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในกลุ่มมีบัตรประกันสุขภาพถูกใช้ไปเพียง ร้อยละ 22.20 ซึ่งยังมีรายได้คงเหลือที่ได้รับจากบัตรประกันสุขภาพในกองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวอีกร้อยละ 77.80

อภิปรายผล

1. จากการศึกษาการขึ้นทะเบียน และต่อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวประจำปีงบประมาณ 2559-2562 มีจำนวน 521, 1,136, 2,474, และ 1,692 คนตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นสัญชาติกัมพูชา เป็นวัยทำงานที่ทำงานอยู่ในภาคเกษตรกรรม และส่วนใหญ่ต่อบัตรแบบคุ้มครอง 3 เดือน ซึ่งบ่งบอกได้ถึงการอพยพย้ายถิ่นฐานบ่อยครั้ง พบว่าในปีงบประมาณ 2561 มีการต่อบัตรประกันสุขภาพสูงสุดเนื่องจากนโยบายรัฐบาลที่เข้มข้น เจอ จับ ปรับ ส่งกลับ และการดำเนินการตามกฎหมายแรงงานต่างด้าวจึงทำให้มีการเข้ามาต่อบัตรประกันสุขภาพที่มากขึ้น และพบว่าในปีงบประมาณ 2562 มีการต่อบัตรประกันสุขภาพลดลงสาเหตุเนื่องจากภาวะเศรษฐกิจในเขตอำเภอตาพระยาที่ซบเซา การลดการจ้างงานของนายจ้าง การทำเกษตรกรรมลดลง ภัยแล้ง และแรงงานต่างด้าวอพยพไปใช้แรงงานในอำเภออื่น ๆ

2. จากผลการศึกษา พบว่า โรคของแรงงานต่างด้าว ในปีงบประมาณ 2559, 2560 และ 2562 ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นอันดับหนึ่ง ในแผนกผู้ป่วยนอกคือ การดูแลการตั้งครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับ ศุภวรรธน์ เพิ่มผลสุข, ธนพร บุษบาวไล, ดนัย ชินคำ, มณีโชติรัตน์ สันธิ, ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ และพัทธรา ลีฬหวรงค์

(2561) ศึกษาการจัดลำดับความสำคัญภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อของคนต่างด้าวในประเทศไทย ผลการจัดลำดับความสำคัญของภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อ 10 รายการ เรียงจากความสำคัญมากไปน้อย คือ ภาวการณ์ตั้งครรภ์ เบาหวาน ความผิดปกติทารกแรกเกิด ความดันโลหิตสูง การติดสารเสพติดให้โทษและพิษสุราเรื้อรัง การบาดเจ็บจากการทำงาน การบาดเจ็บที่ศีรษะ ความผิดปกติทางจิต มะเร็งเต้านม และ มะเร็งปากมดลูก ส่วนในปีงบประมาณ 2561 นั้น อันดับหนึ่ง ในแผนกผู้ป่วยนอก คือ วัณโรค ซึ่งเป็นโรคติดต่อที่สามารถติดต่อได้ง่ายทั้งนี้พบว่าแรงงานต่างด้าวในเขตอำเภอตาพระยายังอพยพย้ายถิ่นบ่อยเทียบจากข้อมูลการต่อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว และการศึกษาของ ศุภวรรธน์ เพิ่มผลสุข, ธนพร บุษบาวไล, ดนัย ชินคำ, มณีโชติ รัตน์ สันธิ, ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ และ พัทธรา ลีฬหวรงค์ (2561) พบว่า ผลการจัดลำดับความสำคัญของภาวะสุขภาพและโรคติดต่อ 10 รายการเรียงจากความสำคัญมากไปน้อย คือ วัณโรค โรคเอดส์ การฉีดวัคซีนเพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน โรคซิฟิลิสและโรคหนองใน ท้องร่วง ไข้เด็งกี/ไข้เลือดออก โรคเท้าช้าง โรคเรื้อน โรคไวรัสตับอักเสบบี และโรคมาลาเรีย ดังนั้นทางโรงพยาบาลตาพระยาควรวางระบบการป้องกัน และค้นหาโรควัณโรคในกลุ่มแรงงานต่างด้าว การให้ความรู้กับแรงงานต่างด้าวหรือชาวต่างชาติในเขตบริเวณชายแดนกัมพูชาในเขตอำเภอตาพระยา ส่วนแผนกผู้ป่วยในโรคของแรงงานต่างด้าวเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นอันดับหนึ่ง ในปีงบประมาณ 2559-2562 คือ การคลอดปกติ ซึ่งสอดคล้องกับ พัชรี ประไพพิณ, วงศ์พันธ์ ลิมปเสนีย์ และชวนันท์ สุมนะเศรษฐกุล (2560) ศึกษาการใช้บริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในกรุงเทพมหานคร: กรณีศึกษาโรงพยาบาลวชิรพยาบาล พบว่า ส่วนที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการทางสุขภาพและผู้มาคลอดบุตรและซื้อสิทธิประกันสุขภาพให้บุตร จากผลงานวิจัยพบว่าแรงงานต่างด้าวในโรงพยาบาลตาพระยา จังหวัดสระแก้ว มีการดูแลการตั้งครรภ์ และการคลอดปกติ สูงสุด แรงงานต่างด้าวกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ชำระเงินเองถือเป็นรายได้ให้กับทางโรงพยาบาล ดังนั้นควรจัดทำแพคเกจการฝากครรภ์และคลอดพร้อมทั้งวิเคราะห์หาต้นทุนกำไรเพื่อสร้างรายได้ให้โรงพยาบาล พร้อมทั้งศึกษาโรคที่มาจากการเข้ารับบริการฝากครรภ์และคลอดจากแรงงานต่างด้าวเพื่อหาแนวทางในการป้องกันต่อไป

3. จากผลการศึกษาและการเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559-2562 พบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในกลุ่มมีบัตรประกันสุขภาพเป็นจำนวน 1,008,186 บาท เป็นร้อยละ 10.69 ในกลุ่มไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (ชำระเงินเอง) เป็นจำนวน 7,438,552 บาท เป็นร้อยละ 78.90 และในกลุ่มผู้ป่วยอนุเคราะห์ เป็นจำนวน 980,943.29 บาท เป็นร้อยละ 10.40 จากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2559) ทำการศึกษาสถานการณ์ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชากรต่างด้าวใน 31 จังหวัดชายแดนไทย ปีงบประมาณ 2558 พบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชากรต่างด้าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เรียกเก็บไม่ได้ของประชากรต่างด้าว ผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการแบกรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เรียกเก็บไม่ได้ของประชากรต่างด้าว ได้แก่ ภาระการให้บริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพิ่มขึ้น รวมทั้งภาระทางการเงินของโรงพยาบาล การแบ่งทรัพยากรด้านสาธารณสุขของคนไทยไปดูแลประชากรต่างด้าว และกรณีหากไม่มีการดูแลด้านสุขภาพของประชากรต่างด้าวที่เข้ามาอยู่ในไทยอาจเกิดการแพร่กระจายของโรคติดต่อ เช่น วัณโรค และการศึกษาของ รัชนุช ปัญญา, พวงเพ็ญ ชูรินทร์ และดาราวรรณ รองเมือง (2558) ว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งหมดเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลในกลุ่มมีบัตรประกันสุขภาพกับรายได้ที่ได้รับจากบัตรประกันสุขภาพ พบค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาพยาบาลกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพ ถูกใช้ไปเพียง ร้อยละ 39.99 ยังมีรายได้คงเหลือในกองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวอีก ร้อยละ 60.01 จากรายได้ที่ได้รับจากบัตรประกันสุขภาพ จากการวิเคราะห์พบว่ารายได้ที่ได้รับส่วนใหญ่มากจากแรงงานต่างด้าวชำระเงินเอง ด้วยโรงพยาบาลตาพระยาเคยประสบปัญหาการเงินวิกฤติระดับ 7 อย่างต่อเนื่องซึ่งปัญหาแรงงานต่างด้าวก็เป็นหนึ่งในปัญหาดังกล่าว ทางโรงพยาบาลจึงได้จัดวางระบบการจัดเก็บเงินในส่วนของแรงงานต่างด้าวที่มาใช้บริการโดยสอบถามเงินสดที่มีมาก่อนให้บริการพร้อมทั้งบอกประมาณการค่ารักษาให้ทราบ หากพบว่าเงินสดไม่เพียงพอจะทำเป็นค้างชำระพร้อมทั้งอธิบายขั้นตอนการมาชำระในภายหลัง มีระบบการติดตามทวงถามยอดค้างชำระ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์รายจ่ายใน

ส่วนกลุ่มผู้ป่วยอนุเคราะห์พบว่ารายจ่ายยังไม่ขาดทุนเมื่อเทียบกับรายรับที่ได้จากบัตรประกันสุขภาพแต่ทั้งนี้มาตรการระบบการจัดเก็บเงินแรงงานต่างด้าวก็ยังคงปฏิบัติต่อไป

4. การเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพกับรายได้ที่ได้รับจากบัตรประกันสุขภาพ พบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในกลุ่มมีบัตรประกันสุขภาพถูกใช้ไป ร้อยละ 22.20 และยังมีรายได้คงเหลือในกองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ร้อยละ 77.80 จากรายได้ที่ได้รับจากบัตรประกันสุขภาพซึ่งสอดคล้องกับ รัชนุช ปัญญา, พวงเพ็ญ ชูรินทร์ และดาราวรรณ รองเมือง (2558) ศึกษาการเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลในกลุ่มมีบัตรประกันสุขภาพกับรายได้ที่ได้รับจากบัตรประกันสุขภาพ พบว่า ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาพยาบาลกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพ ถูกใช้ไปเพียง ร้อยละ 39.99 ยังมีรายได้คงเหลือในกองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวอีก ร้อยละ 60.01 จากรายได้ที่ได้รับจากบัตรประกันสุขภาพ จากการวิจัยพบว่าเงินกองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวเหลือค่อนข้างเยอะ จึงนำเสนอผู้บริหารให้จัดทำโครงการให้ความรู้ ส่งเสริมป้องกันวัณโรคในแรงงานต่างด้าว จัดโครงสร้างบริการผู้ป่วยนอก การให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การจัดซื้อยาหรือวัสดุการแพทย์สำหรับกลุ่มแรงงานต่างด้าวต่อไป และข้อจำกัดในการวิจัยนี้คือยังไม่ใช่ต้นทุนที่แท้จริง เพราะยังไม่ได้ร่วมค่าใช้จ่ายอื่นๆ ตามหลักการวิเคราะห์ต้นทุน ดังนั้นจึงควรมีการวิเคราะห์หาต้นทุนเพิ่มเติม

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. รณรงค์ให้กลุ่มแรงงานต่างด้าวมีบัตรประกันสุขภาพ โดยการประชาสัมพันธ์สิทธิประโยชน์ของการมีบัตรประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าว เพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจในสิทธิประโยชน์จากบัตรประกันสุขภาพแก่แรงงานต่างด้าวและนายจ้าง อีกทั้งยังเป็นส่วนที่สามารถช่วยป้องกันควบคุมโรคได้ด้วย และยังเป็นการเพิ่มจำนวนกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่มีบัตรประกันสุขภาพ

2. สามารถนำข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยไปวางแผนด้านงบประมาณในการให้บริการด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าว รวมถึงการวางแผนการดูแลรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค เช่น โรควัณโรค โรคติดต่ออื่น ๆ

3. โรงพยาบาลสามารถนำข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยนำไปพัฒนาระบบการขึ้นทะเบียนเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล และเป็นฐานข้อมูลในการเตรียมพร้อมทางด้านบุคลากรและครุภัณฑ์ทางการแพทย์

4. สถานการณ์โรคของแรงงานต่างด้าว ควรวางระบบการป้องกัน และค้นหาโรควัณโรคในกลุ่มแรงงานต่างด้าว และควรจัดทำแพคเกจการฝากครรภ์และคลอดพร้อมทั้งวิเคราะห์หาต้นทุนกำไรเพื่อสร้างรายได้ให้โรงพยาบาล พร้อมทั้งศึกษาโรคที่มาจากการเข้ารับบริการฝากครรภ์และคลอดจากแรงงานต่างด้าวเพื่อหาแนวทางในการป้องกัน

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการพัฒนาระบบการขึ้นทะเบียน การต่อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวเชิงรุก
2. ศึกษาการค้นหาวัณโรคปอดเชิงรุกในแรงงานต่างด้าว
3. ควรศึกษาการพัฒนาแผนการดูแลรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพในแรงงานต่างด้าว

รายการอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *คำแนะนำของการประกันสุขภาพสำหรับชาวต่างชาติปี 2015*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพและความร่วมมือระหว่างประเทศ กองบริหารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). *คู่มือแนวทางการบริการที่เป็นมิตร แก่แรงงานต่างด้าว ผู้ติดตามและเหยื่อจากการค้ามนุษย์*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

กลุ่มปัญหาแรงงานต่างด้าว. *สาระน่ารู้ ไลฟ์สไตล์*. สืบค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2562 จาก http://community.jobdynamo.com.

คณะกรรมการสมานฉันท์แรงงานไทย. (2562). *สถานการณ์แรงงานอพยพข้ามชาติในประเทศไทย*. สืบค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2562 จาก http://www.unithailand.org.

ธีรดา สุธีรวุฒิ. (2559). *การดำเนินงานสาธารณสุขแรงงานต่างด้าว*. สืบค้นเมื่อ 25 เมษายน จาก http://www.boe.moph.go.th/files/meeting/ slide_IHR_2DEC_pdf/3.pdf

บุษยรัตน์ กาญจนดิษฐ์. (2560). *การกำหนดหลักเกณฑ์การนำคนต่างด้าวมาทำงานกับนายจ้างในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: กองบรรณาธิการประชาไท.

ประนอม คำเที่ยง. (2560). *นโยบายการดำเนินงานด้านสุขภาวะคนต่างด้าว/แรงงานต่างด้าว*. เอกสารนำเสนอในการประชุมสัมมนาพัฒนาระบบบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพคนต่างด้าว/แรงงานต่างด้าว. สืบค้นเมื่อ 4 กุมภาพันธ์ 2562 จาก http://fwf.cfo.in.th/Portals/0/big/1(2560).

พัชรี ประไพพิณ, วงศ์พันธ์ ลิมปเสนีย์, และชวนันท์ สุมนะเศรษฐกุล. (2561). การใช้บริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในกรุงเทพมหานคร:อกรณีศึกษาโรงพยาบาลวชิรพยาบาล. *เอกสารการประชุมวิชาการระดับชาติ ประจำปี 2561 มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช,* 89-100.

โมไนยพล รณเวช. (2561). *การประเมินผลโครงการประชาสัมพันธ์แรงงานต่างด้าว ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561*. สำนักงานศูนย์วิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. สืบค้นเมื่อ 4 กุมภาพันธ์ 2562 จาก http://repository.turac.tu.ac.th:8080/handle/6626133120/565.

รัชนุช ปัญญา, พวงเพ็ญ ชูรินทร์ และดาราวรรณ รองเมือง. (2558). การศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและโรคของแรงงานต่างด้าวในโรงพยาบาลเกาะพะงัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารบัณฑิตวิจัยมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่*, *6*(1), 109-118.

ศุภวรรธน์ เพิ่มผลสุข, ธนพร บุษบาวไล, ดนัย ชินคำ, มณีโชติรัตน์ สันธิ, ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ และพัทธรา ลีฬหวรงค์. (2561). การจัดลำดับความสำคัญภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อของคนต่างด้าวในประเทศไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข,* 12(4), 657-667.

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. การให้บริการสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าวที่เข้ามาใช้แรงงานทั้งที่ถูกต้องตามกฎหมายและลักลอบเข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย. (2562). สืบค้นเมื่อ 4 กุมภาพันธ์ 2562 จาก http://www.moph.go.th.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *สถานการณ์ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชากรต่างด้าว ใน 31 จังหวัดชายแดน ปีงบประมาณ 2558*. กรุงเทพฯ: กลุ่มพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ 3 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว. (2562). *ข้อมูลสถิติการทำงานของคนต่างด้าว*. สืบค้นเมื่อ 29 เมษายน 2562 จาก https://www.doe.go.th.

สุรัชนี เคนสุโพธิ์.(2560). การศึกษาสภาพการจ้างงาน ปัจจัยจูงใจส่งเสริม และกระบวนการเข้าสู่การจ้างงานแรงงานข้ามชาติของภาคธุรกิจอุตสาหกรรมการผลิตและบริการ ในจังหวัดอุดรธานีและหนองคาย. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, *8*(ฉบับพิเศษ), 36-58.

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสื่อสารเรื่องโรคโควิด-19 และการจัดการเรียนตามแนววิถีใหม่ของวิทยาลัย กับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษา วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก

Relationship between Perceptions of Communication Related to Covid-19 and New Normal Learning Management for Preventing Covid-19 Infection in Students at Kanchanabhishek Institute of Medical and Public Health Technology, Nonthaburi

สิริอร บัวระพา[1*] และ นภชา สิงห์วีรธรรม[1]

Siriorn Buarapa[1*] and Noppcha Singweratham[1]

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก[1*]

Kanchanabhishek Institute of Medical and Public Health Technology[1*]

(Received: *Augustr 28*, 2021; Revised: *December 19*, 2021; Accepted: *December 29*, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้เพื่อศึกษาระดับการรับรู้เกี่ยวกับการสื่อสารเรื่องโรคโควิด -19 และการจัดการเรียนตามแนววิถีใหม่ของนักศึกษา การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด -19 ของนักศึกษา และหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการสื่อสารเรื่องโรคโควิด -19 และการจัดการเรียนตามแนววิถีใหม่ของวิทยาลัย กับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด -19 ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก ที่กำลังศึกษาอยู่ภายในวิทยาลัย ในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2563 จำนวน 195 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ส่วนการรับรู้เกี่ยวกับการสื่อสารเรื่องโรคโควิด -19 =0.90 การรับรู้เกี่ยวกับการจัดการเรียนตามแนววิถีใหม่ของวิทยาลัย=0.943 และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด -19=0.925 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้เพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า

การรับรู้เกี่ยวกับการสื่อสารเรื่องโรคโควิด -19ของวิทยาลัย การรับรู้เกี่ยวกับการจัดการเรียนตามแนววิถีใหม่ของวิทยาลัย และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด -19 ของนักศึกษา อยู่ในระดับมาก (*M*=3.89, 3.62 และ 4.06 ตามลำดับ การรับรู้เกี่ยวกับการสื่อสารเรื่องโรคโควิด -19 และการรับรู้การจัดการเรียนตามแนววิถีใหม่ของวิทยาลัย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากและต่ำกับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด -19 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และ .001

ดังนั้นวิทยาลัยควรมีช่องทางในการสื่อสารแก่นักศึกษา ติดตามการปฏิบัติของนักศึกษาอย่างเคร่งครัด และกำหนดแนวทางติดตามการปฏิบัติของนักศึกษาเพื่อให้มีการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง รวมทั้งควรให้นักศึกษาติดตามความเคลื่อนไหวสถานการณ์โรคโควิด -19 อย่างต่อเนื่องทุกวัน

คำสำคัญ: การรับรู้, การปฏิบัติ โรคโควิด -19 ,การจัดการเรียนตามแนววิถีใหม่, นักศึกษา

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: siriorn@kmpht.go.th เบอร์โทรศัพท์ 0817685181)

Abstract

This exploratory research aimed to investigate: 1) levels of perceptions of communication related to Covid-19 and new normal learning management; 2) prevention behavior of Covid-19 level of students and; 3) relationship between perceptions of communication related to Covid-19 and also new normal learning management and prevention behavior of Covid-19 of students at Kanchanabhishek Institute of Medical and Public Health Technology. Participants were 195 different allied health major students who enrolled in the second semester for academic year 2020. Data were collected via self-constructed questionnaires with their Cronbach's Alpha Coefficient showing as the perceptions of communication related to Covid-19 section = 0.90, the perceptions of new normal learning management section = 0.943 and the prevention behavior of Covid-19 section = 0.925. Data were analyzed by descriptive statistics in terms of frequency, percentage, mean and standard deviation, and also Pearson's product moment correlation coefficient.

The results indicated that the levels of perceptions of communication related to Covid-19, new normal learning management, and prevention behavior of Covid-19 of students were at high levels (M= 3.89, 3.62 and 4.06 respectively). In addition, perceptions of communication related to Covid-19 and new normal learning management had their significant relation with prevention behavior of Covid-19 of students (p=0.05, .001).

The college should communicate and provide correct and proper knowledge of prevention practices for them. Additionally, the college should encourage students to keep up-to-date the situation of Covid-19 every day due to its displaying as the emerging infectious disease and easily infected with insufficient preventive measures despite not having its symptoms, and should communicate and provide knowledge of Covid-19 prevention behavior via medias for their students continuously.

Keyword: Perception, Prevention Behavior, Covid-19, New Normal Learning Management, Allied Health College Students

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่าสายพันธุ์ใหม่ 2019 หรือ โรคโควิด-19 (Coronavirus Disease 2019, COVID-19) เริ่มต้นขึ้นในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 โดยรายงานครั้งแรกที่มณฑลหูเป่ย สาธารณรัฐประชาชนจีน การแพร่ระบาดของโรคนี้ เกิดขึ้นอย่างกว้างขวางในหลายประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคโควิด -19 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ ในวันที่ 30 มกราคม 2563 และแนะนำให้ทุกประเทศให้เร่งรัดการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) โดยมีการแพร่กระจายเชื้อ ส่วนใหญ่แพร่กระจายผ่านการสัมผัสกับผู้ติดเชื้อผ่านทางละอองเสมหะจากการไอ น้ำมูก น้ำลาย ปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานสนับสนุนการแพร่กระจายเชื้อผ่านทางผิวสัมผัสที่มีไวรัสแล้วมาสัมผัส ปาก จมูก และตา (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ในส่วนของประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุข ประกาศให้โรคโควิด -19 เป็นโรคติดต่ออันตราย ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2563 (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ส่งผลให้จำเป็นต้องมีมาตรการในการป้องกันเพื่อลดการแพร่ระบาดของเชื้อ

สถานศึกษาเป็นสถานที่ชุมชนขนาดใหญ่ ที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการสัมผัสโรค ดังนั้น กระทรวงศึกษาธิการได้ ออกประกาศ เรื่อง ให้สถานศึกษาในสังกัดและในกำกับของกระทรวงศึกษาธิการปิดเรียนด้วยเหตุพิเศษ ณ 17 มีนาคม พ.ศ. 2563 โดยให้สถานศึกษาทุกแห่งของรัฐและเอกชน ทั้งในระบบและนอกระบบ ซึ่งอยู่ในสังกัดและในกำกับของกระทรวงศึกษาธิการ ปิดเรียนด้วยเหตุพิเศษ ตั้งแต่วันพุธที่ 18 มีนาคม 2563 เป็นต้นไป ให้ส่วนราชการต้นสังกัดกำหนดแนวทางแก้ปัญหา ทั้งนี้ ให้สถานศึกษาจัดให้มีการเรียนการสอนโดยไม่ต้องเข้าชั้นเรียน โดยปรับการเรียนการสอนเป็นทางออนไลน์ (กระทรวงศึกษาธิการ, 2563) และกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ได้ออกประกาศ เรื่อง มาตรการและการเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด -19 หรือโรคโควิด-19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) (ฉบับที่ 3) : การปฏิบัติการของสถาบันอุดมศึกษาเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ณ วันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2563 โดยประกาศให้สถาบันอุดมศึกษาได้ปรับเปลี่ยนรูปแบบการเรียนการสอนจากแบบปกติเป็นแบบออนไลน์โดยสมบูรณ์ครบทุกหลักสูตรภายในวันที่ 1 เมษายน 2563 (กระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม, 2563)

การระบาดของโควิด-19 ในประเทศไทย กลับมารุนแรงขึ้นหลังมีรายงานพบผู้ติดเชื้อในจังหวัดสมุทรสาคร ที่ตลาดกลางกุ้ง ซึ่งหลังจากเหตุการณ์นี้ทำให้กระทรวงสาธารณสุขได้เข้าตรวจเชิงรุก ข้อมูล ณ วันที่ 20 ธันวาคม 2563 พบผู้ติดเชื้อที่เป็นแรงงานต่างด้าว 516 ราย (ตลาดหุ้นไทย, 2564) สถานการณ์ได้กระจายไปยังจังหวัดอื่นที่เป็นคู่ค้าตลาดกลางกุ้ง ข้อมูล ณ 23 ธันวาคม 2563 พบ 23 จังหวัด และป่วยโควิด 65 คนกระจาย (Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ, 2564) หลังจากนั้น วันที่ 2 มกราคม พ.ศ. 2564 กระทรวงศึกษาธิการ จึงมีประกาศเรื่อง ให้สถานศึกษาในสังกัดและในกำกับของกระทรวงศึกษาธิการปิดเรียนด้วยเหตุพิเศษ โดยให้สถานศึกษาทุกแห่งของรัฐและเอกชน ทั้งในระบบและนอกระบบซึ่งอยู่ในสังกัดและในกำกับของกระทรวงศึกษาธิการในพื้นที่ควบคุมสูงสุด ตามที่ ศบค. กำหนด ใน 28 จังหวัด ปิดเรียนด้วยเหตุพิเศษ ตั้งแต่วันจันทร์ที่ 4 มกราคม 2564 (กระทรวงศึกษาธิการ, 2564) โดยจังหวัดนนทบุรี ซึ่งเป็น 1 ใน 28 จังหวัดควบคุมพิเศษ มีคำสั่งจังหวัดนนทบุรี ที่ 6/2564 เรื่องสั่งปิดสถานที่เป็นการชั่วคราว (ฉบับที่ 27) ณ วันที่ 3 มกราคม 2564 โดยมีเนื้อหาให้สถานศึกษาทุกระดับทั้งภาครัฐและเอกชนทั้งในระบบและนอกระบบ สถาบันกวดวิชา โรงเรียนสอนขับรถ โรงเรียนสอนวิชาชีพ โรงเรียนสอนทักษะกีฬา ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สถานรับเลี้ยงเด็กเอกชน ปิดจนถึง 31 มกราคม 2564 (จังหวัดนนทบุรี, 2564) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กำหนดมาตรการและแนวปฏิบัติในการเตรียมความพร้อมก่อนเปิดภาคเรียนและการรับมือ เพื่อป้องการแพรระบาดของโรคโควิด 19 และจัดทำคูมือการปฏิบัติสำหรับสถานศึกษาในการป้องกันการแพร ระบาดของโรคโควิด 19 ขึ้น เพื่อให้สถานศึกษาต่างๆ ใช้เป็นแนวทางในการกำหนดมาตรการในการป้องกันโรคโควิด-19 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ถึงอย่างไรก็ตามมาตรการป้องกันในสถานศึกษานั้นส่งผลต่อการการรับรู้ความรู้สึกนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ (ปิยะนันท์ บุญณะโยไทย, 2556) ที่อาจจะส่งผลต่อพฤติกรรมการแสดงออกตามการรับรู้ที่ได้รับ

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก เป็นวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ได้ออกประกาศ เรื่องมาตรการเตรียมความพร้อมการเปิดเรียนในสถานศึกษาเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 “ระลอกใหม่” โดยกำหนดให้มีการเปิดสถานศึกษาตั้งแต่วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2564 เป็นต้นไป และกำหนดมาตรการหลักในการเตรียมความพร้อมการเปิดการเรียนการสอน โดยวิทยาลัยจัดให้บุคลากร นักศึกษา และผู้เกี่ยวข้อง ได้ปฏิบัติตาม 6 มาตรการหลักของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก, 2564ก) โดยได้มีการเผยแพร่มาตรการไปยังบุคลากรและนักศึกษาหลายช่องทางเพื่อเน้นการรับรู้และการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง ทั้งนี้นักศึกษาของวิทยาลัย ร้อยละ 99 พักอยู่หอพักของวิทยาลัย ซึ่งหากมีการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องอาจมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสื่อสารเรื่องโรคโควิด -19 และการจัดการเรียนตามแนววิถีใหม่ของวิทยาลัย กับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษา วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก ต่อไป

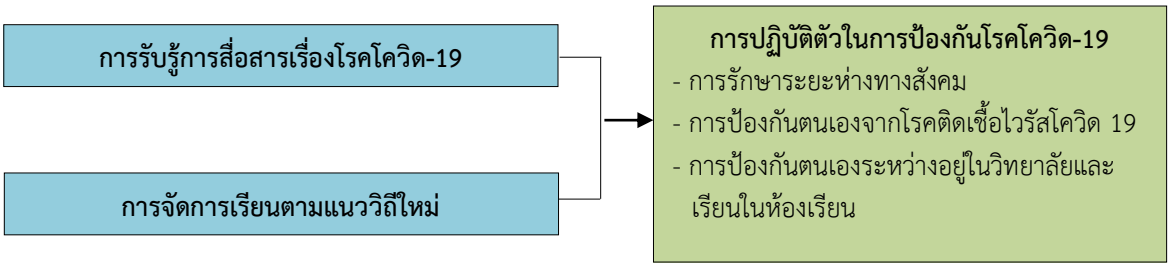
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้การสื่อสารเรื่องโรคโควิด-19 และการจัดการเรียนตามแนววิถีใหม่ของนักศึกษา วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก
2. เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสื่อสารและการจัดการเรียนตามแนววิถีใหม่ของวิทยาลัยกับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษา วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก

สมมติฐานการวิจัย

ระดับการรับรู้การสื่อสารเรื่องโรคโควิด-19 และการจัดการเรียนตามแนววิถีใหม่ของวิทยาลัย มีความสัมพันธ์กับระดับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด -19 ของนักศึกษา วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาหลักสูตรต่าง ๆ ที่กำลังศึกษาอยู่ภายในวิทยาลัย ในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2563 จำนวน 393 คน กำหนดขนาดตัวอย่าง โดยเปิดตารางกำหนดขนาดตัวอย่างของเครซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ระดับความเชื่อมั่น 95% ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 195 คน และสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ตามสัดส่วนของนักศึกษาแต่ละหลักสูตรในวิทยาลัย หลังจากนั้นจับฉลากรายชื่อนักศึกษาแต่ละหลักสูตรตามจำนวนขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ เพื่อส่งแบบสอบถามให้แก่นักศึกษาที่เป็นตัวอย่างต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองจากแนวความคิดทฤษฎีการรับรู้ การปฏิบัติตัว และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ หลักสูตรที่ศึกษา ชั้นปีที่ และการเป็นแกนนำสุขภาพนักศึกษา ซึ่งเป็นคำถามให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ด้วยข้อคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ จำนวน 4 ข้อ และปลายเปิดจำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามการรับรู้การสื่อสารเรื่องโรคโควิด-19 และการจัดการเรียนตามแนววิถีใหม่ของวิทยาลัย แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้การสื่อสารเรื่องโรคโควิด 19 และ 2) การจัดการเรียนตามแนววิถีใหม่ รวมทั้งสิ้น 18 ข้อ

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) การรักษาระยะห่างทางสังคม 2) การป้องกันตนเอง และ 3) การป้องกันตนเองระหว่างอยู่ในวิทยาลัยและเรียนในห้องเรียน รวมทั้งสิ้น 27 ข้อ

ซึ่งส่วนที่ 2 และ ส่วนที่ 3 ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยให้คะแนนรับรู้หรือปฏิบัติมากที่สุดให้ 5 คะแนน ถึงรับรู้หรือปฏิบัติน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน และแบ่งระดับการรับรู้การสื่อสารเรื่องโรคโควิด 19 และการจัดการเรียนตามแนววิถีใหม่ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด -19 เป็น 5 ระดับ ตามแนวคิดของ Best (1977) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง มีการรับรู้หรือการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับน้อยที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง มีการรับรู้หรือการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง มีการรับรู้หรือการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง มีการรับรู้หรือการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง มีการรับรู้หรือการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องที่ใช้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญ ด้านสาธารณสุข จำนวน 2 คน และด้านการวิจัย จำนวน 1 คน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1 ทุกข้อ จึงนำแบบสอบถามมาทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนการรับรู้การสื่อสารเรื่องโรคโควิด-19 เท่ากับ .90 การรับรู้เกี่ยวกับการจัดการเรียนตามแนววิถีใหม่ของวิทยาลัย เท่ากับ .943 และการปฏิบัติตัวในการป้องกัน โรคโควิด -19 เท่ากับ .925

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยขอจริยธรรมจากวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก จากนั้นส่งหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัยจากผู้อำนวยการวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษกไปยังภาควิชาต่าง ๆ และขอความร่วมมืออาจารย์ประจำชั้นช่วยแจกแบบสอบถามไปยังกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด จำนวน 195 ชุด โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดการวิจัยและขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการให้ข้อมูล และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม 15 นาที จึงจัดเก็บแบบสอบถามคืนได้รับแบบสอบถามคืนมา 195 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 หลังจากนั้นจึงแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้ค่าความถี่ และร้อยละ

2. วิเคราะห์การรับรู้การสื่อสาร และการจัดการเรียนตามแนววิถีใหม่ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 โดยใช้ค่าเฉลี่ย (*M*) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์การรับรู้การสื่อสาร และการจัดการเรียนตามแนววิถีใหม่ของวิทยาลัยกับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษา โดยการหาความสัมพันธ์ของเพียร์สัน(Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) กำหนดค่าระดับความสัมพันธ์ (Wiersma & Jurs, 2009) ดังนี้

ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.01-0.20 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก
ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.21-0.40 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.41 -0.60 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.61 -0.80 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูง
ค่าสหสัมพันธ์ (r) มากกว่า 0.80 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก

ทั้งนี้ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) โดยพิจารณาจาก กราฟ Normal Probability Plot พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในแนวเส้นตรง จึงว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติและมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2019)

จริยธรรมวิจัย

โครงร่างวิจัยผ่านการรับรองการพิจารณาโครงร่างวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก ในวันที่ 1 มีนาคม 2564 เอกสารรับรองเลขที่ KMPHT-64010001

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n=195)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	26	13.33
หญิง	169	86.77
2. อายุ		
18-20 ปี	164	84.10
21-23 ปี	25	12.82
24-26 ปี	5	2.57
27 ปีขึ้นไป	1	0.51
3. หลักสูตรที่ศึกษา		
การแพทย์แผนไทยบัณฑิต	55	28.20
วิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน	52	26.67
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาโสตทัศนศึกษาทางการแพทย์	45	23.08
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาเวชระเบียน	24	12.31
วิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชารังสีเทคนิค	19	9.74
4. ชั้นปีที่ศึกษา		
ชั้นปีที่ 1	140	71.80
ชั้นปีที่ 2	40	20.51
ชั้นปีที่ 3	15	7.69
5. การเป็นแกนนำสุขภาพนักศึกษา		
เป็นแกนนำสุขภาพ	15	7.69
ไม่ได้เป็นแกนนำสุขภาพ	180	92.31

จากตาราง 1 ผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.77 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 84.10 มีอายุ 18-20 ปี โดยศึกษาในหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 28.20 รองลงมา ร้อยละ 26.67 ศึกษาในหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน และศึกษาในหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชารังสีเทคนิค น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 9.74 ทั้งนี้กำลังศึกษาชั้นปีที่ 1 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 71.80 รองลงมา ศึกษาชั้นปีที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 20.5 และศึกษาชั้นปีที่ 3 น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 7.69 โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 92.31 ไม่ได้เป็นแกนนำสุขภาพ

2. การรับรู้การสื่อสารเรื่องโรคโควิด-19 ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก จำแนกตามระดับการรับรู้การสื่อสารเรื่องโรคโควิด-19

ระดับการรับรู้การสื่อสารเรื่องโรคโควิด-19	จำนวน	ร้อยละ
มากที่สุด (4.21-5.00 คะแนน)	47	24.10
มาก (3.41-4.20 คะแนน)	94	48.21
ปานกลาง (2.62-3.40 คะแนน)	43	22.05
น้อย (1.81-2.60 คะแนน)	7	3.59
น้อยที่สุด (1.00-1.80 คะแนน)	4	2.05
รวม	**195**	**100**

M=3.89 *SD*=0.88 *Min*=1.00 *Max*=5.00

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้เกี่ยวกับการสื่อสารเรื่องโรคโควิด-19 ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก จำแนกรายข้อ (n=195)

การรับรู้	*M*	*SD*	ระดับ
1. วิทยาลัยมีการสื่อสารและประชาสัมพันธขาวสารความรูโรคโควิด -19 เกี่ยวกับอาการของโรค คำแนะนำ การปฏิบัติตน เพื่อลดการเสี่ยงตอโรค แก่นักศึกษา ตอนเข้าแถวหน้าเสาธง	3.79	0.86	มาก
2. วิทยาลัยมีการสื่อสารและประชาสัมพันธขาวสารความรูโรคโควิด -19 เกี่ยวกับอาการของโรค คำแนะนำ การปฏิบัติตน เพื่อลดการเสี่ยงตอโรค แก่นักศึกษา ผ่านเวปไซต์วิทยาลัย	3.59	0.92	มาก
3. วิทยาลัยมีการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ความรูโรคโควิด -19 เกี่ยวกับอาการของโรค คำแนะนำ การปฏิบัติตน เพื่อลดการเสี่ยงตอโรค แก่นักศึกษาผ่านกลุ่มไลน์อาจารย์และนักศึกษาของวิทยาลัย	3.92	0.86	มาก
4. วิทยาลัยมีกาสื่อสารและประชาสัมพันธ์ความรูโรคโควิด -19 เกี่ยวกับอาการของโรค คำแนะนำ การปฏิบัติตน เพื่อลดการเสี่ยงตอโรค แก่นักศึกษาผ่านแกนนำสุขภาพของวิทยาลัย	3.51	0.91	มาก
รวม	**3.89**	**0.88**	**มาก**

จากตาราง 2 การรับรู้การสื่อสารเรื่องโรคโควิด-19 ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 48.21 (*M*=3.89, *SD*=0.88) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อวิทยาลัยมีการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ความรูโรคโควิด-19 เกี่ยวกับอาการของโรค คำแนะนำ การปฏิบัติตน เพื่อลดการเสี่ยงตอโรค แก่นักศึกษาผ่านกลุ่มไลน์อาจารย์และนักศึกษาของวิทยาลัย มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก (*M*=3.92, *SD*=0.86) รองลงมาคือ ข้อวิทยาลัยมีการสื่อสารและประชาสัมพันธขาวสารความรู้โรคโควิด-19 เกี่ยวกับอาการของโรค คำแนะนำ การปฏิบัติตน เพื่อลดการเสี่ยงตอโรค แก่นักศึกษา ตอนเข้าแถวหน้าเสาธง อยู่ในระดับมาก (*M*=3.79, *SD*=0.86) และข้อวิทยาลัยมีกาสื่อสารและประชาสัมพันธ์ความรูโรคโควิด-19 เกี่ยวกับอาการของโรค คำแนะนำ การปฏิบัติตน เพื่อลดการเสี่ยงตอโรคแก่นักศึกษาผ่านแกนนำสุขภาพของวิทยาลัย มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน (*M*=3.51, *SD*=0.91) (ตาราง 3)

3. ระดับการรับรู้การจัดการเรียนตามแนววิถีใหม่ของวิทยาลัย ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก จำแนกตามระดับการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการเรียนตามแนววิถีใหม่ของวิทยาลัย

ระดับการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการเรียนตามแนววิถีใหม่ของวิทยาลัย	จำนวน	ร้อยละ
มากที่สุด (4.21-5.00 คะแนน)	26	13.33
มาก (3.41-4.20 คะแนน)	95	48.72
ปานกลาง (2.62-3.40 คะแนน)	54	27.69
น้อย (1.81-2.60 คะแนน)	14	7.18
น้อยที่สุด (1.00-1.80 คะแนน)	6	3.08
รวม	**195**	**100**

M=3.62, *SD*=0.91, *Min*=1.00, *Max*=5.00

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการเรียนตามแนววิถีใหม่ของวิทยาลัย ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก จำแนกรายข้อ (n=195)

การรับรู้	*M*	*SD*	ระดับ
1. วิทยาลัยมีมาตรการคัดกรองวัดไขและอาการเสี่ยง กอนเข้าสถานศึกษา	3.97	0.89	มาก
2. วิทยาลัยมีมาตรการคัดกรองวัดไขและอาการเสี่ยงทุกวัน	4.20	0.85	มาก
3. วิทยาลัยมีแกนนำสุขภาพ	3.59	0.92	มาก
4. วิทยาลัยจัดโต๊ะ เก้าอี้หรือที่นั่ง ในห้องเรียนให้มีการเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล อย่างน้อย 1-2 เมตร	3.36	1.03	ปานกลาง
5. วิทยาลัยจัดโต๊ะ เก้าอี้หรือที่นั่ง ในห้องสมุดให้มีการเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล อย่างน้อย 1-2 เมตร และจัดทำสัญลักษณ์แสดงจุดตำแหน่งชัดเจน	3.60	0.98	มาก
6. วิทยาลัยจัดให้มีการเรียนเหลื่อมเวลา	3.39	0.88	ปานกลาง
7. วิทยาลัยจัดให้มีการเรียนกลุ่มย่อย	3.28	0.96	ปานกลาง
8. วิทยาลัยจัดให้มีเจลแอลกอฮอล์ใช้ทำความสะอาดมือสำหรับอาจารย์และนักศึกษาทุกชั้นเรียน	3.91	0.94	มาก
9. วิทยาลัยจัดให้มีแอลกอฮอล์ 70% และอุปกรณ์ทำความสะอาดพื้นผิวสัมผัส สำหรับอาจารย์และนักศึกษาทุกชั้นเรียน	3.79	0.94	มาก
10. วิทยาลัยกำหนดให้มีการทำความสะอาดโต๊ะ เก้าอี้ อุปกรณ์ จุดสัมผัสเสี่ยง และของใชรวมทุกวัน อยางนอยวันละ 2 ครั้ง	3.42	1.00	มาก
11. วิทยาลัยกำหนดให้มีการเรียนการสอนในห้องเรียน ไม่เกิน 2 ชั่วโมงติดต่อกัน	3.00	1.15	ปานกลาง
12. วิทยาลัยกำหนดให้เปิดประตู หน้าต่าง เพื่อระบายอากาศ และใช้เครื่องปรับอากาศติดต่อกันไม่เกิน 2 ชั่วโมงต่อครั้ง	2.94	1.10	ปานกลาง
13. วิทยาลัยมีการทำความสะอาดห้องน้ำส่วนกลาง วันละอย่างน้อย 2 ครั้ง	3.16	1.01	ปานกลาง
14. วิทยาลัยมีการทำความสะอาดพื้นที่ส่วนกลางทุกวัน	3.42	0.99	มาก
รวม	**3.62**	**0.91**	**มาก**

จากตาราง 4 ระดับการรับรู้การจัดการเรียนตามแนววิถีใหม่ของวิทยาลัย ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 48.72 (*M*=3.62, *SD*=0.91) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อวิทยาลัยมีมาตรการคัดกรองวัดไข้และอาการเสี่ยงทุกวัน มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก (*M*=4.20, *SD*=0.85) รองลงมาคือ ข้อวิทยาลัยมีมาตรการคัดกรองวัดไข้และอาการเสี่ยงกอนเข้าสถานศึกษา อยู่ในระดับมาก (*M*=3.97, *SD*=0.89) และข้อวิทยาลัยกำหนดให้เปิดประตู หน้าต่าง เพื่อระบายอากาศ และใช้เครื่องปรับอากาศติดต่อกันไม่เกิน 2 ชั่วโมงต่อครั้ง มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง (*M*=2.94, *SD*=1.10) (ตาราง 5)

4. ระดับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด -19 ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก จำแนกตามระดับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด -19

ระดับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด -19	จำนวน	ร้อยละ
มากที่สุด (4.21-5.00 คะแนน)	45	23.08
มาก (3.41-4.20 คะแนน)	120	61.54
ปานกลาง (2.62-3.40 คะแนน)	28	14.36
น้อย (1.81-2.60 คะแนน)	1	0.51
น้อยที่สุด (1.00-1.80 คะแนน)	1	0.51
รวม	**195**	**100**

M=4.06 *SD*=0.66 *Min*=1.00 *Max*=5.00

ตาราง 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด -19 ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก จำแนกรายด้าน (n=195)

การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด -19	*M*	*SD*	ระดับ
การรักษาระยะห่างทางสังคม	3.61	0.92	มาก
การป้องกันตนเอง	3.95	0.87	มาก
การป้องกันตนเองระหว่างอยู่ในวิทยาลัยและเรียนในห้องเรียน	3.94	0.89	มาก

ตาราง 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด -19 ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก ด้านการรักษาระยะห่างทางสังคม จำแนกรายข้อ (n=195)

การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด -19 ของนักศึกษา ด้านการรักษาระยะห่างทางสังคม	*M*	*SD*	ระดับ
1. ฉันยืน-นั่ง พูดคุย ห่างจากบุคคลอื่น 1- 2 เมตร	3.34	0.84	ปานกลาง
2. ฉันไม่สัมผัสมือ กอด กับเพื่อนหรือบุคคลรอบข้าง	3.49	0.98	มาก
3. ฉันหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารร่วมสำรับกับบุคคลอื่น	3.65	1.07	มาก
4. ฉันหลีกเลี่ยงการไปในสถานที่ที่มีบุคคลพลุกพล่านหรือแออัด	3.88	0.88	มาก
5. ฉันหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้เกิดความหนาแน่น เช่น เดินขึ้นบันไดแทนลิฟต์ที่มีคนมาก	3.45	0.86	มาก
6. ฉันใช้วิธีการติดต่อสื่อสารผ่านทางโทรศัพท์หรือสื่อสังคมออนไลน์แทนการไปพบปะ	3.86	0.87	มาก
รวม	**3.61**	**0.92**	**มาก**

ตาราง 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด -19 ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก ด้านการป้องกันตนเอง จำแนกรายข้อ (n=195)

การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด -19 ด้านการป้องกันตนเอง	*M*	*SD*	ระดับ
1. ฉันล้างมืออย่างถูกวิธี ตาม 7 ขั้นตอนการล้างมือ	3.67	0.87	มาก
2 ฉันล้างมือด้วยสบู่และน้ำ หรือฟอกมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ หลังหยิบจับหรือสัมผัสสิ่งของที่ใช้ร่วมกัน	3.94	0.82	มาก
3. ฉันล้างมือด้วยสบู่และน้ำ หรือฟอกมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ หลังปฏิบัติกิจส่วนตัวในห้องน้ำ	4.12	0.82	มาก
4. ฉันล้างมือด้วยสบู่และน้ำ หรือฟอกมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ ก่อนรับประทานอาหารหรือหยิบจับอาหารใส่ปาก	3.86	0.82	มาก
5. ฉันไม่นำมือตนเองสัมผัสบริเวณใบหน้า ป้ายตา จมูก หรือปาก หากยังไม่ล้างมือ	3.60	0.83	มาก
6. ฉันไม่ใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น เช่น ผ้าเช็ดหน้า แก้วน้ำ หมวกกันน็อค	4.33	0.90	มากที่สุด
7. ฉันใช้ช้อนกลางประจำตัวเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น	3.99	1.00	มาก
8. ฉันรับประทานอาหารที่เพิ่งปรุงสุกใหม่ ๆ ด้วยความร้อน (กินร้อน)	4.08	0.83	มาก
9. ฉันเลือกรับประทานอาหารที่ปรุงถูกสุขลักษณะเท่านั้น	4.16	0.78	มาก
10. ฉันออกจากบ้านและวิทยาลัยเท่าที่จำเป็น	4.22	0.79	มากที่สุด
11. ฉันใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าทุกครั้งเมื่อต้องออกไปข้างนอกหรืออยู่ร่วมกับบุคคลอื่น	4.47	0.76	มากที่สุด
12. ฉันเปลี่ยนเสื้อผ้าและอาบน้ำทันทีหลังกลับเข้าบ้านหรือหอพัก	3.76	0.90	มาก
13. ฉันออกกำลังกายมากกว่า 3-4 ครั้ง ครั้งละไม่น้อยกว่า 30 นาทีต่อสัปดาห์	2.88	1.16	ปานกลาง
14. หากฉันมีอาการไข้ ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ หายใจลำบาก เหนื่อยหอบ ไม่ได้กลิ่น ไม่รู้รส รีบแจ้งอาจารย์ที่ปรึกษาหรือผู้ปกครองให้พาไปพบแพทย์ทันที	4.16	0.91	มาก
รวม	**3.95**	**0.87**	**มาก**

ตาราง 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด -19 ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก ด้านการป้องกันตนเองระหว่างอยู่ในวิทยาลัยและเรียนในห้องเรียน จำแนกรายข้อ (n=195)

การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด -19 ด้านการป้องกันตนเอง ระหว่างอยู่ในวิทยาลัยและเรียนในห้องเรียน	*M*	SD	ระดับ
1. ฉันวัดไข้ก่อนเข้าเรียน	4.42	0.84	มากที่สุด
2. ฉันรายงานอุณหภูมิร่างกาย การเจ็บป่วย และสถานที่ที่เคยไป ในแบบฟอร์มการคัดกรองโรครายวันที่วิทยาลัยกำหนด	4.50	0.72	มากที่สุด
3. ฉันใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลา	4.26	0.75	มากที่สุด
4. ก่อนเข้าห้องเรียนฉันล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์	3.81	0.90	มาก
5. ห้องเรียนของฉันจัดให้มีการเว้นระยะห่างในการนั่งเรียน 1-2 เมตร	3.56	1.05	มาก
6. ฉันทำความสะอาดโต๊ะเรียน และพื้นผิวสัมผัสที่มีการใช้ร่วมกันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	3.38	1.06	ปานกลาง
7. ฉันลดเวลาในการทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนหรือบุคคลอื่น	3.64	0.94	มาก
รวม	**3.94**	**0.89**	**มาก**

จากตาราง 6 ระดับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด -19 ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 61.54 (*M*=4.06, *SD*=0.66) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการป้องกันตนเอง มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก (*M*=3.95, *SD*=0.87) รองลงมาคือ ด้านการป้องกันตนเองระหว่างอยู่ในวิทยาลัยและเรียนในห้องเรียน อยู่ในระดับมาก (*M*=3.94, *SD*=0.89) และด้านการรักษาระยะห่างทางสังคม มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน (*M* =3.61, *SD*=0.92) (ตาราง 7) เมื่อพิจารณารายข้อ ด้านการปฏิบัติรักษาระยะห่างทางสังคม พบว่า ข้อฉันหลีกเลี่ยงการไปในสถานที่ที่มีบุคคลพลุกพล่านหรือแออัด มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก (*M*=3.88, *SD*=0.88) รองลงมาคือ ข้อฉันใช้วิธีการติดต่อสื่อสารผ่านทางโทรศัพท์หรือสื่อสังคมออนไลน์แทนการไปพบปะ อยู่ในระดับมาก (*M*=3.86, *SD*=0.87) และข้อฉันยืน-นั่ง พูดคุย ห่างจากบุคคลอื่น 1- 2 เมตร มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง (*M* =3.34, *SD*=0.84) (ตาราง 8) ด้านการป้องกันตนเอง พบว่า ข้อฉันใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าทุกครั้งเมื่อต้องออกไปข้างนอกหรืออยู่ร่วมกับบุคคลอื่น มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมากที่สุด (*M*=4.47, *SD*=0.76) รองลงมาคือ ข้อฉันออกจากบ้านและวิทยาลัยเท่าที่จำเป็นอยู่ในระดับมากที่สุด (*M*=4.22, *SD*=0.79) และข้อฉันออกกำลังกายมากกว่า 3-4 ครั้ง ครั้งละไม่น้อยกว่า 30 นาทีต่อสัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง (*M*=2.88, *SD*=1.16) (ตาราง 9) ด้านการป้องกันตนเองระหว่างอยู่ในวิทยาลัยและเรียนในห้องเรียน พบว่า ข้อฉันรายงานอุณหภูมิร่างกาย การเจ็บป่วย และสถานที่ที่เคยไป ในแบบฟอร์มการคัดกรองโรครายวันที่วิทยาลัยกำหนด มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมากที่สุด (*M*=4.50, *SD*=0.72) รองลงมาคือ ข้อฉันวัดไข้ก่อนเข้าเรียน อยู่ในระดับมากที่สุด (*M*=4.42, *SD*=0.84) และข้อฉันทำความสะอาดโต๊ะเรียน และพื้นผิวสัมผัสที่มีการใช้ร่วมกันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดอยู่ในระดับปานกลาง (*M*=3.38, *SD*=1.06) (ตาราง 10)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสื่อสารเรื่องโรคโควิด -19 และการจัดการเรียนตามแนววิถีใหม่ของวิทยาลัย กับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด -19 ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก

ตาราง 11 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสื่อสารเรื่องโรคโควิด -19 และการจัดการเรียนตามแนววิถีใหม่ของวิทยาลัย กับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด -19 ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก

ตัวแปร	**การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด -19 ของนักศึกษา**	
	r	*p-value*
การรับรู้การสื่อสารเรื่องโรคโควิด -19 ของนักศึกษา	0.166*	0.020
การรับรู้การจัดการเรียนตามแนววิถีใหม่ของวิทยาลัยของนักศึกษา	0.322*	<.001

จากตาราง 11 พบว่า การรับรู้การสื่อสารเรื่องโรคโควิด -19 ของนักศึกษา และการรับรู้การจัดการเรียนตามแนววิถีใหม่ของวิทยาลัย ของนักศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากและต่ำกับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด -19 ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และ .001

อภิปรายผล

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก เป็นวิทยาลัยสังกัดคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งปัจจุบันจัดการเรียนการสอนทางด้านสาธารณสุข แก่นักศึกษาทั้งหมด 5 หลักสูตร ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสื่อสารเรื่อง

โรคโควิด -19 และการจัดการเรียนตามแนววิถีใหม่ของวิทยาลัย กับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด -19 ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก ที่พบว่า การรับรู้การสื่อสารเรื่องโรคโควิด -19 ของนักศึกษา อยู่ในระดับมาก และการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการเรียนตามแนววิถีใหม่ของวิทยาลัยของนักศึกษา อยู่ในระดับมากเช่นเดียวกันนั้น แสดงให้เห็นว่า นักศึกษาวิทยาลัย มีความสนใจ เลือกรับสิ่งเร้าและเปิดรับข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ และมีการติดเชื้อกระจายเป็นวงกว้างทั่วโลก ทำให้ต้องมีการเปลี่ยนแปลงในหลายๆ ส่วนเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อโรคขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของนภชา สิงห์วีรธรรม, วัชรพล วิวรรศน์ เถาว์พันธ์, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, เฉลิมชัย เพาะบุญ และสุทธิศักดิ์ สุริรักษ์ (2563) ที่ศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด -19 (COVID-19) ของทันตาภิบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการปฏิบัติงานและการรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19 ของทันตาภิบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข อยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนการรับรู้ของหน่วยงานต่อการดำเนินงานควบคุมโรคอยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของกิตติพร เนาว์สุวรรณ, นภชา สิงห์วีธรรม และนวพร ดำแสงสวัสดิ์ (2563) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด -19 ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย ซึ่งพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด -19 ของ อสม. อยู่ในระดับมากที่สุด

อีกทั้งในการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด -19 ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก อยู่ในระดับมาก และหากพิจารณารายด้าน พบว่า ทั้งด้านการป้องกันตนเอง การป้องกันตนเองระหว่างอยู่ในวิทยาลัยและเรียนในห้องเรียน และการรักษาระยะห่างทางสังคม ทุกด้านมีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของนภชา สิงห์วีรธรรม, วัชรพล วิวรรศน์ เถาว์พันธ์, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, เฉลิมชัย เพาะบุญ และสุทธิศักดิ์ สุริรักษ์ (2563) ที่ศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด -19 (COVID-19) ของทันตาภิบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งพบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด -19 ของทันตาภิบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ปฏิบัติมากที่สุด คือการสวมหน้ากากอนามัย (Surgical Mask) หรือหน้ากากผ้าเมื่อออกจากบ้าน ร้อยละ 98.7 พฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือ การรับประทานวิตามินและแร่ธาตุสำเร็จรูปเป็นประจำเพื่อสร้างภูมิต้านทาน ร้อยละ 54.8 ซึ่งหากมีการปฏิบัติตัวที่ดี รักษาระยะห่าง สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า หลีกเลี่ยงที่แออัด ล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์บ่อย ๆ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และปฏิบัติตามแนวทางที่วิทยาลัยกำหนด ก็จะทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 น้อยลง

เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด -19 พบว่า การรับรู้การสื่อสารเรื่องโรคโควิด -19 ของนักศึกษา และการรับรู้การจัดการเรียนตามแนววิถีใหม่ของวิทยาลัย ของนักศึกษา มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด -19 ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของนภชา สิงห์วีรธรรม, วัชรพล วิวรรศน์ เถาว์พันธ์, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, เฉลิมชัย เพาะบุญ และสุทธิศักดิ์ สุริรักษ์ (2563) ที่ศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด -19 (COVID-19) ของทันตาภิบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งพบว่า การรับรู้มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ของทันตาภิบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิรินภา พูลเกษม (2554) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางเพศสัมพันธ์ กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ของนักศึกษาวิทยาลัยนครราชสีมา ที่พบว่าความรู้เรื่องโรคเอดส์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของนักศึกษาวิทยาลัยนครราชสีมาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<.01$

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากการศึกษาที่พบว่านักศึกษายังมีการปฏิบัติตัวในบางเรื่อง ที่อาจก่อเกิดให้มีการ ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น การไม่นำมือตนเองสัมผัสบริเวณใบหน้า ป้ายตา จมูก หรือปาก หากยังไม่ล้างมือ หรือการทำ

ความสะอาดโต๊ะเรียน และพื้นผิวสัมผัสที่มีการใช้ร่วมกันบ่อย ๆ ควรมีการให้สื่อสารและให้ความรู้ให้การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องแก่นักศึกษา

2. จากการศึกษาที่พบว่านักศึกษารับรู้ในบางประเด็นที่เป็นเรื่องสำคัญที่จะก่อให้เกิดการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ขึ้นได้อยู่ในระดับปานกลาง เช่น เปิดประตู หน้าต่าง เพื่อระบายอากาศ และใช้เครื่องปรับอากาศติดต่อกันไม่เกิน 2 ชั่วโมงต่อครั้ง หรือวิทยาลัยกำหนดให้มีการเรียนการสอนในห้องเรียน ไม่เกิน 2 ชั่วโมงติดต่อกัน ดังนั้นวิทยาลัยควรมีช่องทางในการสื่อสารแก่นักศึกษา และติดตามการปฏิบัติของนักศึกษาอย่างเคร่งครัด

3. วิทยาลัยควรให้นักศึกษาติดตามความเคลื่อนไหวสถานการณ์โรคโควิด -19 อย่างต่อเนื่องทุกวัน เนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ และมีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว ถึงแม้ไม่แสดงอาการของโรคก็สามารถจะแพร่เชื้อจากคนหนึ่งไปยังอีกคนได้

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรมีการศึกษาการปฏิบัติตัวของนักศึกษาในการเรียนภายใต้ความปกติใหม่

2. ควรมีการศึกษาการป้องกันตัวเองจากโรคโควิด -19 ในฝึกปฏิบัติงานในแหล่งฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษา

3. ควรมีการศึกษาการบริหารจัดการการศึกษาของวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์ และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก ที่สอดคล้องกับความปกติใหม่

รายการอ้างอิง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *คู่มือการปฏิบัติสำหรับสถานศึกษาในการป้องกันการแพรระบาดของโรคโควิด 19*. นนทบุรี: บริษัท คิว แอดเวอรไทซิ่ง จำกัด.

กระทรวงศึกษาธิการ. (2564). *ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง ให้สถานศึกษาในสังกัดและในกำกับของกระทรวงศึกษาธิการปิดเรียนด้วยเหตุพิเศษ.* สืบค้นจาก https://moe360.blog/2020/03/17/ศธ-สั่งสถานศึกษาทั่วประ/

กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุข เพื่อการจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด-19 ในข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณฉุกเฉิน พ.ศ.2548 (ฉบับที่ 1)*. นนทบุรี: กระทรวง.

กระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม. (2563). *ประกาศกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม เรื่อง มาตรการและการเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด -19 หรือโรคโควิด-19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) (ฉบับที่ 3) : การปฏิบัติการของสถาบันอุดมศึกษาเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19*. สืบค้นจาก https://www.ops.go.th/main/images/2563/muaAdmin/corona/COVID_3.pdf

กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *แนวทางการดำเนินการเรื่อง โรคโควิด -19 สำหรับสถานประกอบการ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นภชา สิงห์วีธรรม และนวพร ดำแสงสวัสดิ์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด -19 ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร, 14*(2), 92-103.

จังหวัดนนทบุรี. (2564). *คำสั่งจังหวัดนนทบุรี ที่ 6/2564 เรื่องสั่งปิดสถานที่เป็นการชั่วคราว (ฉบับที่ 27)*. สืบค้นจาก http://www.nonthaburi.go.th/covid19/covid_order_no27.pdf

ตลาดหุ้นไทย. (2564). *โควิด-19 ในประเทศครั้งใหม่ อาจกระทบต่อตลาดหุ้นไทยไม่รุนแรงเท่าครั้งก่อน*. สืบค้นจาก https://thestandard.co/market-focus-thai-stock-market-2/

นภชา สิงห์วีรธรรม, วัชรพล วิวรรศน์ เถาว์พันธ์, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, เฉลิมชัย เพาะบุญ และสุทธิศักดิ์ สุริรักษ์. (2563). การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด -19 (COVID-19) ของทันตาภิบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร, 14*(2), 104-115.

ปิยะนันท์ ยุญณะโยไทย. (2556). *การรับรู้ และทัศนคติ ของผู้บริโภคต่อสื่อกิจกรรมการพัฒนาอย่างยั่งยืน ของบริษัท ปูนซิเมนต์ไทย จำกัด (มหาชน)*. วิทยานิพนธ์ปริญญานิเทศศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชานิเทศศาสตร์สื่อสารการตลาด). กรุงเทพฯ: คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์.

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก. (2564ก). *ประกาศวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก เรื่องมาตรการเตรียมความพร้อมการเปิดเรียนในสถานศึกษาเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 “ระลอกใหม่”*. สืบค้นจาก http://www.kmpht.ac.th/kmphtadmin/web/uploads/pubrelate/7cee869f4a11bbad78b21861c69afa81.pdf

ศิรินภา พูลเกษม. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางเพศสัมพันธ์ กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ของนักศึกษาวิทยาลัยนครราชสีมา. *วารสานวิทยาลัยนครราชสีมา*, *5*(2), 37-42.

Best, J.W. (1977). *Research in Education* (3 rd ed). New Jersey: Prentice hall Inc.

Hair, F.J., Black, C.W., Babin, J.B., & Anderson, E.R. (2019). *Multivariate Data Analysis. (8th ed).* New Jersey: Pearson Education.

Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. (2564). *ฉากทัศน์การระบาดโควิดสมุทรสาคร*. สืบค้นจาก https://www.hfocus.org/content/2020/12/20685

Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement, 30*(3), 607–610.

Wiersma, W. & G. Jurs, S. (2009). *Research Method in Education an Introduction. (9th ed).* Massachusetts: Pearson .

การศึกษาและการพัฒนามาตรฐานวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน

Study and Development for Professional Standard of Community Public Health

ปริญญา จิตอร่าม [1] ทรงพล ต่อนี [2] วรางคณา จันทร์คง [3*] พิทยา ศรีเมือง [4] และจิรนันท์ ตุลชาติ [5]

Parinya Jitaram [1] Songpol Tornee [2] Warangkana Chankong[3] Phitthaya Srimuang[4] and Jiranan Tullachat[5]

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี [1,5] มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ[2] มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช[3] วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น [4]

Sirindhorn College of Public Health Suphanburi [1,5] Srinakharinwirot University [2] Sokhothai Thammathirat Open University [3*] Sirindhorn College of Public Health KhonKaen [4]

(Received: *October 23*, 2021; Revised: *December 21*, 2021; Accepted: *December 31*, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาองค์ประกอบของมาตรฐานวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน 4 มาตรฐาน ประกอบด้วย 1) มาตรฐานด้านความรู้ 2) มาตรฐานด้านการปฏิบัติ 3) มาตรฐานด้านทักษะ และ 4) มาตรฐานด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ และ (2) ศึกษาความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างขององค์ประกอบของมาตรฐานวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนในแต่ละมาตรฐาน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากสมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชนที่ปฏิบัติงานในชุมชน จำนวน 2,760 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ และในส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการทำประชาพิจารณ์ความคิดเห็นจากสมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างในจังหวัดสงขลา และจังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัย พบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่งแบบสอบถามกลับคืนมาจำนวน 2,272 คน จากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 29.53 ปฏิบัติที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 67.47 มีอายุระหว่า 31-40 ปี ร้อยละ 36.27 องค์ประกอบเชิงสำรวจและการศึกษาความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างองค์ประกอบในแต่ละมาตรฐานวิชาชีพ พบว่า 1) มาตรฐานด้านความรู้ ประกอบด้วย 6 กลุ่มความรู้ คือ 1.1) กลุ่มส่งเสริมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ 27 ตัวบ่งชี้ 1.2) กลุ่มอนามัยชุมชน แบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบ 18 ตัวบ่งชี้ 1.3) กลุ่มป้องกันโรค ควบคุมโรค ระบาดวิทยา สถิติและการวิจัยทางด้านสาธารณสุข แบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ 20 ตัวบ่งชี้ 1.4) กลุ่มตรวจประเมินบำบัดโรคเบื้องต้น ดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพและการส่งต่อ แบ่งออกเป็น 5 องค์ประกอบ 31 ตัวบ่งชี้ 1.5) กลุ่มอาชีวอนามัย และกลุ่มอนามัยสิ่งแวดล้อม แบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบ 22 ตัวบ่งชี้ และ 1.6) กลุ่มบริหารสาธารณสุขและกฎหมายสาธารณสุข แบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ 32 ตัวบ่งชี้ 2) มาตรฐานด้านการปฏิบัติ แบ่งออกเป็น 6 องค์ประกอบ 75 ตัวบ่งชี้ 3) มาตรฐานด้านทักษะ แบ่งออกเป็น 5 องค์ประกอบ 49 ตัวบ่งชี้ และ 4) มาตรฐานด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ แบ่งออกเป็น 6 องค์ประกอบ 55 ตัวบ่งชี้

คำสำคัญ: การศึกษาและการพัฒนา, มาตรฐานวิชาชีพ, การสาธารณสุขชุมชน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: warangstou@gmailcom เบอร์โทรศัพท์ 08-1694-3443)

Abstract

This mixed methods study aimed to: (1) explore the elements of professional standard of community public health which included four elements: 1) standard of knowledge; 2) standard of practices; 3) standard of skills; and 4) standard of professional ethics; and (2) study the structural relations with professional standard in each element. Quantitative data were collected from 2,760 community public health professionals and analyzed by Exploratory Factor Analysis. Qualitative data were collected via public hearing from community public health professionals and relevant persons in Songkhla and Khonkaen provinces in order to investigate the structural relations with professional standards.

The results revealed that the participants, who took part in the survey phase, were 2,272 persons. The majority of them lived in the northeast (29.53%), worked at health promoting hospitals (67.47%) and had their ages between 31 and 40 years old (36.27%). From the analysis of the exploratory factors and the structural relations with professional standards, there were crucial four standards: 1. Standard of knowledge: this standard included six groups; 1) health promotion having three elements and 27 indicators; 2) community health having four elements and 18 indicators; 3) disease prevention and control, epidemiology, statistics and public health research having three elements and 20 indicators; 4) primary treatment, rehabilitation and referral system having five elements and 31 indicators; 5) occupational health and sanitation having two elements and 22 indicators; and 6) health administration and public health laws having three elements and 32 indicators; 2. Standard of practices: this standard covered six elements and 75 indicators; 3. Standard of skills: this standard involved five elements and 49 indicators; and 4. Standard of professional ethics: this standard included six elements and 55 indicators.

Keywords: Study and Development, Professional Standard, Community Public Health

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 (ราชกิจจานุเบกษา: 2556) บัญญัติไว้ว่า “วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน” คือ วิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์และสิ่งแวดล้อมในชุมชนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การควบคุมโรค การตรวจประเมินและการบำบัดโรคเบื้องต้น การดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย การฟื้นฟูสภาพ การอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้เพื่อลดความเสี่ยง จากการเจ็บป่วยในชุมชน โดยนำหลักวิทยาศาสตร์มาประยุกต์ใช้แต่ไม่รวมถึงการประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะหรือการประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และการสาธารณสุขอื่นตามกฎหมายว่าด้วยการนั้นและได้กำหนดรูปแบบการประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ไว้ว่าเป็นการกระทำการสาธารณสุขต่อบุคคลครอบครัว ชุมชนและอนามัยสิ่งแวดล้อม ดังนี้ 1) การส่งเสริมการเรียนรู้ การแนะนำและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

การป้องกันโรค การควบคุมโรค การบำบัดโรคเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ ต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชนโดยการผสมผสานต่อเนื่อง และเชื่อมโยงเป็นองค์รวม 2) การประยุกต์หลักวิทยาศาสตร์ โดยการกระทำด้านการอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อการควบคุมป้องกันปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค และลดความเสี่ยง การเจ็บป่วยต่อบุคคล ครอบครัวและชุมชน 3) การตรวจประเมินและการบำบัดโรคเบื้องต้น การดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และการวางแผนครอบครัวตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด และ 4) การตรวจประเมินอาการเจ็บป่วยและการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อการส่งต่อตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด จากคำจำกัดความตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 (ราชกิจจานุเบกษา: 2561) ซึ่งเป็นกฎหมายที่บังคับใช้คุ้มครองประชาชนให้ได้รับบริการที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขชุมชน โดยผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 ที่กำหนดไว้ใน มาตรา 6 (1) (2) ที่ระบุว่าสภาการสาธารณสุขชุมชนมีวัตถุประสงค์ 1) ส่งเสริมการศึกษา การวิจัย และการประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน 2) ควบคุม กำกับ ดูแล และกำหนดมาตรฐานการให้บริการของผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน และ ในมาตรา 1 (1) (2) ซึ่งมีผลกระทบต่อประชาชนโดยตรงจากผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน และในหมวด 5 การควบคุมการประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน มาตรา 30 ผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนต้องประกอบวิชาชีพภายใต้บังคับแห่งข้อจำกัดและเงื่อนไข และต้องประพฤติให้เป็นไปตามจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับสภาการสาธารณสุขชุมชนและได้ประกาศไว้ในราชกิจจานุเบกษา เรื่อง ข้อบังคับสภาการสาธารณสุขชุมชน (ราชกิจจานุเบกษา: 2561) ว่าด้วยจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพการสาธารณสุข พ.ศ. 2561

เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลและได้รับบริการที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขชุมชนที่มีคุณภาพได้มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนจึงจำเป็นจะต้องมีความรู้ ความสามารถ ทักษะ การปฏิบัติที่ถูกต้องตามมาตรฐานที่เกี่ยวกับวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนซึ่งประกอบด้วยมาตรฐานทั้งหมด 4 มาตรฐานโดยในมาตรฐานด้านความรู้จะมีองค์ประกอบย่อย อีก 5 กลุ่ม ดังนี้ 1) มาตรฐานด้านความรู้วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนซึ่งประกอบด้วยองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน คือ 1.1) กลุ่มการส่งเสริมสุขภาพและกลุ่มอนามัยชุมชน 1.2) กลุ่มป้องกันโรค ควบคุมโรค ระบาดวิทยา สถิติและการวิจัยทางด้านสาธารณสุข 1.3) กลุ่มตรวจประเมินบำบัดโรคเบื้องต้น ดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพและการส่งต่อ 1.4) กลุ่มอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม และ 1.5) กลุ่มบริหารสาธารณสุข กฎหมายสาธารณสุข 2) มาตรฐานการปฏิบัติ 3) มาตรฐานด้านทักษะ และ 4) มาตรฐานด้านจรรยาบรรณ ซึ่งเป็นกรอบสำคัญที่ทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพสามารถดำเนินกิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพได้เป็นแนวเดียวกัน และใช้ในการควบคุม กำกับและดูแล ผู้ประกอบวิชาชีพให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีมาตรฐานด้วยเช่นกัน และเนื่องจากมาตรฐานวิชาชีพดังกล่าวความเกี่ยวข้องและเกี่ยวเนื่องกัน การวิเคราะห์เพื่อให้ทราบถึงความสัมพันธ์ และความสำคัญขององค์ประกอบแต่ละองค์ประกอบในแต่ละมาตรฐานจึงมีความสำคัญและจำเป็นยิ่ง ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่ความเข้าใจในมาตรฐานวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนในแต่ละมาตรฐานอย่างลึกซึ้งยิ่งขึ้น เพื่อจะได้นำผลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนให้สามารถปฏิบัติงาน ดำรงตนที่เป็นไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ดังนั้นสภาการสาธารณสุขชมชนจึงได้ดำเนินการโครงการวิจัยการศึกษาและการพัฒนามาตรฐานวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาองค์ประกอบของมาตรฐานวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างขององค์ประกอบในแต่ละมาตรฐานวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัย แบบผสมผสาน (Mixed Methods) โดยเริ่มจากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อศึกษาร่างมาตรฐานวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนหลังจากนั้นยืนยันรูปแบบโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 2 ระยะ

ระยะที่ 1 ศึกษาองค์ประกอบของมาตรฐานวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชนที่ปฏิบัติงานในชุมชน จำนวน 34,359 คน (ข้อมูลจากงานทะเบียนสมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชน เมื่อธันวาคม พ.ศ. 2561) กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) เป็นสมาชิกสภาวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน 2) ทำงานเกี่ยวกับด้านสาธารณสุขในชุมชน และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามที่ส่งคืนมาครบ

กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชนที่ปฏิบัติงานในชุมชน จำนวน 1,840 คน การกำหนดขนาดตัวอย่างใช้แนวคิดของแฮร์และคณะ (Hair et.al., 2010) ในการวิเคราะห์องค์ประกอบต้องกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างไม่ต่ำกว่า 100 และอัตราส่วนระหว่าง หน่วยตัวอย่างและจำนวนพารามิเตอร์หรือตัวแปรควรจะเป็น 20 : 1 ดังนั้นงานวิจัยนี้มีร่างมาตรฐานวิชาชีพ 4 มาตรฐาน คือ 1) มาตรฐานด้านความรู้ จำนวน 17 ตัวแปร 2) มาตรฐานด้านการปฏิบัติ จำนวน 9 ตัวแปร 3) มาตรฐานด้านทักษะ จำนวน 11 ตัวแปร และ 4) มาตรฐานด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ จำนวน 55 ตัวแปร รวม 92 พารามิเตอร์ ขนาดตัวอย่างที่กำหนด จึงเท่ากับ 1,840 คน

การเลือกตัวอย่าง จำแนกออกเป็น 4 ภูมิภาค เพื่อให้ได้ความคิดเห็นในระดับประเทศ กำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างตามภูมิภาคละเท่าๆ กัน จำนวนภูมิภาคละ 460 คน ทดแทนการสูญหายโดยเพิ่มการเก็บข้อมูลอีกร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณจากสัดส่วน เพิ่มอีกภูมิภาคละ 230 ชุด รวม 920 ชุด แต่ละภูมิภาครวมทั้งสิ้นเป็น 2,760 ชุด และสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ได้รับกลับคืน 2,272 ชุด คิดเป็นร้อยละ 82.25 ซึ่งเกินจากจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด คิดเป็น 1.236 เท่า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวมรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม จำนวน 4 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 แบบสำรวจน้ำหนักความสำคัญของมาตรฐานความรู้วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ชุดที่ 2 แบบสำรวจน้ำหนักความสำคัญของมาตรฐานด้านทักษะและประสบการณ์วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ชุดที่ 3 แบบสำรวจน้ำหนักความสำคัญของมาตรฐานการปฏิบัติในวิชาชีพของนักสาธารณสุข และชุดที่ 4 แบบสำรวจน้ำหนักความสำคัญของจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน เครื่องมือในการวิจัยทั้ง 4 ชุด มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัยนี้โดยการพิจารณาความสอดคล้องในการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คนที่มีความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขซึ่งได้ค่าคะแนนดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.8 - 1.0 หลังจากนั้นนำไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น อยู่ระหว่าง 0.958 - 0.995

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานได้แก่ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis : EFA) ด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal Component Analysis) และหมุนแกนองค์ประกอบแบบตั้งฉาก (Orthogonal Rotation) ด้วยวิธีแวริแมกซ์ (Varimax Rotation) โดยกำหนดเกณฑ์การพิจารณาต้องมีค่า Eigen Value ≥ 1.00 และค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) นั้นเป็นไป

ตามแนวคิดของ Hair, et. al. (2010) ที่เสนอแนวคิดว่าต้องมีค่าน้ำหนักตั้งแต่ 0.30 ขึ้นไป และเลือกองค์ประกอบที่มีค่า Factor Loading สูงที่สุดให้อยู่ในองค์ประกอบนั้นๆ

ระยะที่ 2 ศึกษาความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างขององค์ประกอบในแต่ละมาตรฐานวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนในแต่ละมาตรฐาน ทั้ง 4 มาตรฐาน

หลังจากดำเนินงานในระยะที่ 1 แล้ว ผู้วิจัยได้จัดทำ“ร่าง 1”มาตรฐานวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน และนำมาตรฐานดังกล่าวเข้าสู่กระบวนการวิจัยในระยะที่ 2 คือ การยืนยันรูปแบบ“ร่าง 1”มาตรฐานวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน เป็นการตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของมาตรฐานวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ใน 2 พื้นที่คือภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีวิธีการดำเนินงานวิจัย ดังนี้

1. นำ “ร่าง 1” มาตรฐานวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนที่ได้จากระยะที่ 1 ไปประชาพิจารณ์กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง 3 กลุ่ม คือ 1) สมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชน 2) บุคลากรด้านการศึกษาที่จัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับสาธารณสุขชุมชน และ 3) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการดำเนินงานสาธารณสุขชุมชน ในภาคใต้ จังหวัดสงขลา และปรับเป็น “ร่าง 2”

2. เก็บข้อมูลโดยการทำประชาพิจารณ์ความคิดเห็นจากสมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยนำ “ร่าง 1” มาตรฐานวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ไปประชาพิจารณ์กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง 3 กลุ่ม คือ 1) สมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชน 2) บุคลากรด้านการศึกษาที่จัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับสาธารณสุขชุมชน และ 3) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการดำเนินงานสาธารณสุขชุมชน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น และพิจารณาปรับเป็น “ร่าง 3”

3. ผู้วิจัยได้จัดทำ “ร่าง 2 และ ร่าง 3”มาตรฐานวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน จาก 2 พื้นที่มาสรุปภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับมาตรฐานวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากการวิพากษ์ของผู้เชี่ยวชาญ

จริยธรรมวิจัย

ดำเนินการวิจัยโดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คือ 1) หลักความเคารพในบุคคล 2) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย และ 3) หลักยุติธรรม และการศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เอกสารเลขที่ phcsp-v0.025 จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ผลการวิจัย

1. องค์ประกอบของมาตรฐานวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน

1.1 ข้อมูลทั่วไป ผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.63 เพศชาย ร้อยละ 34.38 อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 29.53 รองลงมา คือ ภาคกลาง ร้อยละ 25.44 ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุภาพตำบล จำนวน 1,533 คน ร้อยละ 67.47 รองลงมา คือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ร้อยละ 12.28 มีอายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 36.27 ส่วนใหญ่มีอายุงาน น้อยกว่า 10 ปี มากที่สุด

1.2 องค์ประกอบของมาตรฐานวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ทั้ง 4 มาตรฐานอันประกอบด้วย 1) มาตรฐานด้านความรู้ 2) มาตรฐานด้านการปฏิบัติ 3) มาตรฐานด้านทักษะ และ 4) มาตรฐานด้านจรรยาบรรณวิชาชีพตามค่าน้ำหนักความสำคัญขององค์ประกอบแต่ละมาตรฐาน ดังนี้

1.2.1 มาตรฐานด้านความรู้ 1) กลุ่มส่งเสริมสุขภาพ องค์ประกอบที่มีค่าไอเกน (Initial Eigenvalues) มากกว่า 1 โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนสะสมได้เท่ากับ 66.020 เมื่อพิจารณาผลการ

วิเคราะห์ความแปรปรวนของตัวแปรพบว่า องค์ประกอบที่ 1 อธิบายค่าความแปรปรวนได้ร้อยละ 25.316 องค์ประกอบที่ 2 อธิบายค่าความแปรปรวนได้ร้อยละ 23.977 และองค์ประกอบที่ 3 อธิบายค่าความแปรปรวนได้ร้อยละ 16.727 สามารถอธิบายได้ว่าองค์ประกอบของกลุ่มส่งเสริมสุขภาพ ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ ที่สามารถเป็นองค์ประกอบของมาตรฐานความรู้ กลุ่มส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 66.020 (ตาราง 1) และภายหลังจากที่ผู้วิจัยพิจารณาตัวแปรร่วมกับผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้มีการจัดกลุ่มองค์ประกอบ มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การแปลงนโยบายการส่งเสริมสุขภาพสู่การปฏิบัติ 2) การจัดการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และ 3) การสื่อสารเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ตาราง 1 แสดงองค์ประกอบ ค่าไอเกน ค่าร้อยละของความแปรปรวน ค่าร้อยละของความแปรปรวนสะสมขององค์ประกอบกลุ่มส่งเสริมสุขภาพ

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	14.338	53.105	53.105	14.338	53.105	53.105	6.835	25.316	25.316
2	2.009	7.441	60.546	2.009	7.441	60.546	6.474	23.977	49.293
3	1.478	5.474	66.020	1.478	5.474	66.020	4.516	16.727	66.020

1.2 กลุ่มอนามัยชุมชน สามารถจัดองค์ประกอบได้ 1 องค์ประกอบ จำนวน 18 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบที่มีค่าไอเกน (Initial Eigenvalues) มากกว่า 1 มี 1 องค์ประกอบ ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้เท่ากับ 66.561 (ตาราง 2) และภายหลังจากที่ผู้วิจัยพิจารณาตัวแปรร่วมกับผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้มีการจัดกลุ่มตามขั้นตอนของการศึกษาและการวินิจฉัยชุมชน ได้เป็น 4 องค์ประกอบ คือ 1) การประเมินสุขภาวะชุมชน 2) การระบุศักยภาพชุมชน 3) สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และ 4) การแก้ไขปัญหาสุขภาวะของชุมชนแบบมีส่วนร่วมและยั่งยืน

ตาราง 2 แสดงองค์ประกอบ ค่าไอเกน ค่าร้อยละของความแปรปรวน ค่าร้อยละของความแปรปรวนสะสมขององค์ประกอบกลุ่มอนามัยชุมชน

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	11.981	66.561	66.561	11.981	66.561	66.561	11.981	66.561	66.561

1.3 กลุ่มป้องกันโรค ควบคุมโรค ระบาดวิทยา สถิติและการวิจัยทางด้านสาธารณสุข สามารถจัดองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ 30 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบที่มีค่าไอเกน (Initial Eigenvalues) มากกว่า 1 มี 3 องค์ประกอบ และสามารถอธิบายความแปรปรวนสะสมได้เท่ากับร้อยละ 76.712 เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของตัวแปรพบว่า องค์ประกอบที่ 1 อธิบายค่าความแปรปรวนได้ร้อยละ 31.029 องค์ประกอบที่ 2 อธิบายค่าความแปรปรวนได้ร้อยละ 28.180 และองค์ประกอบที่ 3 อธิบายค่าความแปรปรวนได้ร้อยละ 17.504 สามารถอธิบาย ได้ว่าองค์ประกอบของกลุ่มป้องกันโรค ควบคุมโรค ระบาดวิทยา สถิติและการวิจัยทางด้านสาธารณสุข ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ ที่สามารถเป็นองค์ประกอบกลุ่มป้องกันโรค ควบคุมโรค ระบาดวิทยา สถิติและการวิจัยทางด้านสาธารณสุขร้อยละ 76.712 (ตาราง 3) และภายหลังจากที่ผู้วิจัยพิจารณาตัวแปรร่วมกับผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้มีการจัดกลุ่มองค์ประกอบ ได้แก่ 1) ระบาดวิทยาและการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางการสาธารณสุข 2) สถิติและการวิจัยทางด้านสาธารณสุข และ 3) การป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

ตาราง 3 แสดงองค์ประกอบ ค่าไอเกน ค่าร้อยละของความแปรปรวน ค่าร้อยละของความแปรปรวนสะสมขององค์ประกอบกลุ่มป้องกันโรค ควบคุมโรค ระบาดวิทยา สถิติและการวิจัยทางด้านสาธารณสุข

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	17.882	59.607	59.607	17.882	59.607	59.607	9.309	31.029	31.029
2	3.911	13.037	72.644	3.911	13.037	72.644	8.454	28.180	59.209
3	1.220	4.068	76.712	1.220	4.068	76.712	5.251	17.504	76.712

1.4 กลุ่มตรวจประเมินบำบัดโรคเบื้องต้น ดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพ และการส่งต่อ องค์ประกอบที่มีค่าไอเกน (Initial Eigenvalues) มากกว่า 1 มี 5องค์ประกอบ และสามารถอธิบายความแปรปรวนสะสมได้เท่ากับ 78.636 เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของตัวแปรพบว่า องค์ประกอบที่ 1 อธิบายค่าความแปรปรวนได้ร้อยละ 24.599 องค์ประกอบที่ 2 อธิบายค่าความแปรปรวนได้ร้อยละ 21.816 องค์ประกอบที่ 3 อธิบายค่าความแปรปรวนได้ร้อยละ 13.041 องค์ประกอบที่ 4 อธิบายค่าความแปรปรวนได้ร้อยละ 11.238 และองค์ประกอบที่ 5 อธิบายค่าความแปรปรวนได้ร้อยละ 7.941 สามารถอธิบาย ได้ว่าองค์ประกอบกลุ่มตรวจประเมิน บำบัดโรคเบื้องต้น ดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพ และการส่งต่อประกอบไปด้วย 5 องค์ประกอบ โดยองค์ประกอบทั้ง 5 องค์ประกอบสามารถเป็นองค์ประกอบกลุ่มตรวจประเมิน บำบัดโรคเบื้องต้น ดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพ และการส่งต่อ ได้ร้อยละ 78.636 และ (ตาราง 4) ภายหลังจากที่ผู้วิจัยพิจารณาตัวแปรร่วมกับผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้มีการจัดกลุ่มองค์ประกอบ 5 องค์ประกอบคือ 1) การรวบรวมข้อมูลผู้รับบริการเพื่อประกอบการประเมิน 2) ประเมินและบำบัดโรคเบื้องต้น 3) การประเมินและบำบัดทางทันตสาธารณสุข 4) การบำบัดโรคในภาวะฉุกเฉินและส่งต่อ และ5) การดูแลสุขภาพบุคคล ครอบครัวและชุมชนแบบองค์รวม การวางแผนครอบครัวและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ตาราง 4 แสดงองค์ประกอบ ค่าไอเกน ค่าร้อยละของความแปรปรวน ค่าร้อยละของความแปรปรวนสะสมของกลุ่มตรวจประเมิน บำบัดโรคเบื้องต้น ดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพ และการส่งต่อ

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	24.550	59.878	59.878	24.550	59.878	59.878	10.086	24.599	24.599
2	2.911	7.099	66.977	2.911	7.099	66.977	8.945	21.816	46.415
3	2.255	5.499	72.476	2.255	5.499	72.476	5.347	13.041	59.456
4	1.322	3.225	75.701	1.322	3.225	75.701	4.608	11.238	70.695
5	1.203	2.935	78.636	1.203	2.935	78.636	3.256	7.941	78.636

1.5 กลุ่มอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์ประกอบที่มีค่าไอเกน (Initial Eigenvalues) มากกว่า 1 มี 2 องค์ประกอบ และสามารถอธิบายความแปรปรวนสะสมได้เท่ากับ 83.188 เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของตัวแปรพบว่า องค์ประกอบที่ 1 อธิบายค่าความแปรปรวนได้ร้อยละ 41.667 และองค์ประกอบที่ 2 อธิบายค่าความแปรปรวนได้ร้อยละ 41.521 สามารถอธิบายได้ว่าองค์ประกอบกลุ่มอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อมประกอบไปด้วย 2 องค์ประกอบ โดยองค์ประกอบทั้ง 2 องค์ประกอบสามารถเป็นองค์ประกอบของกลุ่มอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ร้อยละ 83.188 (ตาราง 5) และภายหลังจากที่ผู้วิจัยพิจารณาตัวแปรร่วมกับผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้มีการจัดกลุ่มองค์ประกอบ คือ 1) กลุ่มอนามัยสิ่งแวดล้อมและ 2) กลุ่มอาชีวอนามัยและความปลอดภัย

ตาราง 5 แสดงองค์ประกอบ ค่าไอเกน ค่าร้อยละของความแปรปรวน ค่าร้อยละของความแปรปรวนสะสมของกลุ่มอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	17.050	77.500	77.500	17.050	77.500	77.500	9.167	41.667	41.667
2.	1.251	5.688	83.188	1.251	5.688	83.188	9.135	41.521	83.188

1.6 กลุ่มบริหารสาธารณสุขและกฎหมายสาธารณสุข องค์ประกอบที่มีค่าไอเกน (Initial Eigenvalues) มากกว่า 1 มี 3 องค์ประกอบ และสามารถอธิบายความแปรปรวนสะสมได้เท่ากับ 79.373 เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของตัวแปรพบว่า องค์ประกอบที่ 1 อธิบายค่าความแปรปรวนได้ร้อยละ 32.559 องค์ประกอบที่ 2 อธิบายค่าความแปรปรวนได้ร้อยละ 32.961 และองค์ประกอบที่ 1 อธิบายค่าความแปรปรวนได้ร้อยละ 22.853 สามารถอธิบาย ได้ว่าองค์ประกอบของมาตรฐานความรู้กลุ่มบริหารสาธารณสุข กฎหมายสาธารณสุข ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ โดยองค์ประกอบทั้ง 3 องค์ประกอบสามารถเป็นองค์ประกอบของมาตรฐานความรู้ กลุ่มบริหารสาธารณสุข กฎหมายสาธารณสุขได้ร้อยละ 79.373 (ตาราง 6) และภายหลังจากที่ผู้วิจัยพิจารณาตัวแปรร่วมกับผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้มีการจัดกลุ่มองค์ประกอบได้แก่ 1) การบริหารงานสาธารณสุข 2) ภาวะผู้นำและการบริหารการคลังสุขภาพ และ 3) กฎหมายสาธารณสุข

ตาราง 6 แสดงองค์ประกอบ ค่าไอเกน ค่าร้อยละของความแปรปรวน ค่าร้อยละของความแปรปรวนสะสม ขององค์ประกอบ มาตรฐานความรู้กลุ่มบริหารสาธารณสุข กฎหมายสาธารณสุข

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	20.000	62.500	62.500	20.000	62.500	62.500	10.419	32.559	32.559
2.	3.618	11.308	73.808	3.618	11.308	73.808	7.667	32.961	56.520
3.	1.781	5.565	79.373	1.781	5.565	79.373	7.313	22.853	79.373

2. มาตรฐานด้านการปฏิบัติ องค์ประกอบที่มีค่าไอเกน (Initial Eigenvalues) มากกว่า 1 มี 7 องค์ประกอบ และสามารถอธิบายความแปรปรวนสะสมได้เท่ากับ 82.602 เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของตัวแปรพบว่า องค์ประกอบที่ 1 อธิบายค่าความแปรปรวนได้ร้อยละ 25.153 องค์ประกอบที่ 2 อธิบายค่าความแปรปรวนได้ร้อยละ 19.757 องค์ประกอบที่ 3 อธิบายค่าความแปรปรวนได้ร้อยละ 13.542 องค์ประกอบที่ 4 อธิบายค่าความแปรปรวนได้ร้อยละ 9.056 องค์ประกอบที่ 5 อธิบายค่าความแปรปรวนได้ร้อยละ 6.552 องค์ประกอบที่ 6 อธิบายค่าความแปรปรวนได้ร้อยละ 5.947 และองค์ประกอบที่ 7 อธิบายค่าความแปรปรวนได้ร้อยละ 2.595 สามารถอธิบาย ได้ว่าองค์ประกอบของมาตรฐานการปฏิบัติ ประกอบไปด้วย 7 องค์ประกอบ โดยองค์ประกอบทั้ง 7 องค์ประกอบสามารถเป็นองค์ประกอบของมาตรฐานการปฏิบัติได้ร้อยละ 82.602 (ตาราง 7) และภายหลังจากที่ผู้วิจัยพิจารณาตัวแปรร่วมกับผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้มีการจัดกลุ่มองค์ประกอบ โดยนำมาตรฐานด้านการปฏิบัติมีการนำองค์ประกอบที่ 6 ร่วมกับองค์ประกอบที่ 7 เป็นองค์ประกอบด้านการสรุปผลการดำเนินงาน ดังนั้นมาตรฐานการปฏิบัติ จึงแบ่งออกเป็น 6 องค์ประกอบ 75 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบดังกล่าว ได้แก่ 1) กระบวนการสาธารณสุขชุมชนในการปฏิบัติต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อม 2) การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติและการประกันคุณภาพ 3) ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการสาธารณสุขชุมชน 4) การบริหารจัดการสิทธิ การรักษาสิทธิและจรรยาบรรณวิชาชีพ 5) ด้านการพัฒนาองค์กรทางการสาธารณสุขชุมชน และ 6) การสรุปผลการดำเนินงาน

ตาราง 7 แสดงองค์ประกอบ ค่าไอเกน ค่าร้อยละของความแปรปรวน ค่าร้อยละของความแปรปรวนสะสมขององค์ประกอบด้านมาตรฐานการปฏิบัติ

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	36.766	57.447	57.447	36.766	57.447	57.447	16.098	25.153	25.153
2	6.653	10.395	67.842	6.653	10.395	67.842	12.644	19.757	44.910
3	3.191	4.986	72.828	3.191	4.986	72.828	8.667	13.542	58.451
4	1.902	2.971	75.799	1.902	2.971	75.799	5.796	9.056	67.507
5	1.860	2.906	78.705	1.860	2.906	78.705	4.193	6.552	74.059
6	1.417	2.214	80.919	1.417	2.214	80.919	3.806	5.947	80.006
7	1.077	1.683	82.602	1.077	1.683	82.602	1.661	2.595	82.602

3. มาตรฐานด้านทักษะ พบว่า องค์ประกอบที่มีค่าไอเกน (Initial Eigenvalues) มากกว่า 1 มี 6 องค์ประกอบ และสามารถอธิบายความแปรปรวนสะสมได้เท่ากับ 81.722 เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของตัวแปรพบว่า องค์ประกอบที่ 1 อธิบายค่าความแปรปรวนได้ร้อยละ 23.294 องค์ประกอบที่ 2 อธิบายค่าความแปรปรวนได้ร้อยละ 22.807 องค์ประกอบที่ 3 อธิบายค่าความแปรปรวนได้ร้อยละ 9.788 องค์ประกอบที่ 4 อธิบายค่าความแปรปรวนได้ร้อยละ 9.149 องค์ประกอบที่ 5 อธิบายค่าความแปรปรวนได้ร้อยละ 8.998 และองค์ประกอบที่ 6 อธิบายค่าความแปรปรวนได้ร้อยละ 7.686 สามารถอธิบาย ได้ว่าองค์ประกอบของมาตรฐานทักษะวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ประกอบไปด้วย 6 องค์ประกอบ โดยองค์ประกอบทั้ง 6 องค์ประกอบสามารถเป็นองค์ประกอบของมาตรฐานทักษะวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ได้ร้อยละ 81.722 (ตาราง 8) และภายหลังจากที่ผู้วิจัยพิจารณาตัวแปรร่วมกับผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้มีการจัดกลุ่มองค์ประกอบ 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การทำงานร่วมกันเป็นทีม 2) ทักษะเพื่อการตัดสินใจและแก้ปัญหา 3) การคิดสร้างสรรค์ 4) การแสวงหาความรู้ และ 5) ทักษะการใช้เครื่องมือในการทำงาน

ตาราง 8 แสดงองค์ประกอบ ค่าไอเกน ค่าร้อยละของความแปรปรวน ค่าร้อยละของความแปรปรวนสะสม ของมาตรฐานด้านทักษะ

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	30.353	61.945	61.945	30.353	61.945	61.945	11.4141	23.294	23.294
2	4.004	8.172	70.117	4.004	8.172	70.117	11.175	22.807	46.101
3	1.737	3.545	73.662	1.737	3.545	73.662	4.796	9.788	55.888
4	1.455	2.970	76.631	1.455	2.970	76.631	4.483	9.149	65.038
5	1.342	2.740	79.371	1.342	2.740	79.371	4.409	8.998	74.036
6	1.152	2.351	81.722	1.152	2.351	81.722	3.766	7.686	81.722

4. มาตรฐานด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ พบว่า องค์ประกอบที่มีค่าไอเกน (Initial Eigenvalues) มากกว่า 1 มี 8องค์ประกอบ และสามารถอธิบายความแปรปรวนสะสมได้เท่ากับ 68.897 เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของตัวแปรพบว่า องค์ประกอบที่ 1 อธิบายค่าความแปรปรวนได้ร้อยละ 17.299 องค์ประกอบที่ 2 อธิบายค่าความแปรปรวนได้ร้อยละ15.655 องค์ประกอบที่ 3 อธิบายค่าความแปรปรวนได้ร้อยละ 12.778 องค์ประกอบที่ 4 อธิบายค่าความแปรปรวนได้ร้อยละ 7.009 องค์ประกอบที่ 5 อธิบายค่าความแปรปรวนได้ร้อยละ 6.451องค์ประกอบที่ 6 อธิบายค่าความแปรปรวนได้ร้อยละ 4.993 องค์ประกอบที่ 7 อธิบายค่าความแปรปรวนได้ร้อยละ 2.518 และองค์ประกอบที่ 8 อธิบายค่าความแปรปรวนได้ร้อยละ 2.194 สามารถอธิบาย ได้ว่าองค์ประกอบของมาตรฐานจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ประกอบไปด้วย 8 องค์ประกอบ โดยองค์ประกอบทั้ง 8 องค์ประกอบสามารถเป็นองค์ประกอบของมาตรฐานจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ได้ร้อยละ 68.897 (ตาราง 9) คณะผู้วิจัยนำ ข้อมูลมาพิจารณาพร้อมกับผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่มี

ส่วนเกี่ยวข้องให้มีการปรับกลุ่มองค์ประกอบตามวิธีของไกเซอร์ (Kaiser) ถือเอาค่าน้ำหนักปัจจัยขององค์ประกอบ (Factor Loading) นั้นที่มีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไปและประกอบด้วยตัวแปร 3 ตัวขึ้นไป พบว่าด้านมาตรฐานจรรยาบรรณวิชาชีพ มีองค์ประกอบทั้งหมด 6 องค์ประกอบ โดยยุบรวมองค์ประกอบที่ 7 และ 8 ร่วมกับองค์ประกอบที่ 6 รวมมาตรฐานจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนมีองค์ประกอบทั้งหมด 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเคารพต่อตนเอง ผู้อื่น และสังคม 2) หลักสุจริต 3) หลักผลประโยชน์ 4) หลักความเท่าเทียม 5) หลักเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และ 6) หลักความรับผิดชอบ

ตาราง 9 แสดงองค์ประกอบ ค่าไอเกน ค่าร้อยละของความแปรปรวน ค่าร้อยละของความแปรปรวนสะสม ขององค์ประกอบ ด้านมาตรฐานจรรยาบรรณวิชาชีพ

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	25.548	46.451	46.451	25.548	46.451	46.451	9.515	17.299	17.299
2.	4.453	8.096	54.547	4.453	8.096	54.547	8.610	15.655	32.954
3.	1.840	3.346	57.893	1.840	3.346	57.893	7.028	12.778	45.732
4.	1.466	2.665	60.558	1.466	2.665	60.558	3.855	7.009	52.742
5.	1.357	2.467	63.025	1.357	2.467	63.025	3.548	6.451	59.193
6.	1.113	2.024	65.048	1.113	2.024	65.048	2.746	4.993	64.186
7.	1.089	1.980	67.028	1.089	1.980	67.028	1.385	2.518	66.703
8.	1.028	1.869	68.897	1.028	1.869	68.897	1.207	2.194	68.897

อภิปรายผล

ผลของการศึกษามาตรฐานวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนทั้ง 4 มาตรฐานอันประกอบด้วย 1) มาตรฐานด้านความรู้วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน 2) มาตรฐานด้านการปฏิบัติ 3) มาตรฐานด้านทักษะ และ 4) มาตรฐานด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยดังนี้

1. มาตรฐานด้านความรู้วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ประกอบด้วย 6 กลุ่มความรู้ คือ 1) กลุ่มส่งเสริมสุขภาพ 2) กลุ่มอนามัยชุมชน 3) กลุ่มป้องกันโรค ควบคุมโรค ระบาดวิทยา สถิติและการวิจัยทางด้านสาธารณสุข 4) กลุ่มตรวจประเมิน บำบัดโรคเบื้องต้น ดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพ และการส่งต่อ 5) กลุ่มอาชีวอนามัย และกลุ่มอนามัยสิ่งแวดล้อม 6) กลุ่มบริหารสาธารณสุข กฎหมายสาธารณสุข โดยการส่งเสริมสุขภาพเป็นองค์ความรู้สำคัญในการการปฏิบัติงานหลักของนักสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter for Health Promotion) ที่ได้กล่าวถึงกลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกได้นำกฎบัตรออตตาวามาใช้เป็นแนวทางหรือนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชนในประเทศของตน (รุจิรา ดวงสงค์, 2550) โดยการแปลงหรือนำนโยบายสู่การปฏิบัติเป็นขั้นตอนตั้งแต่ 1) การกำหนดเป้าประสงค์ของนโยบายเพื่อแก้ปัญหา 2) การวางแผนนโยบาย 3) การเลือกนโยบายที่เหมาะสมเพื่อนำไปดำเนินการ 4) การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ 5) การประเมินนโยบายหลังนำไปปฏิบัติ และ 6) การปรับนโยบายหลังจากการประเมินแล้ว ดังนั้นจะเห็นว่าการแปลงนโยบายการส่งเสริมสุขภาพสู่การปฏิบัติของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขนั้นเป็นทักษะที่มีความจำเป็นและสำคัญอันจะนำไปสู่สุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงของคนในชุมชนที่ตนเองรับผิดชอบ (ประกาย จิโรจน์กุล, 2556; หนึ่งหทัย ขอผลกลาง และกิตติ กันภัย, 2553: 71) การสื่อสารเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพนั้นเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างรอบรู้ทางด้านสุขภาพ (Health Literacy: HL) ของประชาชน โดยผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนด้วยเช่นกัน ดังนั้นองค์ประกอบดังกล่าวจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นและมีความสำคัญต่อนักสาธารณสุข เพราะบทบาทหนึ่งที่สำคัญของนักสาธารณสุขก็คือการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ตามที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 มาตรฐานด้านความรู้กลุ่มอนามัยชุมชน องค์ประกอบนี้เป็นองค์ประกอบและขั้นตอนที่สำคัญของการดำเนินงานด้านการสาธารณสุขชุมชนของนักสาธารณสุขทุกคนซึ่งต้องนำความรู้ในวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนไปดำเนินการตามขั้นตอน ตั้งแต่ขั้นของการประเมินสุขภาวะชุมชน

(กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน, 2560) เพื่อทำให้ทราบถึงสภาพการณ์หรือระดับสุขภาพที่เป็นอยู่ของประชาชนและชุมชน ซึ่งจะสอดรับกับองค์ประกอบที่ 2 คือ การระบุศักยภาพชุมชนที่เป็นการค้นหาความสามารถและศักยภาพของบุคคล กลุ่มคน ครอบครัว และชุมชน ดังนั้นการรู้และเข้าใจศักยภาพชุมชนของนักสาธารณสุขชุมชนนั้นจึงเป็นสิ่งที่สำคัญเพื่อที่จะดึงหรือนำศักยภาพของชุมชนออกมาใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการป้องกันปัญหาและแก้ไขปัญหา รวมทั้งการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงในสังคมอย่างยั่งยืนต่อไปได้ ด้วยกลวิธีการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเปิดโอกาสและกระตุ้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการแก้ปัญหาหรือการพัฒนาชุมชนด้านสุขภาพ โดยใช้เทคนิคต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับบริบทและกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้ รูปแบบการดำเนินงานชุมชนแบบยั่งยืนนั้นเป็นการทำงานที่เน้นในเรื่องของการพัฒนาชุมชนหรือการทำกิจกรรมชุมชนเพื่อหวังให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนในทางบวกและยังคงอยู่นานอย่างต่อเนื่อง (จีระศักดิ์ เจริญพันธ์, 2553) มาตรฐานด้านความรู้กลุ่มป้องกันโรค ควบคุมโรค ระบาดวิทยา สถิติและการวิจัยทางด้านสาธารณสุข เมื่อมีการระบาดของโรคหรือเกิดภัยสุขภาพในชุมชน นักสาธารณสุขจะต้องดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพโดยการแสดงบทบาทด้านสอบสวนสืบสวนโรค การเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรคและภัยสุขภาพ (จิราพร สร้อยมุกดา, 2558) อย่างมีประสิทธิภาพและทันท่วงที และบทบาทด้านติดตามผู้ป่วยและผู้สัมผัส เพื่อการเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรคและภัยสุขภาพ สอดคล้องกับ วศิน พิพัฒนฉัตร (2559) และในส่วนขององค์ประกอบด้านสถิติและการวิจัยทางด้านสาธารณสุข เป็นองค์ความรู้ที่สำคัญของผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนต้องมีและนำไปใช้ในการประกอบวิชาชีพเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมเพื่อการดำเนินงานสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น นักวิชาการสาธารณสุขจำเป็นต้องมีองค์ความรู้ด้านสถิติและการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญไทย จันทรเสนา และมานพ คณะโต (2557) พบว่า กระบวนการของการทำวิจัยเป็นช่องทางหนึ่งที่ทำให้นักสาธารณสุขได้มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านวิชาการ รวมทั้งทำให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการและวิธีการทำวิจัยมากยิ่งขึ้นมีผลโดยตรงต่อการพัฒนาองค์ความรู้ และทักษะในการทำงาน และสอดคล้องกับการศึกษาของ เสกสรร มานวิโรจน์ (2560) พบว่าผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำงานของผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนนั้นต้องเป็นบัณฑิตทางด้านสาธารณสุขชุมชนที่มีความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของงานวิจัยทางด้านสุขภาพและสามารถต่อยอดองค์ความรู้ จากการวิจัยสู่การแก้ไขปัญหาและพัฒนาสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนได้ มาตรฐานด้านความรู้กลุ่มตรวจประเมินบำบัดโรคเบื้องต้น ดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพ และการส่งต่อเป็นความรู้ที่ผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนต้องมี และต้องได้รับการพัฒนา เนื่องจาก ตามมาตรา 3 ในพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ.2556 ทั้งนี้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจประเมิน การบำบัดโรคเบื้องต้น ดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพ และการส่งต่อเป็นสิ่งที่มีความสำคัญสำหรับนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพของประชาชนเบื้องต้นก่อนที่จะมีภาวะรุนแรงเกินว่าที่จะรักษาได้ ซึ่งสอดคล้องกับ วิลาวัณย์ ชาดา และคณะ (2562) ที่พบว่าสมรรถนะด้านทักษะของนักสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ประชาชนคาดหวังด้านหนึ่งคือการให้คำปรึกษาด้านการบำบัดโรค สามารถตรวจประเมินอาการเจ็บป่วยและช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อการส่งต่อ รวมทั้งมีความสอดคล้องกับมาตรฐานกำหนดตำแหน่งประเภทวิชาการประเภทสายงานวิชาการสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการคุณลักษณะของนักวิชาการสาธารณสุขที่จะต้องไปปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพของประชาชนว่าจะต้องมีการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานด้านความรู้กลุ่มตรวจประเมินบำบัดโรคเบื้องต้น ดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพ และการส่งต่อ ในแต่ละระดับตำแหน่ง มาตรฐานด้านความรู้กลุ่มอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นงานที่นักวิชาการสาธารณสุขต้องดำเนินงาน ทั้งนี้ ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ.2556 มาตรา 3 นอกจากนั้นในพระราชบัญญัติยังได้ระบุไว้อย่างชัดเจนว่า การประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน หมายความว่า การกระทำการสาธารณสุขต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน และอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยมีการประยุกต์หลักวิทยาศาสตร์โดยการกระทำด้านการอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อการควบคุมป้องกันปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคและลดความเสี่ยงการเจ็บป่วยต่อบุคคล ครอบครัวและชุมชน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เสกสรร มานวิโรจน์ (2560) ที่พบว่าคุณลักษณะบัณฑิตสาธารณสุขที่พึงประสงค์ตามความต้องการของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบล ด้านทักษะการปฏิบัติงานตามวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่มากที่สุด คือ การประยุกต์หลักวิทยาศาสตร์มาใช้ในการปฏิบัติงานด้านอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อการควบคุมป้องกันปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค และลดความเสี่ยงการเจ็บป่วยต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน และผู้ใช้บัณฑิตต้องการให้นักสาธารณสุขมีสมรรถนะที่สำคัญ คือ การประเมินภาวะสุขภาพของประชาชนเพื่อค้นหาปัญหา และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน (วสันต์ ปิ่นวิเศษ, 2561) มาตรฐานด้านความรู้กลุ่มบริหารสาธารณสุข กฎหมายสาธารณสุข มาตรฐานความรู้ด้านนี้ให้ความสำคัญกับความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการบริหาร การจัดการและภาวะผู้นำ ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนต้องมีความรู้เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการประกอบวิชาชีพและการบริหารองค์กร ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากทั้งในเรื่องของการบริหารการเงินการคลัง การบริหารความเสี่ยง การบริหารงบประมาณของหน่วยงาน การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย ของหน่วยบริการสาธารณสุข การบริหารพัสดุของหน่วยงาน และในส่วนของการแสดงออกให้เห็นถึงคุณลักษณะของการเป็นผู้นำทั้งในด้านการนำทางการบริหารและการนำทางด้านวิชาชีพ และเทคนิค ทักษะต่างๆ ในการทำงาน ในส่วนของกลุ่มกฎหมายสาธารณสุข ประกอบด้วยกฎหมายสำคัญตามกรอบในการประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ.2556

2. มาตรฐานการปฏิบัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ 1) กระบวนการสาธารณสุขชุมชนในการปฏิบัติต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อม 2) การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติและการประกันคุณภาพ 3) ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการสาธารณสุขชุมชน 4) การบริหารจัดการสิทธิ การรักษาสิทธิผู้ป่วยและจรรยาบรรณวิชาชีพ 5) ด้านการพัฒนาองค์กรทางการสาธารณสุขชุมชน และ 6) การสรุปผลการดำเนินงาน ซึ่งสอดคล้องกับ มาตรา 3 วรรค 2 (1) ของพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 ตลอดจนต้องมีการปฏิบัติงานที่มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement) สอดคล้องกับโจเซฟ เอ็ม จูรัน (Juran, J.M., & Gryna, F.M. (1993) และสอดคล้องกับวงจรของเดมมิ่ง (Deming Cycle) ได้แก่ 1) การวางแผน (Plan) 2) การทำ (Do) 3) การตรวจสอบ (Check) และ 4) การแก้ไข (Act) หรือลงมือแก้ไข (Corrective Action) นอกจากนี้องค์กรทางด้านสาธารณสุขชุมชนต้องมีการจัดระบบข้อมูล ข่าวสาร สารสนเทศ การใช้ข้อมูลสารสนเทศทางการสาธารณสุขชุมชนในการปฏิบัติงาน การบริหารจัดการ การพัฒนาคุณภาพการสาธารณสุขชุมชน ครอบคลุม โดยครบถ้วน ถูกต้อง เป็นความจริง ชัดเจน กะทัดรัด กระชับความ และมีกลไกส่งเสริมให้นักสาธารณสุขประกอบวิชาชีพที่ได้มาตรฐาน และธำรงไว้ซึ่ง จริยธรรม และจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Zaleanick et al. (1958) ได้กล่าวว่าในการปฏิบัติงานได้ดีหรือไม่ดีนั้นผู้ปฏิบัติจะต้องได้การตอบสนองความต้องการทั้งภายในและภายนอก (External and Internal Need) ซึ่งได้รับการตอบสนองแล้ว ย่อมหมายถึงการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. มาตรฐานทักษะวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) การทำงานร่วมกันเป็นทีม 2) ทักษะเพื่อการตัดสินใจและแก้ปัญหา 3) การคิดสร้างสรรค์ 4) การแสวงหาความรู้ และ 5) ทักษะการใช้เครื่องมือในการทำงานสอดคล้องกับสมจิต พรมจันทร์และคณะ (2558) ที่พบว่าการทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขควรเป็นแบบบูรณาการ มีการสร้างภาคีเครือข่ายที่เน้นเป้าหมายร่วมกันโดยผ่านกระบวนการชื่นชม และจัดการความรู้ แบบอิงบริบท และวิมล ชลอำนวย (2556) ที่พบว่า บุคลากร ให้ความสำคัญกับการทำงานเป็นทีม มีการยอมรับนับถือ ไว้วางใจซึ่งกันและกัน มีปฏิสัมพันธ์ เป้าหมายเดียวกัน มีส่วนร่วมและสื่อสารอย่างเปิดเผย ทั้งนี้นักสาธารณสุขควรจะต้องมีทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 การสื่อสารและความร่วมมือ รวมทั้งความริเริ่มสร้างสรรค์และนวัตกรรม (innovation) (วิจารณ์ พานิช, 2555; สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงไปกับบทบาทหน้าที่ ที่กำหนดไว้ในมาตรา 3 ของพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 ดังนั้นผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนจะต้องมีความรู้ความสามารถในการใช้เครื่องมือต่าง ๆ ครอบคลุมในทุกมิติของสุขภาพ อีกทั้งทักษะการใช้เครื่องมือในการทำงานนี้ยังสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบหลัก ตัวอย่างเครื่องมือที่สำคัญในการ

ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนที่สำคัญ คือ อาสาสมัครสาธารณสุข นับว่าเครื่องมือประเภทบุคคลากรที่มีประสิทธิภาพในการดำเนินงานที่มีประสิทธิผลเป็นอย่างสูงซึ่งอยู่ในกลุ่มของทรัพยากรมนุษย์ที่สำคัญยิ่ง

4. มาตรฐานจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน จรรยาบรรณวิชาชีพเป็นประมวลความประพฤติที่ใช้ในการควบคุมและดูแล รักษาและส่งเสริมเกียรติคุณชื่อเสียงขอบผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ซึ่งสอดคล้องกับจรรยาบรรณกระทรวงสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) และสอดคล้องกับสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (2562) ที่กล่าวถึงการไม่รับผลประโยชน์ สิ่งตอบแทนของขวัญหรือนันทนาการจากภาคเอกชน บุคคล หรือหน่วยงาน รวมถึงไม่ใช้ตำแหน่ง อำนาจหรือหน้าที่โดยมิชอบ

การนำผลวิจัยไปใช้

1. สภาการสาธารณสุขชุมชนสามารถนำมาตรฐานดังกล่าวไปประกาศใช้เพื่อเป็นกรอบมาตรฐานการประกอบวิชาชีพของนักสาธารณสุข

2. สถาบันการศึกษาที่จัดการเรียนการสอนระดับปริญญาตรีควรนำมาตรฐานไปใช้ในการออกแบบการเรียนการสอนเพื่อให้บัณฑิตที่จบมามีสมรรถนะสอดคล้องกับมาตรฐาน

3. หน่วยงานด้านสุขภาพที่มีนักสาธารณสุขสามารถนำมาตรฐานดังกล่าวไปเป็นกรอบในการกำหนดนโยบายการพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับมาตรฐาน

ข้อเสนอแนะการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความพร้อมในการใช้มาตรฐานวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน

2. ควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนาหลักสูตรการอบรมระยะสั้นที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนทุกมาตรฐานเพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะ การปฏิบัติในวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน และหลักสูตรการอบรมจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน

3. ควรมีการสร้างและพัฒนาคู่มือมาตรฐานวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน

เอกสารอ้างอิง

กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน. (2560). สาธารณสุขและการดำเนินงานชุมชน: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: บริษัทธรรมสภา บันลือธรรม จำกัด.

กระทรวงสาธารณสุข. (2560). แนวทางปฏิบัติตามจรรยาบรรณกระทรวงสาธารณสุข (MOPH code of Conduct). มปท.

จิราพร สร้อยมุกดา. (2558). สมรรถนะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ ภาคเอกชน เครือข่ายโรงพยาบาลนวมินทร์. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ปทุมธานี.

จีระศักดิ์ เจริญพันธ์. (2553). การจัดการสาธารณสุขในชุมชน. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์-สารคามเปเปอร์.

บุญไทย จันทรเสนา และ มานพ คณะโต. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อการทำวิจัยของนักวิชาการสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2(3): 321-335.

ประกาย จิโรจน์กุล. (2556). แนวคิด ทฤษฎี การสร้างเสริมสุขภาพและการนำมาใช้. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

ราชกิจจานุเบกษา (2556). พระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556. เล่ม 130 ตอนที่ 118 ก หน้า 19-35 /16 ธันวาคม 2556

ราชกิจจานุเบกษา (2561). ข้อบังคับสภาการสาธารณสุขชุมชน ว่าด้วยจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพการสาธารณสุข พ.ศ. 2561. เล่ม 135 ตอนพิเศษ 241 ง หน้า 14-18 / 28 กันยายน 2561

รุจิรา ดวงสงค์. (2550). การจัดการทางสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วศิน พิพัฒนฉัตร. (2559). บทบาทวิชาชีพสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข, 2(1) : 63-78.

วสันต์ ปิ่นวิเศษ. (2561). การพัฒนาสมรรถนะสำหรับนักวิชาการสาธารณสุขตามความต้องการของผู้ใช้บัณฑิต. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 15(2): 185-193.

วิจารณ์ พานิช. (2555). วิถีสร้างการเรียนรู้เพื่อศิษย์ในศตวรรษที่ 21. กรุงเทพฯ: ฝ่ายโรงพิมพ์บริษัท ตถาตา พับลิเคชั่น จำกัด.

วิมล ชลอำนวย. (2556). การทำงานเป็นทีมของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. รายงานปัญหาพิเศษปริญญา

รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทั่วไป มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี.

วิลาวัณย์ ชาดา, สงครามชัย ลีทองดี และ อลงกต มหาวงศ์. (2562). ความคาดหวังของประชาชนต่อสมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 7. วารสารฉบับพิเศษ ประชุมวิชาการมหาวิทยาลัยมหาสารคามวิจัย ครั้งที่ 14, 428-437.

สมจิต พรมจันทร์ และคณะ. (2558). การพัฒนาระบบการดูแลคนพิการอย่างเป็นหุ้นส่วนทางด้านสุขภาพ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 2(1), 37-51.

เสกสรร มานวิโรจน์. (2560). คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ตามความคาดหวังของผู้ในบัณฑิตในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนนทบุรี. มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์. นนทบุรี.

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. (2562). แนวทางจริยธรรมการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์. สำนักงานมาตรฐานการวิจัยในคน กองมาตรฐานการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข). อัดสำเนา.

หนึ่งหทัย ขอผลกลาง และ กิตติ กันภัย. (2553). งานวิจัยด้านการสื่อสารสุขภาพ: กลไกในการพัฒนา สังคม. Suranaree Journal of Social Science, 4(1), 65-77.

Hair J, Black W, Babin B, Anderson R. (2010). Multivariate data analysis a global perspective. New Jersey: Hamilton Printing Co.

Juran, J.M., & Gryna, F.M. (1993). Quality planning and analysis. 3rd ed., Singapore: McGraw-Hill.

Zaleanick et al. (1958). Motion productivity and Satisfaction of worker. Massachusettes: Division of Research, Harward University.

การจัดบริการงานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกในรูปแบบการแพทย์วิถีใหม่ ของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดราชบุรี

New Normal Services on Outpatient Medical Records Services in Health Care Provider under Ministry of Public Health, Ratchaburi Province

ปิยธิดา แซ่ลิ้ม, วรรณฤดี หาดเพชร, นภชา สิงห์วีรธรรม และสมเพิ่ม สุขสมบูรณ์วงศ์

Piyatida Sae-lim, Wanruedee Hadphet, Noppcha Singweratham and Somperm Suksomboonwong

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก

Kanchanabhishek Institute of Medical and Public Health

(Received: *September 12*, 2021; Revised: *December 22*, 2021; Accepted: *December 31*, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินงานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกก่อนเกิดการระบาดของโรค COVID-19 ผลกระทบต่อการให้บริการในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 รูปแบบของการจัดบริการงานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกในรูปแบบวิถีใหม่ (New normal) และศึกษาความต้องการนวัตกรรมที่สนับสนุนงานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกในการดำเนินงานตามรูปแบบวิถีใหม่ของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดราชบุรี ผู้ให้ข้อมูลถูกเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจาก 8 โรงพยาบาล จำนวน 8 คน ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการจัดบริการการแพทย์วิถีใหม่ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 มีผลกระทบต่อการจัดบริการเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่ถือได้ว่าเป็นด่านหน้าของการจัดบริการ ในการให้บริการมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และได้รับข้อมูลของผู้บริการไม่ครบถ้วน สถานบริการมีการดำเนินการระหว่างการระบาดในรูปแบบที่เน้นการปฏิบัติการตามมาตรการการป้องกันโรคและมีการปรับรูปแบบบริการให้เกิดความเหมาะสมกับรูปแบบการแพทย์วิถีใหม่ โดยลดขั้นตอนในการให้บริการ ให้บริการแบบ One stop service จัดบริการตามมาตรการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และมีมาตรการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพก่อนการรับบริการ นวัตกรรมการจัดบริการเวชระเบียนผู้ป่วยนอกควรพัฒนาเทคโนโลยีที่สามารถลดขั้นตอนการจัดทำเวชระเบียน ลดการสัมผัสตัวต่อตัว เพิ่มความเร็วของการบริการ มีความปลอดภัยของข้อมูลและผู้รับบริการพึงพอใจ

การให้บริการเวชระเบียนช่วงของการระบาดโรคอุบัติใหม่ควรมีการดำเนินการป้องกันการติดเชื้อทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่ควรนำนวัตกรรมการลดการสัมผัสเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการ

คำสำคัญ: การแพทย์วิถีใหม่, การจัดบริการเวชระเบียนผู้ป่วยนอก, นวัตกรรม

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: noppcha@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 061-5513399)

Abstract

This qualitative research aimed to explore procedures of medical record services before COVID-19 pandemic and its impacts on the services, patterns of medical record services in the new normal, and needs of supporting innovation for the “new normal” outpatient medical records service at healthcare providers under Ministry of Public Health, Ratchaburi province. Eight key informants, who worked as new normal medical records service providers at outpatient department in eight hospitals, were selected by purposive sampling. Data were collected by in-depth interviews and analyzed by content analysis.

The results showed that the outbreak of COVID-19 had the effects on medical records services at outpatient department acting as a frontline of the service at the hospital. The services provided had risk opportunity for infection and may receive inadequate personal information of clients. During the pandemic of COVID-19, health care facilities organized the services following the disease prevention guideline and adjusted the appropriate services accoding to the new normal medical service model applied. The services were redesigned by cutting down inappropriate steps of the services and estrablishing the “one stop” services. The services were provided following the guidelines of Ministry of Public Health. The high-risk clients were screened effectively for COVID 19 infection before entering the hospital. Innovations needed for improving medical records services at outpatient department should develop and employ technologies in order to reduce steps of the services and face-to-face contacts, increase quick services, as wellm as have secured data and satisfaction of the clients.

It could be suggested that the services of medical records during the pansemic of the emerging disease should be organized for preventing infection of providers and clients, and also employ innovations for reducing direct contacts between providers and clients.

Keywords: New Normal Medical Services, Outpatient Medical Record Services, Innovation

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19 เป็นโรคติดต่อซึ่งเกิดจากไวรัสโคโรนาชนิดที่มีการค้นพบล่าสุด เป็นโรคอุบัติใหม่ (Morens & Fauci, 2013) ที่ไม่เคยรู้จักเลยก่อนที่จะมีการระบาดในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีนในเดือนธันวาคมปี 2019 และขณะนี้โรคโควิด 19 มีการระบาดใหญ่ไปทั่ว ส่งผลกระทบแก่หลายประเทศทั่วโลก (World Health Organization (WHO), 2020) ไวรัสชนิดนี้มีแพร่กระจายผ่านการสัมผัสกับผู้ติดเชื้อ จากฝอยละอองที่มีขนาดเล็กกว่า 5 ไมครอน (Air-Borne Precautions) จากเสมหะจากการไอ จาม น้ำมูก น้ำลาย และสามารถแพร่เชื้อผ่านทาง Fecal–oral route ได้ด้วย (กรมควบคุมโรค, 2563) อาการของผู้ติดเชื้อที่แสดงออกมาส่วนมาก คือ ไข้ ไอ เจ็บคอ คล้ายไข้หวัด จึงมีการเรียกโรคนี้กันว่า ไข้หวัดโคโรน่า 2019 ต่อมามีการเปลี่ยนชื่อเพื่อที่ชื่อจะไม่พ้องกับสินค้าหรือบริการหลาย ๆ ประเภท เราจึงรู้จักกับโรคนี้ในนามของ โควิด 19 (COVID-19) (กองบริหารการสาธารณสุข, 2563) สถานการณ์การระบาดแพร่อย่างรวดเร็วและกว้างขวางไปหลายประเทศทั่วโลก ซึ่งมีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก เมื่อวันที่ 30 มกราคม 2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การระบาดของโรคดังกล่าวเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern (PHEIC)) และประเทศไทยได้มีราชกิจจานุเบกษา ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) เป็นโรคติดต่ออันตรายตาม

พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ลงวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 (ราชกิจจานุเบกษา, 2563) โดยการระบาดของโรคดังกล่าวนี้ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของสถานบริการด้านสุขภาพในทุกหน่วยงานทุกระดับและทุกแผนกในสถานบริการ (นภชา สิงห์วีรธรรม และ นพมาส เครือสุวรรณ, 2563) และในทุกประเภทของบุคลากรด้านสุขภาพ (นภชา สิงห์วีรธรรม, วัชรพล วิวรรศน์ เถาว์พันธ์, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, เฉลิมชัย เพาะบุญ และสุทธิศักดิ์ สุริรักษ์, 2563)

แผนกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกถือได้ว่าเป็นการจัดบริการด่านหน้าที่ทำหน้าที่ ในการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยและประวัติสุขภาพรวมถึงประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและในปัจจุบัน งานเวชระเบียนมีหน้าที่สำคัญ 4 ส่วน ประกอบด้วย งานเวชระเบียน งานเวชสถิติ งานให้รหัสโรค และงานคอมพิวเตอร์ด้านเวชระเบียน ในการแบ่งงานเวชระเบียนของโรงพยาบาลอาจมีความแตกต่างโดยขึ้นอยู่กับขนาดของโรงพยาบาล (แสงเทียน อยู่เถา, 2556) โดยทั่วไปขั้นตอนการเข้ารับบริการ เริ่มต้นที่ผู้ป่วยมารับบริการจุดเวชระเบียนผู้ป่วยนอกจากนั้นเจ้าหน้าที่เวชระเบียนตรวจสอบประวัติการมารับบริการ ตรวจสอบสิทธิ อนุมัติสิทธิการรักษาและลงทะเบียนกรณีเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ จะส่งข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ไปหน้าห้องตรวจของแต่ละแผนก กรณีเวชระเบียนระบบเอกสารเจ้าหน้าที่จะนำส่งแฟ้มเวชระเบียนไปห้องตรวจของแต่และแผนก งานด้านเวชระเบียนต้องอาศัยความละเอียด รอบคอบในการทำงาน เนื่องจากเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลต่างๆของผู้ป่วย (แสงเทียน อยู่เถา, 2560) มีลักษณะงานที่ต้องสื่อสารกับผู้มารับบริการเป็นด่านแรกของสถานบริการส่งผลให้เป็นแผนกที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อโรคจากการปฏิบัติงาน ดังนั้นบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านเวชระเบียนผู้ป่วยนอกต้องคำนึงถึงความปลอดภัยในการทำงานในยุคที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ร่วมกับการดำเนินงานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกตามรูปแบบ “ระบบบริการสุขภาพวิถีใหม่” หรือ “New Normal Healthcare Service Delivery” โดยมุ่งเน้น Non-Crowded, Patient and Personnel (2P) Safety และ Health Equity ร่วมกับการคิดค้นหารูปแบบการหรือนวัตกรรมในการให้บริการ โดยมุ่งหวังให้ผู้รับบริการได้ผลลัพธ์ในการดูแลที่ดีไม่น้อยกว่ารูปแบบเดิม และปลอดภัยจากโรคโควิด 19 รวมทั้งผู้ให้บริการเองก็ต้องปลอดภัยด้วย (กองบริหารการสาธารณสุข, 2563) โดยต้องอาศัยการบริหารจัดการเพิ่มเติมร่วมกับการปรับรูปแบบการบริการด้วยนวัตกรรม (ธานินทร์ สนธิรักษ, 2563) เพื่อปรับให้เข้ากับการบริการทางการแพทย์ในสถานการณ์ปัจจุบันได้

จังหวัดราชบุรีพบผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19 กระจายทั้งจังหวัด ข้อมูล ณ วันที่ 21 ธันวาคม พ.ศ. 2564 มีรายงานผู้ป่วยสะสมระรอกใหม่จำนวน 41,936 ราย (กรมควบคุมโรค, 2564) จังหวัดราชบุรีมีสถานบริการด้านสุขภาพในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ (ระดับ A-F3) จำนวน 11 แห่ง (งานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข, 2560) โดยสถานบริการดังกล่าวยังมีการให้บริการในช่วงการระบาดโรคโควิด 19 ในบางแผนกรวมถึงแผนกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยในรูปแบบการให้บริการมีความเสี่ยงที่จะสัมผัสกับเชื้อโรคโควิด 19 โดยตรง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการให้บริการงานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกตามรูปแบบการแพทย์วิถีใหม่ของโรงพยาบาลในจังหวัดราชบุรี เพื่อหารูปแบบการให้บริการเวชระเบียนผู้ป่วยนอกหรือปรับใช้ในการให้บริการรูปแบบอื่นๆ ตามแนวทางการเฝ้าระวังโรคโควิด 19 และเพื่อป้องกันโรคอุบัติใหม่อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาการดำเนินงานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกก่อนเกิดการระบาดของโรคโควิด 19 และผลกระทบต่อการให้บริการในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ของสถานบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดราชบุรี
2. เพื่อศึกษารูปแบบของการจัดบริการงานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกในรูปแบบวิถีใหม่ ของสถานบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดราชบุรี
3. เพื่อศึกษาความต้องการนวัตกรรมที่สนับสนุนงานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกในการดำเนินงานตามรูปแบบวิถีใหม่ ของสถานบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดราชบุรี

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เป็นการเก็บข้อมูลในช่วงการระบาดของระลอก1 มกราคม - เดือนธันวาคม 2563 และ ระลอก 2 เดือนธันวาคม - 31 มีนาคม 2564

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลได้แก่ ผู้ที่ปฏิบัตงานในแผนกงานเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ใช้วิธีสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเลือกโรงพยาบาลละ 1 คน จำนวน 8 โรงพยาบาล ทั้งนี้หากข้อมูลมีความอิ่มตัว (Data saturation) แล้วผู้วิจัยจะทำการยุติการสัมภาษณ์ มีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) สำเร็จการศึกษาสาขาเวชระเบียน 2) หัวหน้าแผนกเวชระเบียนหรือผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับเรื่องรูปแบบวิถีใหม่ และ 3) มีประสบการณ์ในการทำงานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกอย่างน้อย 3 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. แนวคำถามเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) ที่ถูกพัฒนามาจากแนวการให้บริการแบบระบบบริการสุขภาพวิถีใหม่ Non-Crowded, Patient and Personnel (2P) Safety และ Health Equity (กองบริหารการสาธารณสุข, 2563) ประกอบด้วยแนวคำถาม 4 ข้อ ได้แก่ 1) การจัดบริการงานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกก่อนการระบาด 2) การจัดบริการงานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกช่วงการระบาด 3) การจัดบริการงานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกในรูปแบบวิถีใหม่ และ4) นวัตกรรมกับการให้บริการเพื่อรองรับโรคอุบัติใหม่
2. เครื่องบันทึกเสียง
3. สมุดจดบันทึก
4. แฟ้มข้อมูลของผู้วิจัย สำหรับเก็บข้อมูลที่ได้จากการจำแนก และหมวดหมู่ของข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำประเด็นคำถามให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชระเบียน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจของประเด็นคำถาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตในการเข้าสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างระดับผู้บริหารของงานเวชระเบียนหรือผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับเรื่องเวชระเบียนผู้ป่วยนอกรูปแบบวิธีใหม่จากนั้นประสานติดต่อผู้ให้ข้อมูล นัดหมายเวลา สถานที่ในการสัมภาษณ์ และช่องทางการสัมภาษณ์ แล้วจึงเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกทางโทรศัพท์และ Application Line โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์และมีผู้จดบันทึก 1 คน ผู้วิจัยเริ่มการสัมภาษณ์ โดยแนะนำตัวเองและหน่วยงาน อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตจดบันทึกและบันทึกเสียงการสนทนา ใช้เวลาครั้งละ 45 – 60 นาที ขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลและความอิ่มตัวของข้อมูล ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ หลังการสัมภาษณ์ให้ถอดเทปทุกคำพูด รวบรวมข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ จัดหมวดหมู่ และวิเคราะห์ข้อมูล และในการวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูลนั้นจะมีการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล และใช้นามสมมติแทน

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากการจดบันทึกและการถอดเทปมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ประกอบด้วย 1) การจัดแฟ้ม 2) การลงรหัสข้อมูลเพื่อจัดหมวดหมู่ 3) การจัดประเภทของข้อมูล 4) การพัฒนาและการสร้างหมวดหมู่และแยกประเภทเป็นหัวข้อย่อย 5) การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ 6) การตรวจสอบความถูกต้อง โดยนำข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วมาตรวจสอบซ้ำเพื่อให้เกิดความถูกต้องของ

ข้อมูล และ 7) การสรุปรายงานการวิจัย และมีการนำเสนอผลการวิจัยเป็นพรรณนาความ

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยของจริยธรรมการวิจัยจากวิทยาลัยเททคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก รหัส KMPHT63010018 ลงวันที่ 9 กันยายน 2563

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในแผนกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 8 แห่ง ประด้วย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในทุกระดับตั้งแต่ระดับ A จนไปถึง F3

1. การดำเนินงานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกก่อนเกิดการระบาดของโรคโควิด 19 และผลกระทบต่อการให้บริการแผนกเวชระเบียนในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ของสถานบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดราชบุรี

1.1 การดำเนินงานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกก่อนเกิดการระบาดของโรคโควิด 19 เป็นการจัดทำเวชระเบียนตามมาตรฐาน ผู้ให้ข้อมูลส่วนมากกล่าวถึงขั้นตอนการให้บริการตั้งแต่หน้าห้องบัตรจนเสร็จสิ้นกระบวนการจัดทำเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ดังคำพูดต่อไปนี้

“ก่อนการระบาดคนไข้เดินมาถึงไม่มีคัดกรองไม่มีอะไรเลยมาหาห้องบัตรแล้วก็ยื่นบัตรประชาชนเอกสารหรือว่าบางทีมีใบส่งตัวไปนั่นไปนี่เราก็จะส่งไป ส่งไปตามนั้นเลย” รพ.บ้านโป่ง

“แต่ถ้าไม่มีนัดกระบวนการในการทำเวชระเบียนก็คือ คนไข้ต้องมาติดต่อที่ห้องบัตร ซึ่งถ้าเป็นคนไข้ใหม่ก็ทำบัตรใหม่แต่ถ้าเป็นคนไข้เก่าก็ตรงตรวจได้เลย” รพ.ดำเนินสะดวก

“ปกติการค้น OPD Card ทั้งเล่ม เมื่อคนไข้จับ OPD Card ก่อนที่จะเข้าห้องหมอ คนไข้จะต้องถือรอหน้าห้องหมอ ซึ่งมันมีการสัมผัสกับคนไข้ หลังจากนั้นเจ้าหน้าที่หน้าห้องบัตรก็จะเป็นคนเก็บเข้า ซึ่งมันมีการสัมผัสระหว่างคนไข้และเจ้าหน้าที่ไปทั่วเลย” รพ.บางแพ

1.2 ผลกระทบต่อการให้บริการแผนกเวชระเบียน

ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 มีผลกระทบต่อการจัดทำข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยนอกในด้านข้อมูลของผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่กล่าวว่า การซักประวัติยากขึ้นส่งผลต่อความครบถ้วนของข้อมูลในเวชระเบียนและการให้บริการมีความเสี่ยงติดเชื้อ โดยผู้ให้ข้อมูลได้มีการสะท้อนออกมา ดังตัวอย่างคำพูด ดังนี้

“มีผลกระทบมากเลยเพราะว่าเพราะว่าเราเป็นด่านหน้า เวลาเจอคนไข้ต้องเจอก่อนเสี่ยงก่อนแล้วก็ต้องรับบัตรประชาชนเอกสารอื่นๆที่เขาถือมา แล้วเราก็ต้องรับแล้วมันก็เป็นความเสี่ยงมากระดับต้นๆของโรงพยาบาล” รพ. ปากท่อ

“มีผลกระทบเพราะว่าเมื่อก่อนห้องบัตรจะเป็นโต๊ะรับบริการแบบไม่มีกระจกกั้นเป็นโต๊ะตั้งคอมธรรมดา ไม่มีกระจกกั้นไม่มีอะไรเลยคนไข้ยื่นกับมือ เป็นโต๊ะเคาท์เตอร์บริการธรรมดาเลย เป็นโต๊ะเดียวมี 2 เครื่องมีเจ้าหน้าที่ 2 คน เวลาคนไข้มารับบริการช่วงที่ติดเชื้อเนี่ยเราจะไม่สามารถป้องกันได้เลยใส่แมสเพราะว่าคนไข้เนี่ยจะมายื่นในระยะใกล้มากมาจากคัดกรองแล้ว บางทีคัดกรองไม่ละเอียด” รพ.บางแพ

“มีผลกระทบ ในเรื่องของการหยิบจับสิ่งของที่เกี่ยวกับเวชระเบียน ในกรณีที่แพทย์อาจจะให้คนไข้ถือใบ OPD Card ออกมาให้พยาบาลหน้าห้องบ้างเป็นบางเคส” รพ.บ้านคา

2. รูปแบบของการจัดบริการงานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกในรูปแบบวิถีใหม่ ของสถานบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดราชบุรี

การให้บริการหรือรูปแบบการดำเนินงานเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ระบุว่า หน่วยบริการมีการปฏิบัติตามมาตรการเช่น ลดการสัมผัส เว้นระยะห่าง ลดความแออัด มี

การลดการกระจายของเชื้อร่วมด้วยเช่น มีการสวมหน้ากากอนามัย การใส่ถุงมือ ฉีดแอลกอฮอร์ มีฉากพลาสติกกั้นและมีการคัดกรองผู้ป่วยก่อนเข้ารับบริการในสถานพยาบาล เพื่อให้มีความปลอดภัยทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ตัวอย่างคำพูด ดังนี้

“คือมีการกระจายคนไข้ โดยที่ไม่ต้องมาแออัดหน้าห้องบัตรเพื่อรอคิวการส่งตรวจที่ห้องบัตร ก็คือไปได้เลยห้องบัตรจะมีเจ้าหน้าที่ไปส่งเองโทรประสานเอง” โรงพยาบาล

“ส่วนห้องเวชระเบียนก็จะมีการป้องกันมีแผ่นพลาสติกใสกั้นมีจุดให้คนไข้ยืนในการซักประวัติและรักษาระยะห่าง ไม่มีการชะโงกเข้ามาในห้องเวชระเบียน หรือว่าเจ้าหน้าที่ออกไปซักประวัติด้านนอกก็จะมีความเสี่ยง มีการจัดทำป้ายคำเตือนในเรื่องของการให้บริการด้วย มีการสวมหน้ากากอนามัย มีการใส่ถุงมือ ฉีดแอลกอฮอร์” รพ.บ้านคา

“โครงสร้างจะต้องเปลี่ยนแน่นอนห้องบัตรจะมิดชิดมากขึ้น จะมีช่องกระจกมีประตูอะไรอย่างเงี้ยแต่ตอนนี้มีการปรับโครงสร้างมีฉากกั้น ในการฆ่าเชื้อก็ต้องเพิ่มขึ้น การแต่งกายก็ต้องแต่งให้มิดชิดขึ้น มีหน้ากากอนามัยมี Face Shield มีอุปกรณ์ความสะอาดมีแอลกอฮอล์เจลส่วนการมีความเข้มข้นขึ้น” รพ.จอมบึง

นอกจานี้การให้บริการเวชระเบียนผู้ป่วยนอกเป็นการให้บริการแบบ New Normal ทั้งระลอกที่ 1 และระลอกที่ 2 ในช่วงของการระบาดของโรคโควิด 19 ผู้ให้ข้อมูลส่วนมากกล่าวว่า มีการปรับเปลี่ยนการให้บริการที่เหมาะสมตามมาตรการ มีการป้องกันความปลอดภัยทั้งผู้ให้บริการและผู้มารับบริการ มีการลดการสัมผัส เว้นระยะห่าง และมีอุปกรณ์มาช่วยในการป้องกันการติดเชื้อ ตัวอย่างคำพูด ดังนี้

“เป็นนะคะเพราะ พอมีการระบาดหนักๆในรอบที่ 2 ก็จะมีกระจกกั้น เพิ่มระยะห่างคือเป็นเส้นหน้าห้องบัตรห่าง 1 เมตรเป็นเส้นสีแดงไว้ให้ยืน แล้วก็จะมีตะกร้าไว้ด้านนอกห้องบัตร” รพ. บางแพ

“ก็เป็น New Normal การลดใช้เอกสารทั้งหมดเลย แต่ระยะแรกประจวบเหมาะกับการเปลี่ยนผ่านระบบการทำงาน” รพ. จอมบึง

“New normal ของเราจะเป็นการ ต้องมีใส่เครื่องป้องกัน มีแมส ทางเป็นคลินิก ARI ที่มีความเสี่ยงมาก จะมี ที่คลุมผม หมวกคลุมผม และก็ถุงมือ ใส่เฟคชิวด้วย เป็นชุดสำหรับป้องกันตัว” รพ. ราชบุรี

นอกจากนี้มีผู้ให้ข้อมูล 2 ราย ให้ความเห็นว่า มีการนำการให้บริการแบบอิเล็กทรอนิกส์เข้ามาช่วย โดยผู้ให้ข้อมูลได้มีการสะท้อนออกมา ดังตัวอย่างคำพูด ดังนี้

“ส่วนของอิเล็กทรอนิกส์ คือ เวชระเบียนของเราควรจะมีทิศทางการให้บริการผ่านทางออนไลน์มากขึ้น ทางด้านการลงทะเบียนผู้ป่วย ระบบนัด การทำสำเนาเวชระเบียนผู้ป่วย การจองห้อง” รพ. ราชบุรี

“สำหรับงานเวชระเบียนต้องลดความแออัด ลดการรอคอย การนัดผู้ป่วยเป็นช่วงเวลา การนัดเหลื่อมเวลา และการนัดผู้ป่วยผ่านระบบออนไลน์” รพ. ดำเนินสะดวก

การปรับกระบวนการและขั้นตอนการให้บริการงานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกรูปแบบ New normal ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ กล่าวว่ามีการกำหนดมาตราการในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค โดยมีการลดขั้นตอนการให้บริการ ลดระยะเวลาการรอคอย เว้นระยะห่าง หลีกเลี่ยงการสัมผัส ตัวอย่างคำพูด ดังนี้

“การกำหนดมาตราการในส่วนกลาง 1) ลดขั้นตอน 2) ลดระยะเวลา 3) ทำยังไงก็ได้ให้คนไข้เว้นระยะห่าง 4) เพื่อความว่องไวในการให้บริการคนไข้ ลดขั้นตอนให้ได้มากที่สุด คือให้บริการไวที่สุด” รพ. บางแพ

“1) มีการคัดกรองผู้ป่วยก่อนเข้ารับบริการในสถานพยาบาล 2) มีการเว้นระยะห่างเมื่อต้องพูดคุยกับผู้รับบริการ 3) ใส่แมสและเฟสชิลขณะปฏิบัติงาน/เมื่อใกล้ชิดผู้รับบริการ 4) กรณีผู้ป่วย Pui จนท.คัดกรองนำบัตรประชาชนใส่ถุงพลาสติกฉีดพ่นแอลกอฮอล์นำส่งงานเวชระเบียน(กรณีไม่มีบัตร พยาบาลซักประวัติเป็นผู้นำส่งข้อมูลให้งานเวชระเบียนเพื่อจัดทำประวัติ) 5) กรณีส่ง Swab โควิด กลุ่มเสี่ยง จนท.ผู้รับผิดชอบนำส่งรายชื่อที่งานเวชระเบียน”รพ. สวนผึ้ง

3. นวัตกรรมที่สนับสนุนงานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกในการดำเนินงานตามรูปแบบวิถีใหม่ ของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดราชบุรี

นวัตกรรมสนับสนุนระบบการจัดบริการงานเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เสนอให้มีนวัตกรรมในการทำประวัติผู้ป่วยหรือลงทะเบียนส่งตรวจ ให้มีการลดการพูดคุยให้น้อยลงแต่ได้ข้อมูลที่มีความครบถ้วน ตัวอย่างคำพูด ดังนี้

“โทรตามโทรศัพท์นัดคนไข้แบบไม่ต้องให้มาไม่ต้องให้มาที่เราต่อแถวตอนยื่นบัตรทุกวันเลยอ่ะการบริการแบบกึ่งออนไลน์สำหรับพี่นะพี่คิดว่ามันน่าจะเป็นแบบนั้นที่ต้องมีนัดอาจจะไม่ต้องให้เขามาตอนนี้ มันมีแบบการส่งยาไปรษณีย์” รพ.บ้านโป่ง

“ระบบที่สามารถให้คนไข้วางเอกสารในจุดจุดหนึ่งเพื่อให้มีการสแกนหรือดูดข้อมูลเพื่อให้งานเวชระเบียนตรวจสอบจะไวกว่าโดยที่ไม่ต้องสัมผัส แบบมีการวางแล้วสแกนเลย” รพ. บ้านคา

นวัตกรรมด้านเทคโนโลยีเพื่อมาใช้ในหน่วยบริการในช่วงกระระบาดของโรคโควิด 19 ผู้ให้ข้อมูลบางส่วน ต้องการนวัตกรรมเพื่อลดความเสี่ยงการรั่วไหลของข้อมูล นวัตกรรมการเชื่อมโยงฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาล โดยเป้าหมายคล้ายๆ Health Data Center เครื่องกรอกประวัติโดยอัตโนมัติ หรือการฆ่าเชื้อโรคจากเอกสาร และนำ Line Official มาช่วยในการให้บริการผู้ป่วย ตัวอย่างคำพูด ดังนี้

“ประตูอัตโนมัติในเรื่องของการคัดแยกบุคคลเข้าห้องในแต่ละห้องเพื่อลดความเสี่ยงในเรื่องของการรั่วไหลของข้อมูลในและแผนก ห้องฉุกเฉินก็ควรจะมีเฉพาะเจ้าหน้าที่บุคคลอื่นก็ไม่มีสิทธิ์เข้า ประมาณสแกนคนเข้าต่อให้เป็นเจ้าหน้าที่ก็ตาม เช่น สแกนหน้า สแกนบัตร กดตัวเลข” รพ. บ้านคา

“LINE ก็จะมี 2 แบบ คือประชาชนส่งข้อมูลมาทางโรงพยาบาลกับของเจ้าหน้าที่พยาบาลประสานงานกัน” รพ.บางแพ

“เครื่องกรอกประวัติโดยอัตโนมัติ หรือเกี่ยวกับการฆ่าเชื้อโรคจากเอกสาร อาจจะเป็นการฆ่าเชื้อก่อนรับเอกสารเพื่อป้องกันการติดต่อของโรค” รพ.ดำเนินสะดวก

นวัตกรรมเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานด้านอื่น ๆ ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนต้องการ ต้องการนวัตกรรมจัดบริการงานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกรวมทั้งในส่วนของมาตราฐานข้อมูล มีระบบที่สามารถสแกนหรือดูดข้อมูลโดยที่ไม่ต้องสัมผัส ระบบส่งตรวจด้วยตัวเองจากที่บ้าน เข้าไปช่วยส่งเสริมพัฒนาในด้านของการส่งตรวจ เป็นต้น ตัวอย่างคำพูด ดังนี้

“การให้ผู้ป่วยจัดทำประวัติใหม่และลงทะเบียนส่งตรวจเองจากบ้านก่อนมารับบริการที่โรงพยาบาล” รพ.สวนผึ้ง

“ให้บริการเคาน์เตอร์ ซึ่งเคาน์เตอร์ของโรงพยาบาลราชบุรีจะมีทั้งการทำประวัติคนไข้ การตรวจสอบและรับรองสิทธิ์ ถ้ามีนวัตกรรมตัวนี้มาจะทำให้เราทำประวัติลงทะเบียนคนไข้ได้รวดเร็วมากขึ้น มีความถูกต้องมากขึ้นในการรับรองสิทธิ์การรักษาพยาบาล รวมถึงด้านการเรียกเก็บก็จะมีความถูกต้องและครบถ้วนมากยิ่งขึ้น” รพ. ราชบุรี

อภิปรายผล

การให้บริการเวชระเบียนผู้ป่วยนอกก่อนการระบาดโรคโควิด 19 ในสถานบริการจังหวัดราชบุรี เจ้าหน้าที่จะให้ผู้รับบริการมาที่แผนกเวชระเบียน โดยผู้รับบริการจะต้องยื่นบัตรประชาชนก่อน หลังจากบันทึกและลงทะเบียนแล้ว จะส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่แผนกเกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นการให้บริการแบบเผชิญหน้า (Face to Face) โดยการให้บริการโดยแผนกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกถือได้ว่าเป็นด่านหน้าของการจัดบริการ ทำหน้าที่ในการรวบรวมข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยและประวัติสุขภาพรวมถึงประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและในปัจจุบัน โดยต้องเริ่มต้นที่ผู้ป่วยมารับบริการจากนั้นเจ้าหน้าที่เวชระเบียนตรวจสอบประวัติการมารับบริการ ตรวจสอบสิทธิ อนุมัติสิทธิก่อนนำส่งแฟ้มเวชระเบียนไปห้องตรวจของแต่และแผนกต่อไป (แสงเทียน อยู่เถา, 2556) แต่ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ได้ส่งผลกระทบต่อการจัดบริการเวชระเบียนผู้ป่วยนอกเป็นอย่างมาก เนื่องจากโรคโควิด 19 เป็นโรคระบาดจากคนสู่คน (Qu, Hu & Jiang, 2020; World Health Organization, 2020) ที่เกิดการแพร่กระจายเชื้อโรคจากฝอยละอองที่มีขนาดใหญ่กว่า 5 ไมครอน (Droplet Precautions)

(Wilson, 2020; สถาบันบำราศนราดูร, 2560) ทั้งนี้รูปแบบการให้บริการเวชระเบียนผู้ป่วยนอกเป็นแบบเผชิญหน้าที่ต้องมีการสื่อสารกับผู้มารับบริการรวมกับมีการสัมผัสกับเอกสารส่วนบุคคลของผู้มารับบริการ เช่น บัตรประชาชน ใบส่งตัว และบัตรนัด ส่งผลให้มีเกิดความเสี่ยงสูงต่อการสัมผัสเชื้อจากฝอยละอองที่มีขนาดเล็กกว่า 5 ไมครอน (Air-Borne Precautions) ในจุดพื้นที่เสี่ยง (นภชา สิงห์วีรธรรม และนพมาส เครือสุวรรณ, 2563) และยังส่งผลให้ได้รับข้อมูลของผู้บริการไม่ครบถ้วนเนื่องจากต้องระวังการสัมผัสและความใกล้ชิดกับผู้รับบริการ

รูปแบบการให้บริการการแพทย์วิถีใหม่ (New Normal of Medical Service) ในแผนกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก สถานพยาบาลได้ดำเนินตามมาตรการการป้องกันโรคและการปรับรูปแบบบริการให้เกิดความเหมาะสมตามประกาศของกรมการแพทย์ (กรมการแพทย์, 2563) มีการปรับพื้นที่ให้เป็นไปตามมาตรฐานด้านอาคารและสภาพแวดล้อมของสถานบริการสาธารณสุข ของกรมควบคุมโรค (สถาบันบำราศนาดูร, 2560) และกรมสนับสนุนบริการ (กรมสนับสนุนบริการ, 2563) ปรับขั้นตอนในการให้บริการให้เกิดความเหมาะสมต่อการป้องกันเกิดโรคอุบัติใหม่ (Morens & Fauci, 2013) ที่เน้นการลดขั้นตอนในการให้บริการและให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) ร่วมกับปรับให้มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพก่อนการรับบริการในแผนกเวชระเบียน เพื่อให้สอดคล้องกับการจัดบริการที่เน้นการป้องกันการแพร่กระจายของโรค เช่น การตรวจคัดกรองอุณหภูมิ การซักประวัติความเสี่ยง การเว้นระยะห่าง ตลอดจนการใช้อุปกรณ์เพื่อป้องกันตัวของบุคลากรและป้องกันการฟุ้งกระจายของละอองฝอย ตามมาตรการของสถานบริการ (กรมการแพทย์, 2563) ทั้งนี้เนื่องจากสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในดูแลสุขภาพประชาชนทั่วไปที่ต้องเปิดบริการได้ตามปกติในรูปแบบการแพทย์วิถีใหม่ (New Normal of Medical Service) (Lum, Liu, Archuleta, Somani, Bagdasarian, Koh et al., 2020) เพื่อให้สามารถให้บริการผู้มารับบริการได้ตามปกติ

นวัตกรรมการจัดบริการเวชระเบียนผู้ป่วยนอกควรมีการพัฒนาเทคโนโลยีที่สามารถลดขั้นตอนการจัดทำเวชระเบียน ลดการสัมผัสตัวต่อตัว เพิ่มความเร็วของการบริการ มีความปลอดภัยของข้อมูล และผู้รับบริการพึงพอใจ จะเห็นได้ว่าสอดคล้องไปกับการปรับลดขั้นตอนการทำงานเพื่อให้เกิดความพึงพอใจต่อการทำงานและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของคลินิกทันตกรรม จังหวัดขอนแก่น (ชุติพร รัตนพันธ์ และ ปณิธาน พีรพัฒนา, 2559) การศึกษาการไหลเวียนของผู้ป่วยในการส่งกล้องลำใส้ในประเทศอิตาลี (Koo, Jang , Nielsen, & Kolker, 2010) การให้บริการผู้ป่วยนอกของศูนย์บริการสาธารณสุข 68 สะพานสูง (วิชชุลดา ภาคพิเศษ และ จันทรรัตน์ สิทธิวรนันท์, 2562) โดยเน้นการลีนระบบที่เข้าไปบริหารจัดการกับขั้นตอนเพื่อลดความสูญเปล่าหรือสิ่งที่ไม่เพิ่มคุณค่าของการทำงาน (เกียรติขจร โฆมานะสิน, 2550) ที่ส่งผลให้เกิดความเหมาะสมในสถานการณ์ของโรคอุบัติใหม่ จะเห็นได้ว่านวัตกรรมที่ควรพัฒนาควรเน้นลดการให้บริการแบบเผชิญหน้าที่สอดคล้องกับการปรับปรุงรูปแบบการบริการตามประกาศของกรมการแพทย์ (กรมการแพทย์, 2563) เป็นไปตามคุณภาพของการจัดบริการ (Service Quality) ที่ประกอบไปด้วยความเป็นรูปธรรมการให้บริการ (Tangibility) ความน่าเชื่อถือหรือไว้วางใจได้ (Reliabiltiy) การตอบสนองความต้องการ (Responsiveness) การให้ความมั่นใจ (Assurance) และ การเข้าใจและรับรู้ความต้องการของผู้รับบริการ (Empathy) (Zethaml 1998) (ภาวิณี ทองแย้ม, 2560) การปรับปรุงการให้บริการด้วยเทคโนโลยีนั้นควรคำนึงถึงความต้องการทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการร่วมด้วย

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาจากกระบวนการให้บริการเวชระเบียนผู้ป่วยนอกจากผู้ให้บริการเวชระเบียนผู้ป่วยนอกเท่านั้น อาจจะไม่สามารถสะท้อนให้เห็นถึงการบริหารจัดการทั้งระบบ อีกทั้งเป็นการการศึกษาเฉพาะพื้นที่เดียวเท่านั้น

การนำผลการวิจัยนำไปใช้

1. ควรมีการออกแบบแผนกเวชระเบียนให้ได้มาตรฐานต่อการจัดบริการการแพทย์วิถีใหม่เพื่อป้องกันโรคอุบัติใหม่ทั้งในด้านโครงสร้างและควบคุมและการป้องกันการติดเชื้อโดยมีการร่วมมือกันจากหลายหน่วยงานในโรงพยาบาล

2. ควรพิจารณาในการลดขั้นตอนการให้บริการเวชระเบียนที่ลดการสัมผัสกับผู้มารับบริการ ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการโดยเน้นถึงความปลอดภัยของข้อมูลผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาจุดเสี่ยงสัมผัสของการให้บริการเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการสัมผัสต่อเชื้อโรคอุบัติใหม่เพื่อเป็นข้อมูลในการพิจารณาปรับลดขั้นตอนให้เกิดความเหมาะสม

2. ควรศึกษาเส้นทางการรับบริการของผู้รับบริการในแผนกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกเพื่อนำมาปรับ ปรุงการดำเนินงานที่เกิดจากการสะท้อนของผู้รับบริการ

รายการอ้างอิง

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *แนวทางปฏิบัติการปรับปรุงรูปแบบบริการการบริการดูแลรักษาผู้ป่วยนอก (OPD) ในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19*. สืบค้นวันที่ 27 มิถุนายน 2564 จาก http://dmsic.moph.go.th/index/detail/8378

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *โรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 Coronavirus Disease 2019*. สืบค้นเมื่อ 24 สิงหาคม 2564 จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_km/handout001_12032020.pdf

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *รายงาน COVID-19 ประจำวัน ข้อมูลประจำประเทศไทย.* สืบค้นเมื่อ 24 สิงหาคม 2564 จาก https://data.go.th/dataset/covid-19-daily.

เกียรติขจร โฆมานะสิน. (2550). *LEAN: วิถีแห่งการสร้างคุณค่าสู่องค์กรณ์ที่เป็นเลิศ.* กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.

ชุติพร รัตนพันธ์ และ ปณิธาน พีรพัฒนา. (2559). การปรับปรุงกระบวนการให้บริการลดการรอคอยโดยใช้แนวคิดลีนและการจำลองสถานการณ์: กรณีศึกษาคินิคทันตกรรม จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิทยาลัยบัณฑิตการจัดการ มข, 9*(1), 135-150.

งานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี. (2560). *ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี.* สืบค้นเมื่อ 30 สิงหาคม 2564 จาก http://www.rbpho.moph.go.th/upload-file/doc/files/012218-1528-2871.pdf

ธานินทร์ สนธิรักษ์. (2563). การสื่อสารการแพทย์ออนไลน์ในยุค COVID-19. *วารสารกรมการแพทย์, 46*(1), 252-254.

นภชา สิงห์วีรธรรม และนพมาส เครือสุวรรณ. (2563). ความจำเป็น กลุ่มเสี่ยง และการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูและดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) นอกสถานพยาบาล: กรณีศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 7*(3), 1-9.

นภชา สิงห์วีรธรรม, วัชรพล วิวรรศน์ เถาว์พันธ์, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, เฉลิมชัย เพาะบุญ และสุทธิศักดิ์ สุริรักษ์. (2563). การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของทันตาภิบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร, 14*(2), 104-115.

ราชกิจจานุเบกษา. (2563). *พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558*. ลงวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2563.

วิชชุลดา ภาคพิเศษ และจันทรรัตน์ สิทธิวรนันท์. (2562). การนำระบบลีนมาประยุกต์ใช้ในงานบริการผู้ป่วยนอกของศูนย์บริการสาธารณสุข 68 สะพานสูง. *Thai Journal of Pharmacy Practice, 11*(1), 18-31.

แสงเทียน อยู่เถา. (2556). *การวัดสมรรถนะงานเวชระเบียนและบุคลากรด้านเวชระเบียนในโรงพยาบาลของประเทศไทย*. การประชุมวิชาการประจำปีสังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ และศึกษาศาสตร์ ประจำปี พ.ศ. 2556 วิกฤติหรือโอกาสสำหรับไทย, 21-22 กุมภาพันธ์ 2556. คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. นครปฐม: เอเชียรุ่งโรจน์.

แสงเทียน อยู่เถา**.** (2560)**.** *การบริหารงานเวชระเบียน.* กรุงเทพฯ**:** สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Koo, P., Jang , J., Nielsen, K. B. & Kolker, A. (2010). *Simulation-Based Patient Flow Analysis in an Endoscopy Unit*. Proceedings of Health Care Management (WHCM), 2010 IEEE Workshop on Date 18-20 Fep. 2010, (pp.1-6). Venice: Italy

Lum, B. X., Liu, E. H., Archuleta, S., Somani, J., Bagdasarian, N., Koh, C. S. et al. (2020). *Establishing a New Normal for Hospital Care: A Whole of Hospital Approach to Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*. Clinical Infection Disease. Ciaa 1722, https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1722.

Morens, M. D., & Fauci S. A., (2013). Emerging infection Disease: Threats to Human Health and Global Stability. *PLOS Pathogens*, *9*(7), 1-3.

Qu, G. Li., X. Hu, L. & Jiang, G. (2020). An Imperative Need for Research on the Role of Environmental Factors in Transmission of Novel Coronavirus (COVID-19). *Environment science & technology, 54*, 3730-3732.

Wilson, N., Corbett, S., & Tovey, E. (2020). Airborne Transmission of Covid-19: Guidelines and Governments Must Acknowledge the Evidence and Take Steps to Protect the Public. *The BMJ*, 370, m3206.

World Health Organization. (2020). *Q&A Coronavirus Disease (COVID-19).* Retrieved August 30, 2020 from https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19

Zethaml, V. (1998). Consumer Perceptios of Price Quality and Value: A Means-End Model and Synthesis of Evidence. *Journal of Marketing, 52*(3), 2-22.

คำแนะนำการส่งบทความ

คำแนะนำการเตรียมและส่งบทความ

กองบรรณาธิการวารสารสภาสาธารณสุขชุมชน (Journal of Council of Community Public Health : JCCPH) ขอเชิญสมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชน และผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการและวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาในวารสารอื่นและเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้เขียนจะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสารเพื่อความสะดวกในการส่งบทความวิชาการและวิจัย มีข้อเสนอดังนี้

ข้อกำหนดและชนิดของเรื่องจะตีพิมพ์

1. เป็นผลงานวิชาการ ประเภทบทความ ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ ทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
3. ผลงานวิชาการและงานวิจัยจะได้รับการพิจารณากลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควรไม่น้อยกว่า 2 คน
4. ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ (ยกเว้นการตีพิมพ์ในสองปีแรก ปี พ.ศ. 2562-2564 ฟรี)
   - สมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชน ตีพิมพ์ เรื่องละ 2,500 บาท
   - บุคคลอื่นๆหรือไม่ได้เป็นสมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชน ตีพิมพ์ เรื่องละ 3,000 บาท
   - กรรมการสภาการสาธารณสุขชุมชนหรือเคยเป็นกรรมการสภาฯ ไม่เสียค่าตีพิมพ์

การเตรียมต้นฉบับ

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้กำหนดรูปแบบการเขียนบทความที่จะลงในวารสาร ดังนี้

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษด้านบน– 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 17
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรง กับชื่อผู้นิพนธ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่มเบอร์โทรศัพท์และ e-mail ในส่วนล่างสุด
4. มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำ ต่อบทคัดย่อ
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3–5 คำ)
6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16
7. การใช้ตัวเลขคำย่อและวงเล็บควรใช้เลขอารบิคทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น 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
- รายการอ้างอิง

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
- Discussion
- Implication of the Results
- 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

การแจ้งเตือนเกี่ยวกับลิขสิทธิ์

1. บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน ที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

2. บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ถือเป็นลิขสิทธิ์ของ วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

การส่งต้นฉบับ

ส่งต้นฉบับสมบูรณ์เพื่อการพิจารณาลงตีพิมพ์เผยแพร่ใน “วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน”โดยส่งบทความผ่านเว็บไซต์ https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/index และทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ไปที่ e-mail address: The.JCCPH@gmail.com ไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ต้นฉบับในรูปแบบ word และ pdf โดยใช้ชื่อเรื่องหรือ Subject ว่า ส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ของ....(ชื่อเจ้าของบทความชื่อแรก).....

สถานที่ติดต่อสอบถาม

กองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
88/20 อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 02-5919186, 091-8348711 โทรสาร 02-5919187

สมัครส่งบทความลงตีพิมพ์ ในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

(การกรอกใบสมัครโปรดใช้วิธีการพิมพ์)

เรียน บรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

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

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

กองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
88/20 อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง
นนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 02-5919186, 091-8348711 โทรสาร 02-5919187
e-mail address: The.JCCPH@gmail.com

03

www.ccph.or.th
ccph.th.org
@ccph.or.th
02-591-9186

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

JCCPH

JOURNAL OF COUNCIL OF COMMUNITY-PUBLIC HEALTH

สภาการสาธารณสุขชุมชน

อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
https://www.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/index